

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA



*“Serviço Médico na Periferia. (1975-1982). Portugal
Desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde?”*

Marta Sofia Marques Cerqueira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Desenvolvimento, diversidades locais e desafios mundiais

Orientador:

Prof. Doutor Fialho Feliciano, Professor associado com agregação
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Co-orientador:

Dr. Vítor Ramos, Professor Auxiliar Convidado,
Escola Nacional de Saúde Pública

MAIO DE 2009

Agradeço,

À Prof. Luísa Tiago Oliveira, responsável pela disciplina de História Oral do ISCTE, por me ter apresentado o SMP;

À Ana Luísa Gaspar, à Inês Machado e ao João Silva pela militância nesta *causa*;

Ao orientador, Prof. Fialho Feliciano, pelo estímulo, pelo rumo, sem ele não teria encontrado outras perspectivas, que se inicialmente considerei como humanas, com ele aprendi que são também ciência;

À Cláudia Conceição por ser o meu maior estímulo e exemplo, pela bondade das palavras e dos actos, pela força, por continuar... *sempre e apesar de ...*;

À Rita Barros pelas piadas que alegram a minha vida, pela escuta, pela fé em mim;

À minha mãe por me ter mostrado que é necessário acreditar nas pessoas e nos serviços de saúde, que é possível ser melhor, que é preciso lutar;

Aos meus entrevistados que se disponibilizaram para me receber e conversar comigo, dando-me algo precioso como o seu tempo, depositando em mim confiança para recolher as memórias do SMP.

Ao meu co-orientador, Dr. Vítor Ramos, pela sua amizade, pela partilha, pelas histórias, pelo companheirismo, pelo seu genuíno interesse;

Ao Zé, por ser as palavras e a pontuação da minha vida,

E aos meus amigos de trabalho e da vida que não irei citar para não correr o risco de esquecer alguém, aqueles que perguntaram “Afinal a tese é mesmo sobre o quê?” e outros que várias vezes disseram “Acaba lá isso!”.

A todos estes: muito obrigada!

ÍNDICE

Resumo.....	V
Abstract	VI
Introdução.....	1
Estrutura do trabalho	5
PARTE I - Contextualização.....	7
Não existem acasos.....	7
O 25 de Abril de 1974 - Porta para a democracia	11
Cuidados de saúde primários em Portugal	14
PARTE II - Conceitos Fundamentais.....	25
Desenvolvimento (s)	26
Teorias do desenvolvimento.....	28
Saúde	39
Saúde, uma necessidade básica	41
Questões de desenvolvimento e saúde em Portugal.....	44
PARTE III - O serviço médico na periferia	46
O Serviço médico na periferia e a emancipação política	55
O SMP uma forma incipiente de democracia participativa	58
PARTE IV - Opções Metodológicas	61
PARTE V - Resultados	66
Serviço médico na periferia - A mudança	66
Conclusão	73
Bibliografia.....	78
Anexo I – Cronologia de acontecimentos mais relevantes entre 1945 e 1982.....	88
Anexo II – Cronologia política portuguesa entre 1971 e 1982	114
Anexo III – Guiões das entrevistas	118
Anexo IV - Transcrições das entrevistas.....	122
Anexo IV- Grelha de análise de conteúdo	171
Anexo V – Legislação	180

GLOSSÁRIO

Serviço nacional de saúde	<i>SNS</i>
Serviço médico na periferia	<i>SMP</i>
Centro de saúde	<i>CS</i>
Serviços médico sociais	<i>SMS</i>
Desenvolvimento local	<i>D.L</i>
Movimento das forças armadas	<i>MFA</i>
Organização para a cooperação económica europeia	<i>OCEE</i>
Desenvolvimento comunitário	<i>D.C</i>
Programa de desenvolvimento das nações unidas	<i>PNUD</i>
Organização dos países exportadores de petróleo	<i>OPEP</i>
Organização mundial de saúde	<i>OMS</i>
Organização das nações unidas	<i>ONU</i>
Union catholique de service sociale	<i>UCSS</i>
Banco mundial	<i>B.M.</i>
Cuidados de saúde primários	<i>C.S.P.</i>
Associação económica de comércio livre	<i>EFTA</i>
Banco internacional de reconstrução e desenvolvimento	<i>BIRD</i>
Fundo Internacional Monetário	<i>FMI</i>

RESUMO

O presente trabalho incide sobre um período específico da história portuguesa que começa com o fim da ditadura, em 1974. O ano de 1975, época em que intelectuais, políticos, militares, imigrantes, e no geral, os portugueses inspirados pela possibilidade do estabelecimento de liberdades, até então adormecidas, unem-se com o propósito de construir a democracia. Portugal era um país cheio de esperanças. As letras das músicas de então revelam “o estado de graça” no qual o país se encontrava, entre elas uma^a que gritava: “Só há liberdade a sério quando houver, a paz, o pão, habitação, saúde, educação, só há liberdade a sério quando houver liberdade de mudar e decidir, quando pertencer ao povo o que o povo produzir”.

Este foi um tempo de oportunidades. Algumas destas oportunidades merecem ser contadas e lembradas, e entre elas o Serviço Médico na Periferia, sobre o qual este trabalho irá incidir. Este Serviço consistiu na acção de dotar a periferia do território nacional, de cuidados médicos, através da prestação obrigatória, durante um ano de serviço médico, fora das grandes urbes, a todos aqueles que acabavam o curso de medicina e o estágio profissionalizante de dois anos a seguir ao curso. O serviço foi criado em 1975 e extinto em 1982. Deste tempo pouco ou nada “reza a história escrita”. Porém este trabalho pretende recolher os testemunhos orais de alguns dos seus intervenientes. Em simultâneo, pretende-se também analisar as transformações sociais, culturais e económicas que resultaram desta experiência. O caminho que foi criado e percorrido parece ter contribuído para o desenvolvimento dos locais, para a consciencialização dos direitos de liberdade, de bem-estar, e entre outros do direito aos cuidados de saúde.

Por esta visão que parece quase perfeita, pela necessidade de procurar boas práticas, e de continuar a acreditar, nasceu este trabalho que pretende: 1) dar voz a uma história que corre o risco de ficar esquecida, a experiência do Serviço Médico na Periferia que decorreu em Portugal entre 1975 e 1982; 2) recolher algumas histórias de vida parciais de alguns dos intervenientes desta experiência, enquanto têm memória desses dias; 3) apurar se se tratou de uma experiência de desenvolvimento local, e quais os resultados produzidos nos locais e nos seus actores; e 4) se destes podemos retirar ensinamentos para o futuro.

^a Letra da música “Liberdade” de Sérgio Godinho

Palavras-Chave: Desenvolvimento, Saúde, Desenvolvimento Local, Cuidados de Saúde Primários; Necessidade básica; Políticas públicas; Democracia participativa

ABSTRACT

The following study focuses on a specific period of Portuguese history that begins with the end of dictatorship in 1974. The year 1975, season in which intellectuals, politicians, soldiers, immigrants, and in general, the Portuguese, were inspired by the possibility of establishing freedoms together with the purpose of building a democracy. Portugal was a country full of hope and opportunities.

This environment resulted in experiences that should be told and remembered, and one of these cases was the Medical Service in the Periphery, on which this work will focus. This service was the action of providing medical care outside the major cities, by those who finished the course in medicine. The service was created in 1975 and ended in 1982.

This thesis will try to verify the social changes, cultural and economic results of that experiment. The path that was created and traveled seems to have contributed to the development of the local for the awareness of the rights of freedom, welfare and, among others, the right to have health care.

The present work wants: 1) to give voice to a story that is in danger of being forgotten, the experience of medical service in the periphery that held in Portugal between 1975 and 1982, 2) collect a few life stories of some of the players part of this experience; 3) to confirm if it was an experience of local development and what the results produced in local and their players, and 4) if there's any lessons that we can take for the future.

INTRODUÇÃO

*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.
Continuamente vemos novidades,
Diferentes em tudo da esperança;
Do mal ficam as mágoas na lembrança.
E do bem, se algum houve, as saudades.
Que já foi coberto de neve fria,
E em mim converte em choro o doce canto.
E, afora este mudar-se cada dia,
Outra mudança faz de mor espanto:
Que não se muda já como soía.”*

Luís de Camões

Entre os anos de 1975 e 1982 esteve em funcionamento um serviço médico, obrigatório, realizado na periferia do território português. Este serviço constituiu, no seu contexto político e revolucionário, um conjunto de experiências inéditas no âmbito da saúde, à escala nacional e local, que tiveram um impacto significativo (espacial e temporal) na melhoria da vida das populações rurais portuguesas, nomeadamente através da prestação de cuidados de saúde próximos. Numa conjuntura política e social muito específica, o fim da ditadura em Portugal pelo Movimento das Forças Armadas (MFA) portuguesas, que ficou conhecido como a Revolução do 25 de Abril, realizou-se esta experiência inovadora, designada como Serviço Médico na Periferia (SMP)^b. O SMP, sucintamente, foi uma decisão política que pretendeu, entre outros objectivos melhorar a cobertura médico-sanitária e assistencial a nível nacional, em especial nas zonas mais periféricas e carentes de cuidados médicos e de saúde. O SMP surgiu como uma experiência sem precedentes, reactiva, e auto didáctica, que envolveu as comunidades e que reafirmou as solidariedades locais. Foi um processo de mudança que se realizou para suprir uma necessidade básica – a falta de cuidados de saúde na periferia portuguesa. Para atingir este fim eram anualmente constituídas diversas equipas médicas, e posteriormente enviadas para as múltiplas comunidades “periféricas”.

O tipo de acções e objectivos promovidos, as soluções procuradas, os meios e as estratégias utilizadas parecem justificar a inserção dessas experiências no quadro de um amplo programa nacional de desenvolvimento.

b Despacho ministerial de 23 de Junho de 1975

O objectivo desta tese é discutir a experiência a partir do ângulo de desenvolvimento, por isso o ponto de partida será questionar se o Serviço Médico na Periferia (SMP) pode ser considerado um processo de desenvolvimento, tal como era definido nessa época, nas teorias e nos conceitos então dominantes, e também como é definido actualmente. A hipótese defende que o SMP constituiu um efectivo programa de desenvolvimento uma vez que incluiu acções indutoras de mudança, mobilizando recursos locais e exógenos, que respondeu às necessidades básicas de saúde das comunidades rurais. A hipótese também pressupõe que os conceitos, então dominantes, podem ser identificados na experiência do SMP.

Na discussão dos conceitos e da experiência do SMP tentar-se-á demonstrar que um processo de desenvolvimento: deve promover a participação e a emancipação da cidadania; pode ser uma resposta política num determinado contexto, que estabelece uma acção política e um planeamento adequado de forma a produzir efeitos, quer imediatos quer a longo prazo, na satisfação de necessidades; e, finalmente, que o desenvolvimento é possível através da existência de serviços e cuidados de saúde, reforçando que a existência da prestação de cuidados de saúde é essencial para o desenvolvimento.

Considerando que a saúde das populações é essencial para fortalecer o sistema de educação e o crescimento económico de um país, esta experiência assume ainda mais importância. Contribuir para a capacitação da população irá permitir o crescimento económico do país, dado que estão reunidas as condições ideais para cada indivíduo ser capaz de se auto-girir. O sucesso destas experiências é determinante para a coesão social. Ambiciona-se melhorar o bem-estar e a prosperidade individual e colectiva, para isso existem certos ingredientes considerados vitais e que se inter-relacionam na prossecução destes objectivos, designadamente, a saúde e a educação.

É, ainda hoje, um facto que existem grandes dificuldades para garantir a igualdade no acesso à saúde e à educação. Falamos de um problema global, que começa a nível local, e que tem, por diferentes motivos, merecido a atenção mundial para a resolução destas desigualdades sociais. No ano de 2000, 189 países membros da Assembleia das Nações Unidas assinaram a Declaração do Milénio, que veio orientar a cooperação global e reiterar a importância do desenvolvimento. Foram estabelecidos oito objectivos: erradicar a pobreza extrema e a fome; alcançar a educação primária universal; promover a igualdade entre géneros e capacitar as mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/SIDA, a malária e outras doenças; assegurar a sustentabilidade ambiental e

desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento^c. Três destes objectivos estão relacionados com a saúde e a doença das populações, sendo que a eliminação das doenças, ou mais realisticamente, a diminuição das suas incidências e prevalências é o que se pretende. A criação destas metas tem como principal objectivo reduzir o enorme desequilíbrio e as desigualdades que se verificam entre os países do mundo, no entanto o seu sucesso revela-se um processo lento. Várias explicações têm sido avançadas: guerras, governos corruptos, falta de água, etc... Todavia, o presente trabalho pretende ilustrar como a construção de medidas adequadas para que o desenvolvimento local pode ser o meio por excelência para reduzir desigualdades. A história do SMP, por ter acontecido num período caracterizado pelas adversidades, pode ser utilizada como uma referência. Não se pretende comparar histórias, pois isso seria injusto, a complexidade dos factores que influenciam os processos de mudança são incomparáveis e dificilmente controláveis, porém a experiência que se pretende apresentar e documentar poderá, na minha perspectiva, ser útil para a análise e construção de outras experiências.

Pretendo demonstrar que a experiência profissional do SMP resultou em grandes ganhos em saúde e numa realística e essencial participação democrática. Para suportar a veracidade destes pressupostos estabeleci como objectivos para o trabalho: 1) verificar se o SMP pode ser considerado uma experiência de desenvolvimento; 2) contar a história do SMP através da recolha de histórias de vida parciais de alguns dos seus actores; 3) perceber porque foi criado e extinto o Serviço Médico na Periferia, e quais as suas consequências e ensinamentos a retirar.

Estes objectivos resultam dos pressupostos iniciais que são: 1) considerar que o SMP influenciou os seus actores; 2) pensar que o sucesso de um processo de mudança, como este, respeita e concentra diferentes saberes, exógenos e endógenos, e que estes podem ser alguns dos ingredientes para uma boa prática a reutilizar; 3) assumir que em sociedades cada vez mais diversas, mais complexas é necessário utilizar o local como referência para a inclusão; e por último, 4) defender que não existem acasos, que as acções/decisões tomadas são resultado de vários acontecimentos e influências que acontecem em determinado momento, como referiu um dos médicos entrevistados: “nós não fomos uma geração espontânea^d”.

c Fonte: http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=221&Itemid=253. Consultado em 10/12/2008

d Entrevistado 1

O interesse pessoal por este tema foi despoletado com algumas leituras sobre desenvolvimento e com algumas conversas exploratórias com médicos que tinham realizado o SMP. Depois, analisei os quadros de referência teórica que sustentam o conceito de desenvolvimento e tentei perceber se os mesmos poderiam ter correspondência no SMP.

Desde logo concluí que entrevistar as gerações de médicos que fizeram o SMP era impossível. Tentei então estabelecer ligações entre a antropologia, a minha formação de base, e o meu interesse em desenvolvimento e saúde.

Considerando o desenvolvimento inevitável em qualquer sociedade, mas principalmente nas sociedades muito pobres, onde a fome mata, este torna-se essencial. O desenvolvimento é sinónimo de melhoria. O objectivo principal de um processo de desenvolvimento é a realização do potencial da personalidade humana. (SEERS, 1979) Subjacente a este pensamento está a antropologia sobre o desenvolvimento, que defende que o mesmo deve ser entendido como uma experiência, uma mudança onde cada sociedade deve ser capaz de construir a sua história sem perder a sua diferença identitária. (CASAL, 1996) O trabalho de campo e a observação participante têm sido as ferramentas antropológicas de excelência, e que se adequam na perfeição à observação deste tipo de mudanças. Este trabalho pretende verificar se uma determinada prestação de cuidados de saúde pode ser considerada uma experiência de desenvolvimento. Como esta experiência decorreu no passado, para a verificação da validade do objectivo primordial é necessário recolher histórias de vida, parciais, referentes ao período pretendido. Desde já, existem três características que tornam o uso dos métodos antropológicos necessários, *i*) usar histórias de vida para recolher características deste processo; *ii*) colocar em evidência o processo de mudança; *iii*) e interpretar através da descoberta da importância de influências e forças externas e internas que possam ter afectado os locais.

As histórias de vida ou “a recolha directa ou indirecta de testemunhos vividos”, foram usadas por vários antropólogos para conservar documentos ameaçados de desaparecimento ou registar a escuta das últimas testemunhas. (POIRIER *et al*, 1999) A utilização das histórias de vida neste trabalho tem como finalidade recolher testemunhos e descrever traços históricos, essencialmente políticos e culturais, que em última análise irão documentar esta experiência, da qual pouco ou nada se escreveu. Avaliar o SMP como uma experiência de desenvolvimento, envolve reconhecer aos agentes da mudança uma contribuição na alteração da vida dita normal das comunidades e também dos seus intervenientes, provocando uma

mudança. Finalmente, após a recolha, a informação deve ser tratada de forma a aprofundar o conhecimento sobre desenvolvimento e a saúde. A interpretação deve respeitar na íntegra o que foi transmitido e reflectir uma análise crítica do mesmo. A antropologia deve contribuir não na criação de novos modelos de desenvolvimento, mas sim na construção e na discussão de conhecimento sobre os modelos de desenvolvimento. Sustento que a análise deste e de outros modelos de desenvolvimento deve ser repensada, reutilizada e revalorizada, face aos desafios e constrangimentos actuais.

Um processo de desenvolvimento envolve, como será mais à frente discutido, essencialmente, a reunião de alguns factores: a necessidade de satisfazer necessidades básicas, a existência de recursos locais, parcerias entre recursos locais e externos, a participação de todos os envolvidos, entre outros aspectos. No presente estudo a necessidade básica considerada foi a falta de cuidados de saúde. Se a eliminação desta necessidade urgente for conseguida irá criar um tipo de mudança, sobre a qual a antropologia da saúde se tem debruçado, a *institucionalização* da medicina. Esta situação irá conferir aos médicos a responsabilidade e legitimidade de cuidar de assuntos de saúde. O papel da antropologia neste trabalho é, perante um processo complexo, retirar ensinamentos sobre o que pode ter corrido melhor e pior.

ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho possui uma introdução que contém as hipóteses de trabalho, assentes no seu objectivo, a verificação da existência de determinantes de desenvolvimento durante a realização do SMP, designadamente, um desafio político para a satisfação de necessidades e uma mudança que produziu efeitos a curto e a longo prazo. O trabalho desenvolve-se em cinco partes.

A primeira parte trata da contextualização histórica que incide no período do fim da segunda guerra mundial, em 1945, até 1982, fim do SMP. A contextualização histórica está subdividida, de acordo com o período histórico que antecede e enquadra a criação do SMP. É apresentado ainda um ponto que destaca as influências teóricas globais; de seguida faz-se uma contextualização objectiva da história nacional que antecedeu a queda da ditadura em Portugal, através da Revolução do 25 de Abril, e os acontecimentos que lhe precederam, nomeadamente a nível de cuidados de saúde primários.

Na segunda parte, o enquadramento teórico, inclui a discussão dos conceitos de desenvolvimento e de saúde. É também apresentada uma interligação subjacente aos conceitos de desenvolvimento e saúde. Depois é realizada uma descrição temporal das teorias do desenvolvimento e ainda se faz a apresentação do conceito de necessidade básica.

Na terceira parte é feito um enquadramento antropológico e legal do SMP, o seu início, a sua realização ao longo de sete anos e a sua extinção. São ainda tecidas algumas considerações sobre as particularidades deste serviço, nomeadamente sobre emancipação política e democracia participativa.

Na quarta parte, opções metodológicas, apresentam-se os factores que influenciaram a escolha dos métodos e técnicas utilizados.

A quinta parte do trabalho considera o SMP promotor de desenvolvimento, e é também onde se apresentam os resultados obtidos, relacionando-os com as hipóteses estabelecidas, surgindo também a reflexão sobre este processo de mudança.

O trabalho encerra com as conclusões gerais, que se apresentam como um resumo das conclusões que foram sugeridas no decorrer do trabalho, e engloba também considerações pessoais decorrentes da realização deste trabalho.

Como anexo existem duas cronologias que facilitaram a compreensão da contextualização internacional, nacional e na área da saúde. Encontram-se ainda em anexo: os dois guiões usados, um para as entrevistas com os médicos e outro para a entrevista com o Presidente da Câmara Municipal; as entrevistas transcritas e revistas; a grelha de análise de conteúdo; e finalmente fotocópias da legislação referente ao SMP.

PARTE I - CONTEXTUALIZAÇÃO

“A história é émula do tempo, repositório dos factos, testemunha do passado, exemplo do presente, advertência do futuro.” Miguel Cervantes in Dom Quixote.

NÃO EXISTEM ACASOS

A contextualização histórica aqui apresentada compreende o período do pós II Guerra Mundial, de 1945 até 1982, que foi o ano de extinção do SMP. No entanto, e no decorrer do trabalho algumas alusões serão feitas à actualidade com o intuito de tornar este trabalho numa base de apoio para compreender e melhorar a prestação pública e eficaz dos cuidados de saúde actuais.

Os acontecimentos^e que ocorreram no período após o fim da II guerra mundial são essenciais para compreender as razões que levaram à revolução de 25 de Abril de 1974, e também as que proporcionaram a criação do Serviço Médico na Periferia. Um ponto que será enfatizado ao longo do trabalho é o facto do Serviço Médico na Periferia não ter acontecido num vazio circunstancial, ele enquadra-se num período revolucionário. Ele surgiu da convergência de vários factores e influências, tal como aconteceu com a revolução de 25 de Abril de 1974. Para compreender como as influências externas contribuíram para queda do regime político em Portugal é necessário perceber o que estava acontecer no mundo. Primeiro é preciso lembrar que desde de 28 de Maio de 1926 que o regime político português era ditatorial. Era um regime que se caracterizava pela opressão e repressão dos direitos defendidos em democracia. É difícil para quem nasceu dentro de uma democracia, por mais imperfeita que ela seja, imaginar as limitações, o terror, o medo causado pelo controlo policial e político. No entanto, se por um lado é um contexto assustador por outro lado ajuda a compreender a dificuldade que existia em tentar “atravessar as fronteiras erguidas e estabelecidas”. Por estes motivos e por toda a censura e repressão que remetia ao isolamento, é fácil de entender como uma simples aragem pôde contribuir para o derrube de uma fronteira repressiva. Foram as novas questões de territorialidade que nasceram no período posterior ao fim da II Guerra Mundial que contribuíram para “os ventos da mudança”. Como irá ser demonstrado mais à frente, alguns dos acontecimentos que proporcionaram a Revolução tiveram por base acordos

^e Ver cronologia em anexo.

internacionais, que o governo português se viu forçado a assinar a partir de 1945 e, apesar de se tratar de uma incipiente internacionalização ela contribuiu para a queda do regime fascista em Portugal.

Com o fim da guerra foi necessário pensar a reconstrução dos países que estavam destruídos. Os Estados Unidos da América (EUA) criaram o Plano Marshall que foi essencialmente um Programa de Recuperação Europeia. A criação deste Plano tem como objectivo a criação de um sistema de subsídios a terceiros. Porém ele nasce também como uma consequência do aparecimento de regimes comunistas. Inicialmente os subsídios concedidos a terceiros eram atribuídos sem objectivos a longo prazo, e destinam-se principalmente à sobrevivência imediata das populações. Com a criação deste Plano qualquer candidatura a financiamento exigiu um programa a longo prazo que visasse a sustentabilidade económica do país. Durante os quatro anos que se seguiram à criação do Plano Marshall, os EUA conseguiram atingir os objectivos a que se tinham proposto. Um dos instrumentos utilizados para alcançar este fim foi a Organização para a Cooperação Económica Europeia (OCEE) que tinha como funções avaliar as necessidades de ajuda e coordenar os planos económicos de cada país. Portugal, em conjunto com outros dezasseis países europeus e três das zonas alemãs assinou a adesão à OCEE. (MATEUS, 1998)

Durante a década de 50, seis países europeus, (França, Alemanha Ocidental, Itália, Holanda, Bélgica e Luxemburgo), reagindo à tensão criada pela Guerra Fria começaram a desenhar um espaço alternativo aos EUA e URSS. Em 1951 é assinado o Tratado de Paris e criada a Comunidade Europeia de Carvão e do Aço (CECA). Em 1957 estes seis países assinaram o Tratado de Roma e deram início à construção do espaço que hoje conhecemos como União Europeia.

Portugal manteve-se afastado destes ideais, pois representavam demasiados compromissos que o governo Português não estava preparado para assumir, nomeadamente no que se refere à eliminação de barreiras aduaneiras, exigências de produtividade. Acrescia ainda a estes factores o risco que corria em perder as suas colónias, mas apesar das pressões internacionais, o governo português mantinha-as. A estratégia foi participar em algumas das organizações internacionais na altura recém-criadas, o que não o deixava totalmente isolado, permitindo-lhe assim recorrer aos programas de apoio financeiro. O que fez que em 1959, apesar de ser o ano em que perdeu o direito de voto na ONU, Portugal fosse um dos membros fundadores da Associação Económica de Comércio Livre (EFTA), e em 1960 aderisse ao

Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Esta estratégia revelou-se favorável e conferiu ao Estado português o estatuto de país subdesenvolvido, o que se traduziu em privilégios económicos. A internacionalização de Portugal estava a “dar os primeiros passos”.

Para perceber a importância da adesão do Estado português a estes acordos é necessário descrever o país nesta época. Em 1945, o país apresentava uma taxa de crescimento populacional muito baixa, o que progressivamente contribuiu para que em 1960 esta taxa fosse negativa. (MATEUS: 1998) O baixo crescimento populacional devia-se em parte ao elevado número de emigrantes e às guerras coloniais que absorviam muitos militares. Houve um número elevado número de portugueses que emigraram para alguns países da Europa, para trabalhar na reconstrução destes países, vendo nesta opção de vida uma possibilidade para obter emprego e melhores salários. Não obstante, o fraco crescimento populacional resultou num país com uma população envelhecida, e desertificado em certas áreas periféricas, conduzindo a um conseqüente abandono de terras que se tornaram improdutivas. (BARRETO, VALADA; 1996)

Estes factores estiveram na origem do pedido do governo português para obter financiamento através do Plano Marshall em 1950. Porém, e como já foi referido, para se candidatar a este financiamento cada nação tinha que apresentar um plano de desenvolvimento económico, e foi deste requisito obrigatório que nasceu o I Plano de Fomento Nacional português. Este Plano tinha essencialmente como objectivos o fomento da agricultura e da indústria. (ROSAS, 1994:455) Contudo, foi somente em 1963 que o governo português recebeu o primeiro financiamento do Banco Mundial, e investiu-o maioritariamente na educação o que veio a permitir posteriormente um crescimento económico visível no aumento de mão-de-obra mais qualificada no sector secundário, indústria e serviços. (MATEUS, 1998) Ainda sobre este crescimento económico, que teve início a partir da década de 60, os autores BARRETO e VALADA referem que este se deveu a vários factores, entre os quais a adesão à EFTA, que permitiu dar um impulso à indústria. Neste aspecto o papel das colónias foi estratégico, na medida em que foi um excelente mercado para escoar e produzir produtos.

Porém, com o início das guerras coloniais e com os elevados gastos que a guerra envolveu, e ainda com a instabilidade que implicava, o governo português foi obrigado a mudar de estratégia, alterando o destino dos seus produtos para outros países pertencentes à

EFTA. O mercado nacional devido sobretudo aos baixos salários praticados, era bastante atractivo ao investimento externo, o que de certa forma permitia a Portugal ter alguma influência. Foi a partir da década de 60 que esta “tímida” internacionalização permitiu “baixar a vigilância” aos medos externos, nomeadamente o medo do comunismo.

Outro aspecto que contribuiu para o crescimento económico foi o contacto com outros hábitos e costumes, através da descoberta da vocação nacional para o turismo, o que criou novos postos de trabalho e o crescimento urbano.

Se por um lado a economia portuguesa se ressentiu no fim da II Guerra Mundial, com o elevado número de emigrantes a sair do país, após 1960 as remessas dos emigrantes foram responsáveis por algum desafogo financeiro. (BARRETO, VALADA; 1996) Ainda outro factor que resultou da diáspora, já referida, foi a proximidade do destino escolhido, a Europa. Esta proximidade permitiu aos emigrantes o regresso nas férias, onde aproveitavam para criar outras oportunidades de investimento como, por exemplo, a compra de terras e a construção de casas.

Em jeito de resumo, nos anos 60 e com a adesão à EFTA, a indústria portuguesa ganhou um novo impulso. O turismo, o crescimento urbano e o investimento externo, bem como as remessas dos emigrantes permitiram algum desafogo financeiro, permitindo o desenvolvimento do sector terciário o que conseqüentemente criou mais postos de trabalho qualificados. Social e culturalmente o país passou por grandes transformações, para os quais o contacto com outros hábitos e costumes trazidos pelos emigrantes, imigrantes, e turistas contribuíram significativamente. O aparecimento da televisão no final dos anos 50 também contribuiu para o alargamento de novos conhecimentos e para esta transformação. No final da década de 60, devido ao subsídio concedido pelo Plano Marshall e ao investimento deste na área da educação registou-se um aumento do número dos funcionários públicos, um acesso maciço das mulheres ao trabalho, o interesse na educação, através de uma reforma educativa que pretendeu integrar o máximo de pessoas. Manifestou-se interesse na área social, alargaram-se benefícios sociais às populações mais afastadas. Apesar de não se poder falar de um “Estado Providência” ou da universalidade do acesso à Educação e à Saúde gratuitamente, conforme declarados mais tarde na Constituição de 1976, não se pode deixar de destacar que a preocupação com estes princípios emergiu nos finais da década de 60, ainda durante o regime ditatorial. Este período ficou conhecido como a Primavera Marcelista. (BARRETO, VALADA; 1996)

No início do ano de 1974, outros acontecimentos internacionais afectavam a economia nacional, criando uma grave crise. Vários acontecimentos históricos contribuíram para esta crise internacional, nomeadamente, a guerra do Vietname, o fim da taxa de câmbio fixa e a Guerra do Yom Kippur em 1973. Esta guerra foi um protesto ao apoio prestado pelos Estados Unidos a Israel e, como consequência, os países árabes organizados na OPEP aumentaram o preço do petróleo. A OPEP reduziu a produção do petróleo em 25%, seguida de reduções mensais e quadruplicou o preço bruto do petróleo. Este boicote imposto aos EUA, à Dinamarca e à Holanda, afectou todos os países, verificando-se uma recessão económica a nível mundial. (PINTO, COUTO, NEVES; 1999) O aumento do preço de petróleo foi um dos maiores acontecimentos na década de 70, devido ao alto nível de dependência da economia mundial de petróleo. O efeito deste aumento de preço foi arrasador, tanto nas economias dos países em vias de desenvolvimento como nos desenvolvidos. (CAMERON, 2000) O choque petrolífero causou o aumento do preço do custo dos produtos nas importações e nas exportações.

Ainda outro factor que contribuiu para a crise política em Portugal foi a guerra colonial. As lutas pela independência das colónias causaram a perda daqueles “mercados” para transacções comerciais. Esta guerra criou na comunidade internacional um sentimento de desconfiança em relação a Portugal como um destino seguro para férias, o que também contribuiu para a redução das receitas de turismo.

Todas estas mudanças alteraram a sociedade, tornando a luta pela mudança e pela liberdade um caminho irreversível. As constantes insurreições populares, estudantis e a revolução política e militar, sistematizadas na cronologia - Anexo 1, ilustram este enquadramento. Todos estes factores estiveram subjacentes à revolução que ficou conhecida como a revolução dos cravos, em 25 de Abril de 1974, e que causou a queda do regime ditatorial português.

O 25 DE ABRIL DE 1974 - PORTA PARA A DEMOCRACIA

O dia 25 de Abril de 1974, tem um significado único em Portugal. Conquistou essa importância devido à revolução, que possibilitou uma transição pacífica de um regime ditatorial para uma democracia política. Se no início do ano de 1974 o Estado Português, era entre os países europeus, um dos menos desenvolvidos, o que ainda mantinha uma política

colonialista, e o que possuía o regime autoritário de maior duração, em 25 de Abril desse ano tornou-se um exemplo na luta pela democracia, através de uma revolução marcada pela pacificidade dos cravos. Desejou para si a presença de um Estado de Providência social e democrático, que pudesse trazer maior equidade e justiça. (SANTOS, 1993:19) Este era o momento adequado para acreditar nos sonhos e nas possibilidades. O país estava sujeito a mudanças, as pessoas eram os sujeitos dessas mudanças e delas dependia o futuro. (BALANDIER, 1993)

A revolução de 25 de Abril começou com um golpe militar. O Movimento das Forças Armadas (MFA) representou a reacção dos oficiais do exército português a uma guerra sem sentido e, à recusa do Estado português em aceitar uma solução política e pacífica para o problema colonial. Os responsáveis por este golpe, como já foi referido foram os militares. No entanto, o que aconteceu foi também o resultado de greves, manifestações, prisões, conforme se pode verificar na cronologia (Anexo 1), e do mau estar sufocante que se traduzia numa paz podre na iminência de explodir. Dito por outras palavras, a tensão social que se vivia, a pressão internacional que se fazia sentir e a política repressiva do Estado Português criaram um quadro político impossível de permanecer. O sucesso do MFA deveu-se a vários factores: *a)* ao facto de existir entre os militares um consenso quanto à necessidade de derrubar o regime fascista e de instaurar uma democracia; *b)* ao desejo, também sentido pela maioria da população de ver defendidos os seus direitos e liberdades; *c)* por permitir às então colónias portuguesas o direito à autodeterminação através da descolonização; *d)* por permitir o desenvolvimento através de uma via socializante; *e)* e, por fim, o interesse dos militares em salvaguardar a instituição militar e o estatuto dos oficiais, fundamentalmente após a estabilização política do país. Não foi uma acção isolada, nem um acaso. A mudança era necessária. Era sentida uma necessidade urgente de mudar o regime político e de mudar a política colonial. (ANTUNES, 1985; MATEUS, 1998)

O Movimento dos Capitães foi o responsável pela fase de conspiração, pelo derrube da ditadura e pelo período de transição posterior à revolução, que se desejava institucional, legal e constitucional. Após a revolução de 25 de Abril de 1974, e através do compromisso entre a hierarquia das Forças Armadas e o “movimento dos capitães”, foi composta a Junta de Salvação Nacional e, até 15 de Maio de 1974, este foi o único órgão soberano do país. Apesar de se tratar de um curto espaço de tempo, o período em que a Junta de Salvação Nacional liderou o país, é importante salientar que foi prolífero na publicação de diplomas legais e de

leis constitucionais. O Programa do MFA descrevia um rol de medidas adoptadas e a adoptar que pretendiam alcançar os interesses da maioria da população portuguesa, entre as quais a promessa da criação de um Serviço Nacional de Saúde ao serviço de toda a população, sem qualquer tipo de discriminação. (FERREIRA, 1990: 349)

Até às primeiras eleições presidenciais em 2 de Abril de 1976, foram vários os governos constituídos (ver Anexo II) e várias medidas foram adoptadas para minimizar o impacto da crise internacional que se reflectiam na economia portuguesa, nomeadamente: utilização das reservas acumuladas e da quota regular do Fundo Monetário; criação de um programa de desvalorização da moeda, adopção de uma política orçamental rígida, aumento de impostos, redução do investimento no sector público e criação de uma política de incentivos para o depósito e crédito aos emigrantes. No entanto, MATEUS (1998) refere que apesar dos limites do endividamento português já terem sido esgotados, estas medidas, no seu conjunto, conseguiram fazer face à crise que parecia ser incontornável.

Assim, como acontece em todos os processos de mudança, este foi também um período de perdas e de ganhos, e dentre as vitórias destacam-se: a efervescência da participação pública; a adopção de políticas públicas que contribuíram para a realização de experiências únicas de democratização e que resultaram em crescimento económico por todo o território nacional. A importância deste envolvimento fez ressurgir o *local*, permitindo que o poder local fosse uma das grandes vitórias do pós 25 de Abril de 1974. Este foi o tempo em que a democracia foi instalada e com ela as liberdades tradicionais que permitiram o envolvimento na vida política, autárquica, associativa, sindical e cultural. Pode-se afirmar que as maiores vitórias conseguidas no pós 25 de Abril foram as vitórias políticas. As primeiras eleições para o poder local aconteceram em 1976, bem como a Constituição da República Portuguesa que veio assegurar direitos, deveres e liberdades entre os quais: o pluralismo partidário, as eleições livres, as instituições democráticas, direitos de expressão e de associação, liberdades sindicais, etc. Por último, e entre outros, destaca-se a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 como meio de garantia do direito à protecção da saúde. (BARRETO, VALADA: 1996)

Depois de 46 anos de repressão e censura, foi possível o aparecimento efervescente de partidos políticos, de sindicatos, de comissões de trabalhadores, de cooperativas e de grupos de pressão entre outras formas de participação social. As diferentes formas de participação que ocorreram em Portugal entre 1974 e 1975, traduziram-se em novas formas de

organização, baseadas em diversos conhecimentos e experiências nacionais e internacionais. O maior promotor destas foi o Estado, que permitiu a existência de novas formas de agir, que incluíam o conhecimento endógeno, contribuindo para a criação de medidas adequadas ao *local*.

Este período de diversas manifestações de solidariedade e de luta pela igualdade de oportunidades esteve na origem da criação de diversos serviços e movimentos, entre os quais o SMP. De acordo com o seu Decreto-lei de origem, este resultou da ideia de que a ida de médicos para a periferia portuguesa poderia garantir cuidados de saúde às populações e, simultaneamente, ser um elemento catalisador para uma participação mais activa das populações no exercício dos seus direitos e deveres de cidadão. Por isso, este serviço não pode ser descrito sem se referir o momento histórico em que aconteceu. O SMP contribuiu para a valorização do local, através da criação de soluções e de intervenções adequadas às necessidades e aos recursos existentes, promoveu uma política de democracia participativa, de igualdade de géneros e de equidade entre as gerações através do desenvolvimento local sustentável. (FRIEDMAN, 1996, 36)

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Depois de caracterizar o país em termos gerais (políticos, económicos e sociais), e para abordar o SMP, torna-se necessário descrever o estado da saúde naquela época. Os cuidados de saúde em Portugal eram assegurados pelo sector privado para grande parte da população, até 1971. A intervenção do Estado era maioritariamente feita no acompanhamento dos pobres, dos indigentes e das actividades de saúde pública. O acesso à saúde era feito mediante o pagamento de um seguro social a um determinado subsistema profissional. Aqueles que não tinham essa possibilidade dependiam da caridade e das Misericórdias. O acesso à saúde não era tratado como um direito nem como um problema global e de igualdade. Os tratamentos eram realizados nos poucos hospitais públicos que existiam: Hospital de São José, separado da Santa Casa da Misericórdia em 1851, e os hospitais da universidade de Lisboa, Porto e Coimbra. A maior parte dos internamentos eram realizados nos hospitais. Os hospitais públicos encontravam-se nas três grandes cidades. Nas capitais de distrito e a nível local encontravam-se os hospitais das Misericórdias. Na área da saúde o Estado responsabilizava-se pela política sanitária, também conhecida como saúde pública e que visava: “educação sanitária da população, o saneamento do meio ambiente, a higiene materno-infantil, infantil,

escolar, da alimentação, do trabalho, da higiene mental, a profilaxia das doenças transmissíveis e sociais, a defesa sanitária das fronteiras, a hidrologia médica, as estações balneares, a fiscalização da produção e do comércio dos medicamentos e a sua comprovação ou a verificação da sua eficiência.” (BARRETO, 1996) A dispersão e a fragmentação dos serviços prestadores de cuidados de saúde estão ilustradas na Figura 1.

FIGURA 1 – Fragmentação da prestação dos cuidados de saúde em Portugal, até 1971.



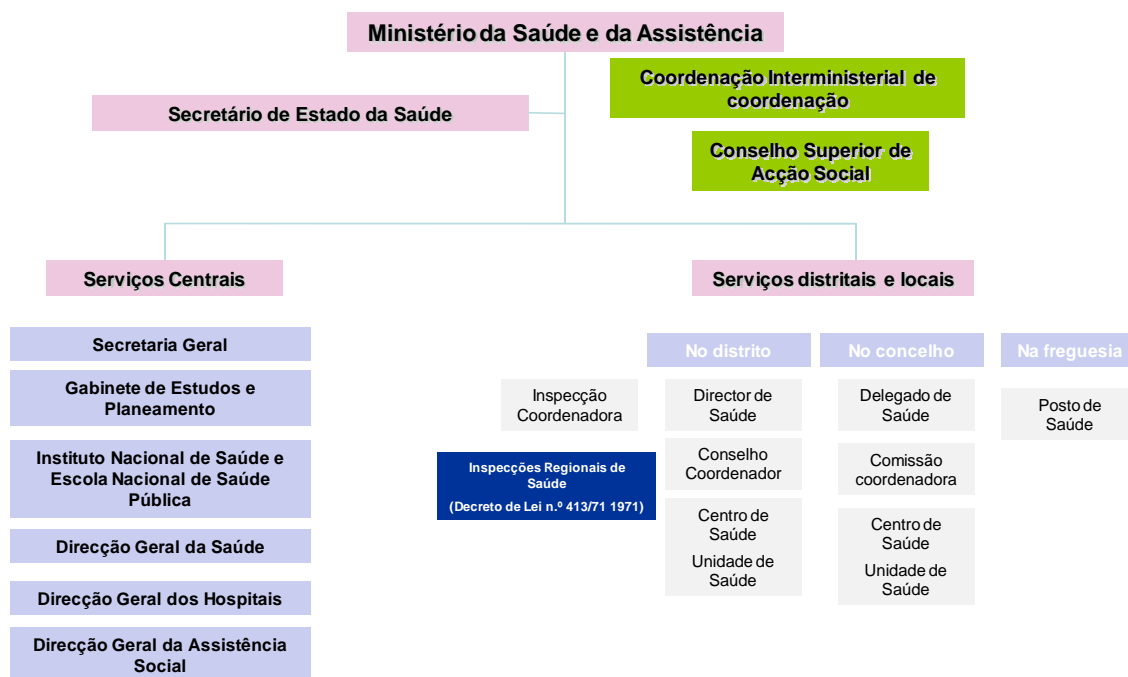
Fonte: FERREIRA, 1990; IMPERATORI, 1985

Durante o governo de Marcelo Caetano, mais propriamente em 1971, foi reconhecido o direito da população à prestação de cuidados de saúde. O Estado passou a ser responsável pela garantia deste direito. Para este efeito desenvolveram-se dois tipos de serviços, os cuidados de saúde com uma actividade essencialmente dirigida para a saúde materno-infantil e os postos de serviços médico-sociais onde se prestavam cuidados meramente curativos que se dirigiam exclusivamente aos beneficiários e aos respectivos agregados familiares. (BELO, 1985)

O ano de 1971 marca o início de uma reforma na área da saúde que veio contrariar o sentido que a prestação de cuidados de saúde levava. Esta reforma pretendeu criar uma

política de saúde unitária. Através do Decreto de Lei n.º 413, de 27 de Setembro de 1971, o funcionamento dos serviços de saúde passou a reger-se por uma política de saúde nacional que pretendia assegurar cuidados de saúde e apoio social à população. Incluiu-se o planeamento, monitorização e avaliação de saúde a três níveis de intervenção: nacional; distrital e concelhio, coordenado pelo Gabinete de Estudos e Planeamento de Saúde. Com a adopção desta nova política mantiveram-se as direcções-gerais: da Saúde, dos Hospitais e da Assistência Social. Criou-se a Secretaria-geral do Ministério da Saúde, e a Escola de Saúde Pública e Medicina Tropical. A Direcção-geral da Saúde passou a ter a seu encargo três inspecções superiores: salubridade, medicina social e exercício profissional; Serviço de Educação Sanitária e a repartição dos serviços administrativos e o Parque Sanitário, aglutinando os 4 grandes institutos que existiam anteriormente. Entre outras alterações destaca-se uma que ainda se mantém, a passagem de Instituto de Higiene para Instituto Nacional de Saúde, INSA. (Ver Figura 2)

FIGURA 2 - Organigrama do Ministério da Saúde e da Assistência, 1971.



Fonte: FERREIRA, 1990; IMPERATORI, 1985

Foi determinada a criação de centros de saúde concelhios e de centros de saúde distritais, os quais deveriam assegurar cuidados de saúde fundamentais às comunidades. Para estarem mais próximos dos locais, as instalações dos hospitais concelhios e dos serviços de saúde mental foram integrados nos centros de saúde. Este foi um dos maiores avanços resultante do Dec-Lei 413/71, a criação da primeira geração de centros de saúde, como “uma unidade funcional de saúde” que prestava cuidados de saúde próximos das populações, mantendo um íntimo contacto com as populações de modo a assegurar a efectiva promoção da saúde e prevenção da doença, terapêutica oportuna e reabilitação. Os centros de saúde (CS) eram responsáveis pelos cuidados médicos de base, pela integração e coordenação das actividades de saúde. (IMPERATORI, 1985:66, 67) Deveriam responder às comissões coordenadoras sedeadas a nível distrital e concelhio. Os “cuidados de saúde primários” aparecem na Reforma de 1971, ainda sem a designação, nem o peso actual do conceito, sob a forma de cuidados prestados em centros de saúde. O Decreto-Lei 413/71 de 1971 é considerado um marco histórico na história da política de saúde nacional. (TAVARES, 1997; SAMPAIO, 1981) A “*pedrada no charco*” consistiu numa nova visão para planear e actuar, e as prioridades locais mereceram atenção em detrimento de uma perspectiva de actuação nacional, como era hábito.

Outro impulso que foi dado durante o governo marcelista foi a criação do Estatuto das carreiras profissionais do pessoal da saúde. A sua importância prendeu-se com o facto de esta ser uma iniciativa pioneira para estruturar todas as principais carreiras de saúde, criando assim os parâmetros que haviam de orientar as carreiras médicas. Esta é uma transformação bastante importante porque além de permitir uma adequada avaliação para integrar e progredir na carreira, é também um meio de aliciamento dos médicos, pela segurança e desenvolvimento profissional que proporcionava. As duas principais preocupações que estiveram na origem deste Estatuto foram a preocupação de abranger o país e a precisão na estrutura da carreira. (GUERRA, TOMÉ, 1964:626)

Esta foi também uma época em que a medicina considerou o progresso técnico, adquirindo equipamentos mais sofisticados, e em que se verificou uma preocupação crescente na qualificação dos médicos. Por outro lado proporcionou uma maior dependência de cuidados médicos e provocou um efeito de medicalização social. A estes factos “acrescente-se um elemento simultaneamente psicológico que é efeito e causa de todos eles – a generalização

da consciência da saúde e o aumento do consumo médico, que é um dos seus resultados.” (GUERRA, TOMÉ, 1964:623)

Durante a “Primavera Marcelista” verificou-se uma preocupação crescente no país, e tomaram-se medidas até então inovadoras. O Decreto-Lei n.º 413/71 foi considerado “uma pedra no charco pantanoso” em que Portugal se encontrava no que se refere à prestação de cuidados de saúde. Este decreto-lei permitiu: o reconhecimento do direito à prestação de cuidados de saúde de todos os portugueses; o estabelecimento de uma política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, a nível local e distrital; o planeamento central e a descentralização na execução o que resultou numa dinamização dos locais. Estas medidas antecederam os princípios, mais tarde defendidos na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre os CSP, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF, em 1978. (FERREIRA, 1990: 344)

Todavia, e de acordo com a ideia defendida neste trabalho, as ideias não surgem do acaso, de um vazio teórico. Por isso, é fundamental enquadrar esta medida política. O estabelecimento da prestação de cuidados de saúde à população de Portugal Continental foi a resposta às populações que reclamavam cuidados de saúde. No fim da II Guerra Mundial surgiu um movimento inesperado das populações na ajuda às Misericórdias e aos municípios para reconstruir, ampliar, construir e aumentar os hospitais concelhios que se revelavam insuficientes. Esta iniciativa tinha esgotado a capacidade financeira local e não tinha resolvido as necessidades das populações. (FERREIRA, 1990: 353)

Até 1974 os cuidados de saúde estavam representados a nível local pelos CS concelhios e distritais, pelos hospitais concelhios e distritais que pertenciam maioritariamente às Misericórdias e pelos postos médicos das caixas de previdência. Depois de 1974 estes hospitais concelhios, tal como os sedeados nas capitais de distrito, foram nacionalizados e os serviços de segurança social foram integrados no Ministério da Saúde. Em 1976 os resultados decorrentes da aplicação do DL 413/71 foram 206 centros de saúde em funcionamento. O livro “Cuidados de saúde primários em Portugal. Reformar para novos sucessos.”^f descreve como histórico o movimento dos centros de saúde, cujas origens remontam ao século XX,

^f BISCAIA *et al*, 2005

referindo ainda que o seu começo está relacionado com a disponibilização de cuidados de saúde em dispensários gratuitos e clínicas preventivas às populações mais desfavorecidas. Os autores deste livro referem que a criação dos centros de saúde tem as suas raízes no bom senso: “é de bom senso oferecer serviços de saúde onde as pessoas vivem e de acordo com o modo como elas vivem”. (BISCAIA *et al*, 2005)

SAKELLARIDES (1984) escreveu, a propósito da reorganização dos centros de saúde em 1983, que estes deviam integrar os cuidados de saúde primários, citando para este efeito o exemplo da Finlândia que a partir de 1972 organizou os CS, e que este modelo se disseminou pelos países do Sul de Europa. Ainda acrescenta que deveria ser atribuído ao CS alguma autonomia e coordenação dos recursos locais, defendendo a sua localização num município. Desta forma seria possível “organizar uma resposta mais adequada às necessidades de cada comunidade”. (SAKELLARIDES, 1984:14) Associada à ideia da criação dos CS estava a certeza de que somente agindo localmente na prestação de cuidados de saúde se iria atingir o crescimento económico e conseqüentemente o bem-estar a nível nacional.

Em 1973, de uma reunião promovida pela OMS, em Moscovo, resultou o relatório “Trends in the development of primary care.” que definiu o papel dos cuidados primários como a base dos serviços de saúde. Enfatizava que a forma como os cuidados primários iriam ser pensados, iria diferir de país para país, e que dependeria de factores económicos, políticos, sociais, culturais e profissionais. Salientava que uma prestação eficaz destes cuidados iria evitar o recurso a cuidados secundários e terciários, prestados a nível hospitalar. Os cuidados primários foram descritos como cuidados de proximidade e imediatos com um bom funcionamento e de qualidade. Associados a eles deveriam estar duas funções: a prevenção e educação para a saúde e a existência de acessibilidade a estes cuidados, para permitir o seu desenvolvimento e o da comunidade.

Em 1974 Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá, difundiu a ideia de estilos de vida saudáveis através do seu famoso relatório: “A new perspective on the health of Canadians”. Quatro anos depois realizou-se a conferência de Alma Ata, da qual resultou a Declaração que teve como principal objectivo a promoção da “saúde de todos os povos do mundo”. Esta declaração, como foi demonstrado, baseou-se no trabalho que estava a ser desenvolvido, mas após a sua realização todos os países foram envolvidos na ideia que os cuidados de saúde primários são essenciais, constituindo uma necessidade básica. A

Declaração de Alma-Ata destacou a importância que a prestação de cuidados de saúde primários ocupa no desenvolvimento do país e de como a sua aplicação evidencia as condições económicas, e as características sócio culturais e políticas de uma comunidade. Os cuidados de saúde primários foram considerados o meio mais adequado para atingir o desafio que era proposto pela Organização Mundial de Saúde “SAÚDE PARA TODOS NO SÉCULO XXI” e foram definidos na Declaração de Alma-Ata, de 1978, como: *“cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade...fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. (...)”*. Trata-se de um conceito abstracto que manifesta um ideal, mas que cada país deveria adaptá-lo às suas próprias necessidades e potencialidades. O aparecimento deste conceito não foi espontâneo, como tem vindo a ser apresentado. Desde 1970 que se pode falar do irromper de movimentos e intervenções, nomeadamente da Organização Mundial de Saúde, que discutiram a melhor forma de prestar cuidados de saúde. (REPORT, 1973) Em Portugal os CSP estão organizados, como pudemos ver atrás, em centros de saúde. (MENDO, 1985)

Em 1975 o SMP veio contribuir para o funcionamento dos CS porque foi uma medida pensada para resolver a falta de recursos humanos que existia nos locais e que através de um trabalho intenso solidificou determinadas valências como a saúde infantil, saúde escolar e planeamento familiar. (IMPERATORI, 1985) Em 1979 este conceito foi novamente incorporado na lei do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Para melhor compreender a evolução da prestação dos CSP em Portugal apresenta-se no Quadro 1 uma breve síntese cronológica.

QUADRO 1 - História dos CSP em Portugal

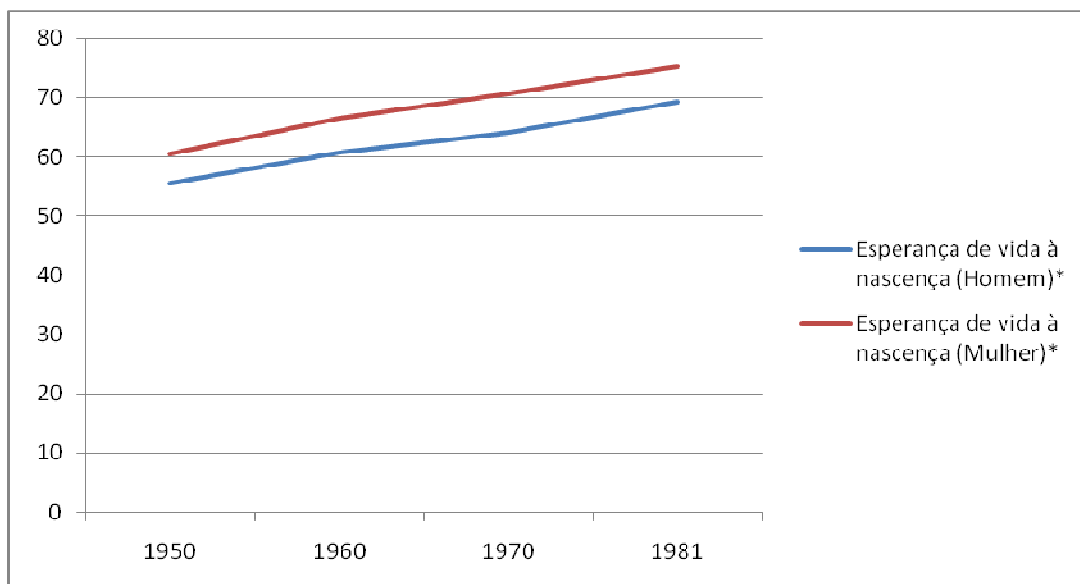
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL		
Fase	Período	Descrição
1ª	1971 a 1982	<u>Primeira geração de centros de saúde:</u> Instituições preocupadas com prevenção e saúde pública. Estavam inseridas nas comunidades locais. Entendia-se por saúde pública: vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar, actividades de autoridade sanitária, incluindo as relacionadas com o ambiente, cartões de sanidade, etc.
2ª	1975 a 1982	<u>Serviço Médico na Periferia.</u> Como reforço ou viabilização do funcionamento dos centros de saúde. Nesta fase foi criado o Serviço Nacional de Saúde, em 1979.
3ª	1983 a 2005	<u>Segunda geração de centros de saúde:</u> Teve início após a criação do Serviço Nacional de Saúde Português e da nova Carreira Médica de Clínica Geral. Esta geração de centros de saúde integrou os de primeira geração com os postos médicos dos serviços médico-sociais das caixas de previdência. Foram surgindo desajustamentos e houve tentativas e experiências para a reorganizar este modelo (Projecto Alfa em 1996-1997; Grupos RRE, a partir de 1998, entre outras).
4ª	2006 a 2009	<u>Reestruturação dos centros de saúde em redes de equipas estruturais/unidades funcionais.</u> Esta reestruturação começou pela criação das unidades de saúde familiares (USF). Posteriormente, seriam criadas as unidades de cuidados de saúde (UCSP) personalizados, as unidades de cuidados na comunidade (UCC), e as unidades de saúde pública (USP), entre outras. Os CS passam a ter autonomia administrativa, mas sem autonomia financeira, e com um novo modelo organizacional, leve e flexível, para prestação de diversos tipos de cuidados de saúde aos indivíduos, às famílias, aos grupos, à comunidade e à população em geral, com maior proximidade e qualidade.

Fonte: Branco A., Ramos, V., 2001; Missão para os Cuidados de Saúde Primários: www.mcsp.min-saude.pt .

Vários autores^g defendem que do bom funcionamento destes serviços resultaram ganhos em saúde. As Figuras 3 e 4 evidenciam a notável melhoria dos valores dos indicadores de saúde entre a população portuguesa.

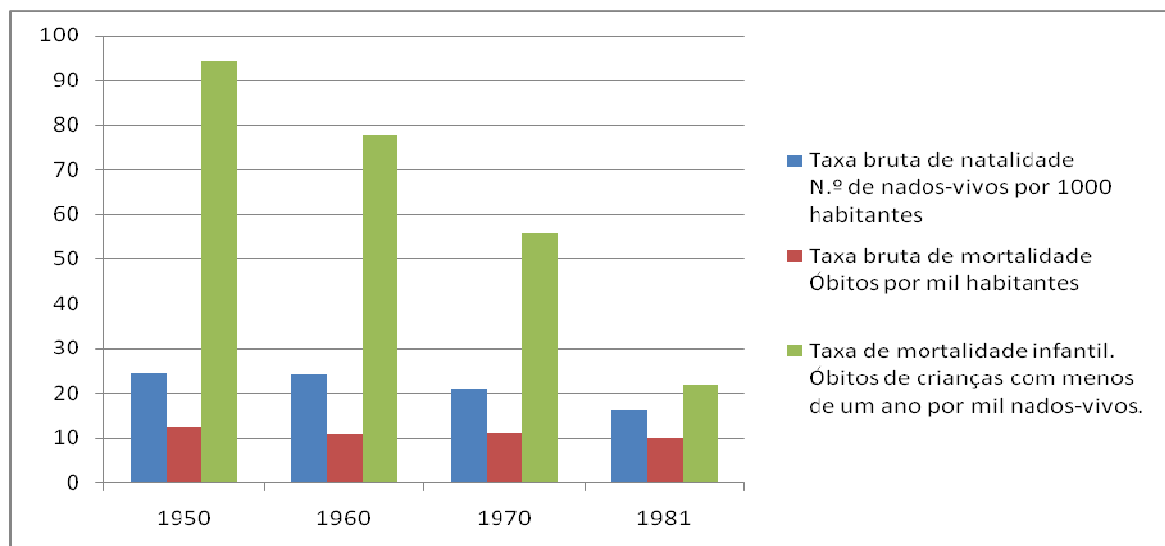
^g CAMPOS (1986); CARAPINHEIRO, PINTO (1987); BARRETO (1995)

Figura 3 - Indicadores de Saúde da população portuguesa – 1950 a 1981. Esperança de Vida.^h



Fonte: BARRETO, A. (1995) INE - Instituto Nacional de Estatística

Figura 4 - Indicadores de Saúde da população portuguesa – 1950 a 1981. Taxa de natalidade e mortalidade.



Fonte: BARRETO, A. (1995) INE - Instituto Nacional de Estatística

^h * N.º médio de anos que restam a um indivíduo, no momento do nascimento, no ano de referência, mantendo-se as condições de mortalidade observadas no momento.

Os valores das taxas apresentados no Figura 4 mostram uma descida da taxa de mortalidade infantil impressionante (BARRETO, 1995). Nas décadas de 70 e 80 registaram-se melhorias acentuadas na prestação de cuidados de saúde que certamente contribuíram para a descida considerável do valor dessas taxas. Portugal alcançou estes resultados por influência de vários factores e entre os quais não pode deixar de ser considerado o SMP. (CARAPINHEIRO, PINTO, 1987:78)

Contudo, e como já foi mencionado, o SMP foi apenas uma de várias medidas que constituíram uma política de desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde. Algumas dessas medidas visavam a descentralização e a integração de todas as actividades de saúde e assistência num único órgão governativo. (FERREIRA, 1990: 350)

Apesar de não ter conseguido atingir a totalidade dos seus objectivos foi reconhecido o carácter inovador e solidário da reforma de 1971. Este reconhecimento fez com que a lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) incorporasse, em 1979, alguns dos seus princípios e ideias. (FERREIRA, 1990)

Sobre os resultados obtidos por esta política pública na área da saúde, BARRETO (1995) refere que houve uma evolução drástica no domínio da saúde pública. As melhorias foram notáveis: cobertura sanitária total e universal, o aumento do número de consultas disponíveis, a par e passo com o aumento do número de médicos e de enfermeiros. BARRETO destaca três acções sanitárias que decorreram após a década de 60 e que proporcionaram estes e outros ganhos em saúde: (i) Programa de vacinação obrigatória, com especial incidência nas crianças a frequentar as escolas; (ii) as campanhas de luta contra a tuberculose; e (iii) a assistência materno-infantil. Porém, a maior mudança visível foi a universalização dos cuidados de saúde que permitiu a cobertura nacional de cuidados de saúde.

Como já foi referido, os CSP em Portugal são indissociáveis dos CS e, portanto, da sua história recente. Têm 37 anos como já foi também referido, mas foi através deles e dos serviços prestados que podemos observar um aumento de pessoal médico e de enfermagem, melhorias nas instalações e dos equipamentos e com todas estas melhorias uma cobertura sanitária da população mais efectiva. (IMPERATORI, 1985) O SMP terminou com a criação da carreira médica de clínica geral em 1982 ou, como são na sua maioria conhecidos, dos médicos de família, aqueles que prestam os cuidados primários de saúde de maior proximidade e que coincidiu com o início da segunda geração de centros de saúde. (OLIVEIRA, 2004:137).

Depois de considerar os factos nacionais e internacionais que levaram à emergência dos conceitos, entre os quais os CSP, conclui-se que são vários os factores que condicionam as acções e determinam as mudanças. Os CSP são actualmente a interface do SNS com as comunidades, o que reforça o conteúdo inicial da Declaração de Alma-Ata. A prestação de cuidados de saúde primários é considerada essencial para o desenvolvimento de um país e reflecte a capacidade de um Estado conseguir reunir as condições necessárias para garantir cuidados de saúde ao alcance de todos.

PARTE II - CONCEITOS FUNDAMENTAIS

“Development is the desired change from a life with many sufferings and few choices to a life with satisfied basic needs and many choices, made available through the sustainable use of natural resources.” (Amartya Sen)

Pode a saúde contribuir para o desenvolvimento? Se sim, de que formas? A garantia do direito à promoção e à protecção da saúde, e a existência de um serviço de saúde pública proporcionam, através da existência de um Serviço Nacional de Saúde, a possibilidade de um indivíduo alcançar uma esperança de vida mais longa e com mais qualidade. Esta possibilidade permite, simultaneamente, a cada um contribuir para o desenvolvimento do seu país, e para alcançar melhores condições de vida.

Se se atribuir à saúde um papel preponderante nas estratégias de redução da pobreza, na promoção da educação e formação, na capacitação para o pleno emprego, e na integração social, então a sua manutenção é igualmente indispensável. Os indicadores de saúde são fundamentais para avaliar o nível de desenvolvimento de um país, ou de uma região, e este facto por si só valoriza a importância dos cuidados de saúde. No entanto, corre-se o risco de sobrevalorizar o papel da saúde, o que poderá resultar na subvalorização de áreas de intervenção mais importantes em determinado contexto. Estas dúvidas reforçam a necessidade de considerar aspectos culturais, sociais, económicos e políticos nos processos de desenvolvimento. Por estes motivos o papel da antropologia nas questões de desenvolvimento e de saúde torna-se incontornável.

São estas questões, com a necessidade de aprender, de observar, de envolver, que requerem a convergência de diferentes métodos de intervenção, de áreas multidisciplinares, e que colocam a antropologia no campo da saúde e do desenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO (S)

O conceito de desenvolvimento, defendem vários autores,ⁱ começou a ser discutido após o fim da II Guerra Mundial e vários factores são apresentados como decisivos para a génese da discussão: “i) o processo de independência da maioria das antigas colónias europeias que se seguiu à II Guerra Mundial; ii) os desafios da reconstrução europeia, com o apoio do plano Marshall; iii) a Guerra-fria; iv) a afirmação do Estado Providência Keynesiano; e v) as novas afirmações idealistas resultantes da Segunda Guerra Mundial. Juntos, estes factores foram os alicerces de uma economia do desenvolvimento que visava alcançar a mudança, o progresso, o bem-estar e a riqueza. No entanto, estes alicerces baseavam-se no modelo de crescimento económico das sociedades ocidentais industrializadas, um modelo considerado exemplar, e na ideologia positivista da modernidade. Este modelo considerou o crescimento económico como a condição essencial para que se verificasse o desenvolvimento, ignorando “*as dimensões: social, cultural, política, etc. do desenvolvimento*”. (AMARO *et al.*, 1992: 9)

Durante o período que compreendeu 1945 a 1973 assistiu-se a um desenvolvimento contínuo da economia – os trinta anos gloriosos – que se caracterizaram por um crescimento rápido das economias que proporcionaram o pleno emprego e a ausência da inflação (Reis, 1992:31). Para regular o crescimento económico das economias capitalistas centrais, o Estado desempenhou um papel crucial, como Estado Providência, garantiu o pleno emprego, a uniformização, a concentração dos direitos e deveres dos trabalhadores.

Uma das teorias que validou este paradigma do desenvolvimento foi o *Fordismo*, e neste modelo a empresa ocupou um papel fundamental como responsável pela: produção, atribuição de salários, adopção de novas tecnologias e também pela procura que condiciona o consumo. Cada país era avaliado através de indicadores económicos que eram simultaneamente indicadores de quantidade que AMARO (1992) define como “o mito do *“quantitativismo”*, assente sobretudo nas quantidades produzidas e consumidas”, depreciando a qualidade; o de *“produtivismo”* que sobrevalorizava o tempo de produção de bens e de serviços; o do *“industrialismo”* e do *“tecnologismo”*, que permitiu a produção em massa, independentemente do local onde iriam ser consumidos; e o do *“consumismo”*, que através dos comportamentos efémeros das actuais sociedades, garantiu o consumo de bens e serviços

ⁱ AMARO (2003: 3); MURTEIRA (2003:31-44); CAMERON (2004: 408-433)

produzidos em massa. O modelo de crescimento económico dos países ocidentais foi, na minha opinião, outra forma de colonialismo, obtido através da dominação de pensamento. Pelo carácter etnocentrista dos líderes que dominavam a opinião e que ditavam o que produziam como uma necessidade universal, foi garantido um mercado para escoar os seus produtos independentemente de estes serem realmente necessários.

O que resultou da assimilação destes mitos? A distinção entre países ricos e pobres. Através da produção em massa, atingiu-se uma universalização de necessidades, o que por sua vez gerou um ciclo vicioso de grande dependência dos países em vias de desenvolvimento àqueles que produziam esses bens e serviços. Este ciclo transformou-se num comportamento padrão que se repetiu em diversas dimensões: dos países mais ricos para os países mais pobres, “*do centro para as periferias ... de cima para baixo e das elites para as massas*”. (AMARO et al., 1992: 10) A homogeneização do consumo acabou por ignorar “outras dimensões e vertentes do desenvolvimento humano”, e também “*não distinguiu situações e necessidades específicas*”. (AMARO et al., 1992: 11)

O modelo de desenvolvimento como processo de crescimento económico, semelhante àquele que orientou as sociedades industrializadas, recolheu várias críticas relacionadas com a suposta universalidade e adequabilidade deste modelo. Apesar disso ele foi responsável por grandes mudanças positivas que ocorreram e que ficaram conhecidas como “anos dourados” entre as quais, aquelas que o admirável crescimento económico proporcionou: bem-estar, eficiência produtiva, crescimento da taxa de alfabetismo, melhores condições de saúde, progresso científico, avanços tecnológicos, etc. Mas como diz o ditado popular “não há bela sem senão”, e os anos dourados foram, para alguns, anos de obscurantismo, dos quais resultou uma acentuada diferenciação que distinguiu os países desenvolvidos dos em vias de desenvolvimento. Este foi o maior argumento contra o modelo de desenvolvimento então utilizado. Nestes países, considerados em vias de desenvolvimento, a realidade evoluiu no sentido inverso, as taxas de analfabetismo aumentaram, surgiram novas epidemias, destruiu-se grande parte da riqueza natural, surgiram novos comportamentos relacionados com intolerância, individualismo e isolamento. Todavia, e resultante de um factor que não foi possível controlar, a globalização, o mundo foi contagiado, e aqueles países que viveram os anos dourados no seu apogeu, tiveram que enfrentar novos desafios resultantes da explosão do crescimento económico, tais como o desemprego, o aparecimento de novas epidemias (por

exemplo o vírus do HIV), a discriminação étnica ou de género, a exclusão social, a desestruturação familiar, etc.

Uma avaliação deste período remete-nos para a ambivalência das mudanças, e revela-nos algumas boas e más práticas a prosseguir ou evitar. Um exemplo desta situação foi a discussão da alteração do paradigma de desenvolvimento, iniciada pelos técnicos de desenvolvimento das Nações Unidas. Estes perceberam que não existem fórmulas universais para atingir o desenvolvimento em todos os países de uma forma homogénea. Como pretendo defender neste trabalho, os processos de mudança não são “fruto do acaso”, são impulsionados por diversos factores.

TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO

O conceito de desenvolvimento ultrapassa mais do que o seu significado semântico. Quando este é considerado essencial à melhoria das condições de vida das pessoas, para a obtenção de bem-estar e maior igualdade, obriga a que se aprenda e se criem bases teóricas de referência que estimulem e difundam ensinamentos a reter e aplicar. Nas décadas que se seguiram ao fim da Segunda Guerra Mundial o desenvolvimento esteve relacionado com o crescimento económico e com o progresso. Sem crescimento económico não se previa que fosse possível obter níveis elevados de desenvolvimento social e cultural, nem a redução das desigualdades sociais. Defendeu-se então que o crescimento económico era possível através do alargamento de mercados, do investimento e produção em massa. A indústria foi considerada fundamental para que houvesse crescimento económico. Defendeu-se também que o processo de crescimento deveria ser homogéneo e teria que passar obrigatoriamente por uma alteração semelhante em todos os sectores e locais, originando a transferência de mão-de-obra do sector tradicional para o sector industrial. Esta concepção harmoniosa e universal do desenvolvimento baseou-se em teóricos^j da **década de 50** (Almeida *et al.*, 1994) e conheceu o seu fracasso quando o crescimento económico criou um fosso abissal entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos. O resultado foi uma caricata dependência financeira que acabou por distinguir os países exportadores de matéria-prima daqueles que a transformavam. Na balança de trocas comerciais as matérias-primas nunca alcançaram o mesmo valor que o

^j KUZNETS (1955) e LEWIS (1954)

do produto final, resultando na existência de uma dívida “irónica” dos países detentores das matérias-primas aos países industrializados.

Esta visão do desenvolvimento, além de produzir desigualdades, não considerou no processo outras variáveis não económicas, como o ambiente, a cultura, a educação e as questões de saúde. Essencialmente, descurou entre outros factores, a necessidade da existência de vários serviços, entre os quais uma rede de cuidados de saúde eficazes e eficientes. Esta lacuna permitiu que novamente vários indicadores distinguissem países desenvolvidos dos países em vias de desenvolvimento, entre eles, a elevada taxa de natalidade que contribuiu para o aumento das taxas de mortalidade infantil e também para o aumento da densidade populacional. Tudo isto culminou num agravamento das condições de vida e, conseqüentemente, num valor de esperança média de vida muito baixo. Da visão economicista linear simplista, que influenciou o modelo de desenvolvimento e que premiou o progresso e o crescimento económico, derivaram outras.

Assim, na **década de 60**, a teoria dinâmica defendida por ROSTOW (1964) veio influenciar a conceptualização do desenvolvimento, na qual a modernização ocupou um papel fulcral. Esta teoria defendeu que todas as sociedades humanas teriam que passar pelo mesmo processo de desenvolvimento, que consistia em cinco etapas: I) A da lenta modernização, caracterizando este tipo de sociedade como tradicional. Neste tipo de sociedade a produção era essencialmente agrícola, o parentesco ocupava um lugar primordial na organização e distribuição do poder e no controlo da terra. As sociedades nesta fase produziam, essencialmente para o auto-consumo; II) O período da transição onde estava previsto serem criadas as condições para o arranque, condições que uma vez reunidas provocavam alterações na estrutura social, no sistema político e nas técnicas de produção. Esta conjuntura transformava sociedades essencialmente agrícolas em sociedades que progressivamente se dedicavam, também, à produção industrial e de serviços designadamente de comércio e de comunicações; III) O arranque, ou a modernização, esta etapa era comumente designada como revolução industrial. A principal característica desta fase era a expansão da indústria. Com a obtenção de algum lucro era possível reinvestir na aquisição de instalações industriais e equipamentos que por sua vez permitiria empregar mais pessoas, contribuindo para o aumento de operários. Estas mudanças provocaram outras, nomeadamente a expansão de áreas urbanas e a utilização de novas técnicas agrícolas e industriais que alteraram por completo o modo de vida; IV) A marcha para a maturidade, esta fase, via da regra abarcava a

vida de duas gerações, distinguia-se de todas as outras pela sua capacidade de especialização, dito por outras palavras esta era a fase da especialização. Nesta etapa a economia apresentava aptidões técnicas e organizacionais de produção para todo e qualquer tipo de produto; V) e última fase, a era do consumo em massa. Nesta etapa atingia-se o amadurecimento da economia verificando-se um desvio dos interesses económicos para conseguir proporcionar o bem-estar, através da utilização de recursos e apoio político. Os recursos eram utilizados, por um lado, para granjear o reconhecimento nacional, o poder e influência externa através de políticas militar e externa, e por outro lado, utilizando os recursos produzidos para a criação de um Estado Providência que se deve preocupar com a redistribuição e a assistência social. A teoria do desenvolvimento defendida por ROSTOW contemplou timidamente a parte social, em parte, assegurada na fase da maturidade da economia. Ainda assim ela contemplou a existência de um ritmo unilateral determinado por um modelo hegemónico o que continuava a produzir desigualdades e injustiça social, menosprezando novamente a diversidade e as heranças culturais.

No decorrer dos anos 60, o conceito de desenvolvimento integrou o capital humano, privilegiando o papel das relações sociais, das pessoas, das comunidades e das culturas, contribuindo para esta perspectiva PERROUX (1963), que apelou ‘à invenção de uma economia do homem’, a novos tipos de equilíbrio e de desenvolvimento humanos, e a uma forma de desenvolvimento alternativo às perspectivas anteriores. Ao crescimento económico e ao progresso, acrescentaram-se estratégias de crescimento centradas na satisfação das necessidades básicas das populações (ALMEIDA *et al*, 1994) que consistiram essencialmente na defesa dos direitos humanos: acesso à saúde, alimentação, habitação e educação.

No entanto, e apesar deste ser um modelo um pouco mais abrangente, existiam outros factores que não estavam a ser considerados. Baseados numa análise mais completa e integradora, surgiram vários estudos na **década de 70** que relacionavam crescimento e desenvolvimento dos autores Adelman (1973) e Morris (1974). Estes defenderam que o produto nacional bruto (PNB) *per capita* não era o factor mais relevante para explicar os diferentes ritmos de crescimento económico, mas sim outros factores, entre os quais: a abundância de recursos naturais, o grau de intervenção do Estado, o grau de participação política e o grau de desenvolvimento dos recursos humanos. (ALMEIDA *et al*, 1994)

Acrescenta-se ainda a contribuição do autor PREBISCH (1963) que defendeu a introdução de um planeamento nos processos de desenvolvimento que visavam o bem-estar social e o

crescimento económico. Apresentou como exemplo o modelo aplicado na América Latina, que defendeu como aplicável às mais diferentes regiões do mundo e que assentava nos seguintes pontos: a alteração da intervenção do Estado permitindo a actividade privada, e a concorrência, revolucionar o sistema educacional permitindo a transformação da mente por alcançar o sentir das populações através da utilização de ideias claras promovendo a iniciativa individual, e o planeamento.

Estas concepções neoliberais provocaram o recuo da intervenção do sector público para o crescimento económico e também na ajuda ao desenvolvimento.

Assim no final da década de 60, princípio dos anos 70, era visível que o desenvolvimento através unicamente do crescimento económico era um erro e que resultou: a) no aumento da frustração dos países subdesenvolvidos que perante as “receitas” e modelos de desenvolvimento que lhes eram propostos ou impostos continuavam a falhar; b) no não cumprimento dos países desenvolvidos, com poucas excepções, do compromisso assumido de ajuda àqueles com 1% do seu PIB; c) no fracasso de estabelecer uma Nova Ordem Económica Internacional, em 1974, favorável aos países do Terceiro Mundo; d) no aumento do endividamento ao FMI e Banco Mundial resultante dos dois choques petrolíferos (AMARO, 2003:53).

Apesar destas contrariedades reflectirem algum desencanto com o conceito de desenvolvimento e com o que em nome dele era feito, nem tudo foi mau, mas definitivamente o saldo não foi bom. Porém a mudança não significou o abandono do conceito nem das intervenções, mas sim a alteração dos meios utilizados. Nesta mudança de estratégia foram importantes as vozes^k críticas que surgiram e apelaram a uma nova forma de desenvolvimento, mais real e adequada a cada país e local.

Os novos métodos de trabalho assentavam no conhecimento da situação da população que iria beneficiar da intervenção, nas suas necessidades e suas capacidades, na utilização de recursos locais, na adopção de uma estratégia que reflectiria uma visão integrada dos problemas. O novo paradigma defendeu os que são afectados pelo projecto de desenvolvimento é que deveriam participar do seu planeamento, e por isso se deveria utilizar os recursos endógenos, potencializando e optimizando o uso dos recursos locais e os saberes.

k Algumas dessas vozes foram Gunnar Myrdal e François Perroux.

As novas orientações deste paradigma são visíveis no Programa das Nações Unidas para o decénio 1962-1972, tendo este como bases políticas: 1) o desenvolvimento assente nos conceitos-base: dimensão económica e social; 2) a valorização humana como objectivo primordial de todo o desenvolvimento; 3) a necessidade da programação como técnica de melhor aproveitamento dos recursos. Dito por outras palavras este paradigma colocava o desenvolvimento comunitário como o meio de atingir crescimento e progresso social. (SILVA, 1963: 303)

Promoveu-se, para este efeito, um modelo alternativo baseado numa metodologia pragmática, o *Desenvolvimento Comunitário (D.C.)*. Este modelo teórico do desenvolvimento considerou que era essencial haver o envolvimento da comunidade a que se destinava. O processo passava pelo diagnóstico das necessidades pelos próprios beneficiários, a construção de uma resposta a essas necessidades que integrava as capacidades da própria comunidade, fazendo depois a articulação de vários conhecimentos disciplinares e de diferentes sectores de intervenção. O *D.C* foi definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma técnica de união de esforços entre habitantes e os poderes públicos com o objectivo comum de melhorarem a situação económica, social e cultural da sua comunidade e consequentemente contribuírem para o progresso nacional. (SILVA, 1964)

Em Portugal, na década de 60 um dos vultos impulsionadores do *D.C.* foi a economista Maria Manuela da Silva que enquadrou a necessidade do uso deste modelo para responder a alguns problemas específicos como o despovoamento, falta de mão-de-obra profissional e qualificada, analfabetização, empobrecimento, insuficiente cobertura sanitária, entre outros. (SILVA, 1964) Neste contexto os programas que foram iniciados pretendiam, não só, contribuir para a integração das zonas não evoluídas no ritmo geral do desenvolvimento nacional, mas também para a correcção de assimetrias regionais.

O Governo português valorizou esta técnica especialmente durante a preparação dos Planos de Fomento, para integrar os pedidos de financiamento ao Banco Mundial. Apesar deste interesse que se revelou superficial, existiram algumas iniciativas de carácter espontâneo, nomeadamente, a colaboração do Sindicato dos Profissionais do Serviço Social Português na realização do Seminário sobre a Organização e Desenvolvimento Comunitário, juntamente com a Union Catholique de Service Sociale (UCSS); o Plano de Ajuda Rural, de Coimbra; a obra do bem-estar rural do Concelho do Baião; a experiência agrícola da Shell portuguesa em

Sever do Vouga, e a Equipa de Estudo e Experimentação de Desenvolvimento Comunitário. (SILVA, 1964)

Partindo do pressuposto que o *D.C.* deveria capacitar as comunidades mais necessitadas, através da criação de emprego local, da reorganização da exploração agrícola e consequente comercialização, e do combate ao analfabetismo, verificou-se uma preocupação no envolvimento das comunidades no processo, para que se tornassem autónomos. Um ponto que parece interessante reforçar é a valorização da avaliação da experiência. Os resultados obtidos, previstos e inesperados, contribuíram para a aprendizagem e melhoramento. Nesta altura o *D.C.* era defendido como a forma mais apropriada para a obtenção de uma política de desenvolvimento regional homogénea, que utilizava os recursos existentes.

Este modelo de referência para o desenvolvimento possuía uma característica que merece ser destacada: a inclusão de diferentes ritmos de crescimento económico, a heterogeneidade local e nacional. Este aspecto é importante porque ele considerou as diferenças entre regiões: razões de ordem geográfica, económica, histórica, psicológica e sócio-cultural. O *D.C.* apresentou outra particularidade, a introdução de elementos externos no processo de desenvolvimento, contrariando a tendência do modelo clássico do desenvolvimento que privilegiava o investimento na industrialização, e menosprezava a importância da alteração de percepções, de expectativas e de valores sociais, que podem desde logo ser trabalhadas através da inclusão de membros externos à comunidade. O *D.C.* considerou mais do que o aspecto quantitativo do “mais ter”, foi essencialmente qualitativo “mais ser” ou “melhor ser”, valorizou a educação, à guisa do modelo defendido por Prebisch (1963), este processo conseguiu a participação da comunidade, *“mergulhou nas raízes da população e foi capaz de operar nela uma transformação profunda”* que garantiu a sua eficácia e a sua continuidade. (SILVA, 1963)

O *D.C.* pretendeu ainda dinamizar as populações para tomarem consciência das suas necessidades e potencialidades, agiu como um processo de consciencialização para induzir à acção, habilitou as populações a unir esforços, para conseguir satisfazer necessidades. É por estes motivos que este modelo apela à consideração dos aspectos de origem económica, mas sobretudo aos de origem psicossocial. Nesta capacitação das populações para serem auto-suficientes, o que se apresentou não raras as vezes como um obstáculo foram as dificuldades na elaboração de pedidos de financiamento para a comunidade. O êxito da proposta dependia

essencialmente da articulação entre o enfoque para as necessidades locais e a importância da sua satisfação e do seu sucesso na política regional e nacional.

Estas novas dinâmicas apresentadas pelo modelo de desenvolvimento feito pela comunidade, e para si, permitiu a tomada de consciência da população para as suas capacidades, recursos e potencialidades, bem como para as debilidades e introduziu neste processo uma perspectiva individual, comunitária e nacional, valorizando a necessidade de existir uma avaliação ao processo numa perspectiva de aprendizagem.

Decorrente destas novas experiências e de novas necessidades, emergiu uma nova consciência que se preocupava com o equilíbrio social, económico, ambiental e político. A par e passo com a aprendizagem passada e com a construção de um conceito de desenvolvimento preocupado com o futuro, realizaram-se manifestações, conferências, encontros, produziram-se directrizes e surgiram novos conceitos de desenvolvimento que reflectiram estas preocupações e ensinamentos.

Além desta heterogeneidade surgiram novos sintomas de mal-estar social, cada vez mais visíveis nas revoltas estudantis, no crescimento do individualismo, no surto de doenças de foro psicológico relacionadas com os novos estilos de vida, e na gradual preocupação com o ambiente, entre outros. Nos países em vias de desenvolvimento a frustração mantinha-se em relação aos modelos de desenvolvimento que lhes era proposto. Destes problemas e preocupações emergentes, bem como de outros sinais evidentes deste mal-estar globalizado, nasceu um novo conceito mais completo, que integrou aspectos ecológicos e demográficos, além do económico. Foi resultado das diferentes preocupações, foi a criação do conceito de desenvolvimento sustentável¹, através do qual as gerações actuais satisfazem as suas necessidades sem comprometer as mesmas possibilidades às gerações futuras. (ALMEIDA *et al*, 1994) O carácter mais abrangente deste novo conceito manifestou preocupações com a educação e a formação de pessoas. Sintomático das novas preocupações foi a criação de um Programa específico para o Desenvolvimento, na Organização das Nações Unidas (ONU), conhecido como o PNUD, preocupou-se com o exercício da cidadania, com o acesso à educação e aos serviços de saúde. Em suma, preocupa-se com o aumento de oportunidades e com o exercício das liberdades.

¹ Conferência de Estocolmo em 1972, Organizada pela ONU

Dos novos conceitos que entretanto surgiram destaca-se: o conceito de *desenvolvimento sustentável* (1972); relacionado com a crescente preocupação ambiental estimulada pela publicação do estudo do Clube de Roma “Limits to growth” e da Conferência de Estocolmo organizada pelas Nações Unidas que alertavam para os custos ambientais que os ritmos de crescimento económico colocavam em causa, inclusive o futuro das gerações vindouras.

O paradigma orientador destes novos conceitos pós modernos de desenvolvimento baseou-se em indicadores qualitativos. Mais do que dar importância aos indicadores quantitativos que expressam o crescimento económico e o “progresso material”, os qualitativos revelam e valorizam as pessoas, o ambiente, os direitos e a integração. São estes valores que orientam a nova concepção de desenvolvimento.

Foi no final dos anos 70 e início da década de 80 que, resultante das várias interpretações do desenvolvimento, surgiu a teoria de economia ou sistema mundial capitalista defendida por WALLERSTEIN. Nesta teoria o autor defendeu que existe apenas um mundo e que este se articula num complexo sistema de trocas económicas, caracterizado pela dicotomia entre capital e trabalho e a acumulação de capital entre agentes em concorrência (nomeadamente os Estados-nação). É estabelecido constantemente um equilíbrio perante as ameaças dinâmicas internas e estas são autónomas em relação às tensões externas. Esta nova abordagem que por um lado considera a diversidade cultural, política, económica e ambiental, acaba por excluir a diversidade dos Estados apresentando a justificação da dependência de uns Estados, baseada numa economia capitalista no qual o mercado determina o valor das trocas comerciais. (WALLERSTEIN, 2000)

A base de evidência teórica do desenvolvimento conseguiu influenciar a forma como o processo de desenvolvimento era pensado e posto em prática. Considerou os resultados obtidos no terreno, e incluiu gradualmente esses conhecimentos facilitando a inclusão de recursos utilizados nas intervenções, estranhos ao local, exógenos, e também envolveu os recursos internos, endógenos. O desenvolvimento era visto como um processo homogéneo e que correspondia a uma uniformização de modelos.

A criação de um conceito real e objectivo também sofreu influências da necessidade do processo de desenvolvimento ser baseado na proximidade. Desta forma a territorialidade veio distinguir os diversos níveis: o mundial, o nacional, o regional e o local. O nível local adquiriu nesta nova perspectiva teórica um novo lugar, valorizado. Como sustenta AMARO

(2003) este conceito resultou da discussão do paradigma territorialista e das experiências de terreno que demonstraram a adequabilidade deste conceito num contexto de globalização.

Na **década de 80** surge um novo conceito, o de Desenvolvimento Local (D.L.). A relevância deste conceito resultou de vários factores que proporcionaram a alteração da estratégia para o desenvolvimento. Alguns destes factores, mencionados por AMARO (1991), são universais: o crescimento industrial verificado no fim da Segunda Guerra Mundial e a consequente uniformização da produção e do consumo; o crescente papel do Estado Providência; a relação indissociável entre desenvolvimento e crescimento económico; e a sobrevalorização da nacionalidade em detrimento da regionalidade. A crise destes valores, proveniente de sociedades em constante mudança, obrigou a repensar os postulados que orientavam as economias mundiais: *“Todas estas (e outras) transformações vão traduzir-se, em termos espaciais, numa crise da base territorial nacional e na emergência de novas territorialidades”* (AMARO, 1991: 168) As novas lógicas territoriais, a transnacionalidade, a supranacionalidade e a infranacionalidade reconheceram à diversidade, a estratégia adequada para pensar o desenvolvimento, considerando a afirmação da identidade local como o meio essencial para bases organizativas, culturais, sócias e económicas (AMARO, 1991: 169).

A adopção deste paradigma territorial desencadeou novas perspectivas de intervenção para o desenvolvimento, isto é, reconheceu-se a diversidade dentro de uma nação, não só dos locais como também das pessoas e recursos. A diversidade não se reduz à equidade de acesso, a nível global, nacional ou local, é também visível na cultura de cada indivíduo. (TODD, 1984 :25)

Nesta nova perspectiva os agentes do desenvolvimento utilizaram as capacidades e recursos endógenos como ferramentas essenciais. As características mais relevantes do paradigma territorial são: a visão integrada e diferenciada do *desenvolvimento*; a importância vital das comunidades locais, das suas necessidades e capacidade para a definição do *desenvolvimento*; a valorização das identidades regionais e locais; o estabelecimento de redes de solidariedade e de comunicação, formais e informais; na descentralização; na revitalização da sociedade, ao democratizar o *desenvolvimento*; numa efectiva defesa do ambiente; na realização conjunta de quatro princípios fundamentais: *participação, autonomia, solidariedade e diferença*. (AMARO, 1991)

Foram estas particularidades conceptuais que distinguiram D.L. do D.C., embora um pareça ser uma continuidade do outro. A base teórica do *desenvolvimento local (D.L)* distinguiu-o do *desenvolvimento comunitário (D.C.)*, apesar de ambos terem como ponto de partida a comunidade, o D.L apresenta-se como um conceito mais abrangente e inclusivo. O D. L. é descrito como um processo de mudança centrado numa comunidade geográfica de pequena dimensão. Este processo parte da constatação de que nessa comunidade existem necessidades básicas por satisfazer às quais se procura responder através da mobilização das capacidades endógenas e recursos específicos, o que naturalmente implica uma dinâmica participativa e portanto a participação num processo de capacitação. Assumindo que os recursos nunca serão suficientes, é necessário assegurar a mobilização de recursos exógenos, no entanto estes devem ser fortalecedores e não substitutos. Esta perspectiva integrada implica uma lógica de parceria das instituições que entram em acção, criando um impacto tendencial em toda a comunidade, segundo uma grande diversidade de processos e resultados. (AMARO, 1992)

Com a descentralização do papel do Estado, o modelo de desenvolvimento centralizado também se esgotou. O *D.L.* foi a nova referência para o desenvolvimento. A sociedade local apresenta-se com debilidades e carências, mas também apresenta potencialidades e recursos naturais, materiais e humanos. Apesar do objectivo final do processo de mudança que orienta o D.L. ser o bem-estar, é também um processo ambíguo, que para alguns implica não ganhar nada ou não reconhecer a sua utilidade. Para haver mudança tem que existir uma necessidade e a vontade de agir. A sociabilidade local, as redes informais e os laços familiares juntamente com o poder local formam um conjunto de relações próprias ao local. A comunidade, isto é, um grupo humano que se identifica com certos valores e que possuem laços de solidariedade entre si assentes no princípio de autonomia, mobiliza-se para responder à situação que os ameaça, através da utilização de recursos endógenos. Este processo permite que as pessoas sejam capazes de resolver os seus problemas, através da sua participação. Contudo nem sempre os recursos endógenos são suficientes e há que recorrer à ajuda de externos ao processo, os recursos exógenos, que devem ser sempre acessórios, devem ajudar à solução do problema, mas nunca substituir os endógenos. Diz o ditado popular que duas cabeças pensam melhor que uma, e a sua aplicação no terreno, vê-se pois no decorrer de um processo de desenvolvimento esta atitude promove a participação e as parcerias. Através do trabalho multidisciplinar, consegue-se desenvolver um trabalho em parceria muito produtivo, que se traduz no conhecimento da comunidade e na

utilização da experiência, e utilizando uma visão integrada, obtêm-se resultados e ajuda-se a comunidade a pensar na resolução de futuros problemas. O D.L. integra a diversidade. Pensar flexível e adequadamente é uma afirmação de direitos e poderes do cidadão, capacita-o a ser activo no processo de satisfação de necessidades.

Na **década de 90** outras perspectivas induziram uma alternativa aos modelos de desenvolvimento. Este baseou-se em alguns postulados, designadamente: “os direitos humanos, direitos de cidadania e o «desabrochar» humano”. (FRIEDMAN, J., 1996) O primeiro teve como base a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) adoptada pela Assembleia Geral da ONU e que criou um padrão de conduta que serviu como orientação das relações humanas, como seres sociais. O segundo postulado deste modelo de desenvolvimento alternativo defende que os direitos e deveres da cidadania são comuns a todos aqueles que pertencem a determinada comunidade política. O terceiro postulado prende-se com a convergência de algumas condições que permitem ao ser humano viver em capacidade total. (FRIEDMAN, J., 1996) Este tipo de desenvolvimento alternativo defende a melhoria das condições de vida, a humanização dos sistemas políticos que privam os cidadãos do exercício dos seus direitos, a contribuição através do *empowerment* para o acesso a meios de subsistência, para alcançar no fim a sua inclusão, a nível regional, nacional e global.

Pretendeu-se demonstrar que o conceito de desenvolvimento não é um conceito estático. As diferentes concepções resultam em diferentes tipos de intervenção, mas no caminho percorrido aprendeu-se mais com os erros e com as vitórias. Se o crescimento económico e o progresso científico foram em diferentes momentos sobrevalorizados, foi esta sobrevalorização que levou à integração de outros componentes. Foi também derivado do progresso e do conseqüente aumento de informação e circulação da mesma que a discussão deste conceito é ainda hoje actual.

Em resumo, parece-me importante realçar que o processo de desenvolvimento, é como a história o demonstra, demasiado complexo para que uma definição o consiga descrever completamente. As diferentes definições são elas próprias resultado de um determinado contexto histórico, de teorias ou correntes teóricas, ou ainda de especificidades inatas a um local, de pressupostos individuais, da missão e objectivos da organização que define o que pretende. No entanto, parece que todas as correntes teóricas prevêm para um processo de desenvolvimento a necessidade do crescimento económico. Cumprido este requisito, as questões que tornaram o desenvolvimento uma urgência desaparecem. Os processos de

desenvolvimento permitem a satisfação de necessidades básicas, o aproveitamento de recursos naturais, humanos locais e externos, a consciencialização das capacidades, limitações e potencialidades de uma determinada comunidade em conseguir a autonomia e a sustentabilidade.

É interesse deste trabalho contribuir, para esta discussão, através da descrição de uma experiência do estabelecimento de uma rede de cuidados de saúde, que parece ter promovido desenvolvimento, através da capacitação das populações para o exercício da cidadania, reforçando a democracia. Não se pretende discutir o que faz parte da história passada, mas sim tentar perceber, contextualizar, enquadrar os modelos e as influências teóricas dos conceitos de desenvolvimento e de saúde.

SAÚDE

Em 1945, os destroços da II Guerra Mundial originaram novos desafios, entre receios e esperanças, inspirando a discussão e o pensamento do futuro. A discussão dos conceitos de saúde e de desenvolvimento, bem como a forma de os garantir, fizeram parte desses desafios. A importância da existência da saúde ou de mecanismos que a protejam é vital para a existência da humanidade. O homem já percebeu que a sua existência e sobrevivência não dependem da riqueza, mas sim de um equilíbrio da vida em sociedade e com o ambiente. A importância destes elementos tem sido visível na criação de diferentes organismos que defendem e promovem hábitos saudáveis. O maior exemplo destes foi a criação da Organização Mundial da Saúde^m, em 1948, resultante das preocupações do pós II Guerra Mundial. A percepção que a despreocupação com a realidade dos países mais pobres, num mundo globalizado, põe em risco a saúde global, tem movido os diferentes organismos nacionais e internacionais de saúde a intervirem no controlo de epidemias, na promoção e protecção da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu inicialmente a saúde como: “ *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência da doença ou enfermidade*”, em 1948. Esta definição foi considerada utópica e posteriormente foi alterada: “*a saúde não deve ser considerada «um estado ideal de bem-estar» conseguido através da completa eliminação da doença, mas como um modus vivendi que permita homens*

m http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

imperfeitos ter uma vida compensatória e não demasiado difícil apesar de viverem num mundo imperfeito". Mais tarde em 1981 Halfdan Mahler, o então Director-Geral da OMS, acrescentou à definição inicial que saúde é "a capacidade de levar uma vida social e economicamente produtiva".(MAUSNER, KRAMER, 2004:14,15) Como se observa nas definições não definitivas da OMS, saúde não é uma condição universal e é muitas vezes definida em relação à presença da doença, o que implica outro conceito para definir, a doença. Na epidemiologia a doença é definida de acordo com a sua frequência ou ocorrência. No campo antropológico coexistem várias definições: *a)* algo não natural que deriva de uma invasão real ou simbólica que tem a missão de prejudicar um indivíduo ou a comunidade onde esse indivíduo se insere. (ADAM, HERZLICH; 2001); *b)* como um fenómeno social e biológico (SAUNDERS, 1970); *c)* é considerada impossível de definir pelo facto de existirem diferentes formas de se adoecer. (HERZLICH, 1970:14); *d)* é consequência da desgraça e da desordem (LAPLANTINE; 2004). Na área da antropologia, a saúde é definida: *a)* como natural que resulta de uma ordem harmoniosa com o ambiente social e religioso; *b)* em relação à ausência ou presença da doença. (ADAM, HERZLICH, 2001); *c)* como a obtenção da salvação, a ordem e o equilíbrio (LAPLANTINE; 2004).

CUIDADOS MÉDICOS

A possibilidade de levar uma vida saudável, longa e produtiva tem seduzido o ser humano. Religiões têm defendido a existência da possibilidade da vida eterna, alguns escritores exploram esse ideal, ainda outros vivem à procura "do elixir da eterna juventude". Mas enquanto a fórmula não é descoberta, as sociedades têm criado mecanismos e instituições que lidam com a doença e com a velhice para manterem o " bom funcionamento da sociedade." (ADAM, HERZLICH, 2001: 89) Além das instituições de saúde criadas, outra forma de intervenção tem sido feita através da prática médica e de terapia – o diagnóstico, "*a pill for every ill*". Contudo em 1970, o psicólogo PARSONS, alertou que a medicalização, poder de avaliar o que é saúde e o que é doença, é um acto realizado perante a vulnerabilidade de um indivíduo, o que lhe permitia o poder de influenciar. Por outras palavras, apesar do objectivo final ser a recuperação do equilíbrio, a volatilidade associada a este estado questiona o elevado nível de racionalidade que a prática médica impõe, colocando em causa se se trata do equilíbrio do sujeito ou daquele que a prática médica estabeleceu. (PARSONS, 1970:178) Tem sido reconhecido à classe médica poder, o poder de restituir o equilíbrio e a ordem,

conquistando desta forma a legitimidade e conseqüentemente tornando-se uma classe dominante com poder simbólico. (BOURDIEU, 1989)

O reconhecimento deste poder permitiu a institucionalização da doença, e simultaneamente contribuiu para o desaparecimento da ideia que a doença é um acontecimento elementar na vida de um ser vivo. Trata-se de um acontecimento elementar assim como outros factos biológicos tais como o nascimento e a morte. Compreender que certos acontecimentos são parte integrante da vida, permite relativizar o facto de adoecer, e analisando neste facto uma outra missão, o de fortalecer os laços sociais. (AUGÉ, 1986: 40)

Não só a aceitação da doença como um facto natural da vida, como também o facto de aceitar que a recuperação de um estado débil para um estado considerado saudável pode ser exercido por outros profissionais, não-médicos, facilita o restabelecimento, premeia a diversidade de escolhas e ainda permite o emprego a diferentes saberes e formações adequados ao tipo de cuidados necessários.

Atribuir à saúde um papel de facilitador no processo de desenvolvimento equilibrado é justo. A saúde pode proporcionar o bem-estar necessário para usufruir do direito à educação e formação. A educação passa por ser um factor essencial para o desempenho profissional, pois é do trabalho que se obtém prosperidade económica.

Encontramos então na saúde uma situação paradoxal: por um lado o desenvolvimento de um país determina a saúde da sua população, por outro lado os indicadores de saúde são excelentes meios para conseguir perceber as condições de um país, tornando a saúde uma excelente base para o desenvolvimento.

SAÚDE, UMA NECESSIDADE BÁSICA

Nas últimas décadas, a OMS e o Banco Mundial têm valorizado o papel da saúde para o desenvolvimento. A OMS defendeu em 1978 que era vital a existência de uma rede forte de cuidados de saúde primários para garantir a melhoria da saúde das populações. O Banco Mundial (B.M.) que inicialmente não manifestava interesse nas questões de saúde, fê-lo em 2004 em conjunto com a OMS e defendeu que o investimento em saúde era essencial não só nos países em vias de desenvolvimento como era um pré-requisito para o crescimento económico de todas as nações. (LINDSTRAND *et al*, 2006) O papel da saúde e da existência

de uma rede prestadora de cuidados de saúde defendida pelo Estado foi reforçado com a posição destes organismos supranacionais.

A atribuição da importância à saúde como base para o desenvolvimento determinou novas considerações e diferentes áreas de intervenção. O mesmo acontece com a classificação do que são necessidades básicas. Estas foram alvo de uma definição em 1976 na Conferência Global sobre o Emprego, Crescimento e Necessidades Básicas promovida pela International Labour Office (ILO- Gabinete Internacional do Trabalho) e com o apoio do Banco Mundial. Apesar de ser considerado incipiente, foram definidas como sendo: as necessidades mínimas de uma família para consumo privado (alimentação, vestuário, habitação); serviços essenciais de consumo colectivo (água potável, saneamento, electricidade, transportes públicos, serviços de saúde e de educação); a participação popular na tomada das decisões que as afectam; a satisfação de um nível absoluto das necessidades básicas dentro de um quadro vasto de direitos humanos básicos; e emprego como meio e fim para o desenvolvimento. (FRIEDMAN, J. 1996) Esta classificação levantou outro problema: “qual deveria ser considerada a prioritária?”, o que reportou para outra questão que é determinada em função do local. O debate em prol desta questão, não é muito diferente daquele que define o modelo de desenvolvimento apropriado, bem como a importância das questões em saúde. É muito complicado classificar questões tão sensíveis como estas, que determinam um plano de ajuda que pondera o papel dos diferentes actores sociais e das instituições, e implicam a discussão e a escolha de uma área de intervenção em detrimento de outras igualmente importantes, e que tornam difícil delinear uma estratégia de combate e de inversão, um modelo de democracia participada.

Uma necessidade básica é determinada em função da sobrevivência colectiva e individual: “ «necessidades básicas» (...) sintomas de «necessidades verdadeiras», isto é, necessidades cuja não satisfação põe em risco a sobrevivência colectiva e individual.” (Henriques, 1990: 19) Daqui se depreende que uma necessidade pode ser básica ou suplementar dependendo de diferentes factores, conferindo às necessidades humanas diferentes origens: biológica, social e ambiental. Variados factores podem influenciar a importância da satisfação de uma necessidade pelo próprio indivíduo: a pressão e controlo social, o aparecimento de novas necessidades resultantes do mediatismo, consumismo, e a manutenção de integridade física e mental. Muitas das necessidades podem ser “fabricadas”, no entanto se não forem satisfeitas podem-se transformar em recalcamientos, e a sua

supressão torna-se uma necessidade básica, uma questão de sobrevivência. Contudo, a saúde é um requisito básico para o bem-estar individual e em sociedade, é por este motivo considerada uma necessidade básica.

O direito de proteger e promover a saúde tem levado os governos a adoptarem várias medidas para garantir a satisfação desta necessidade. Até 1970 eram evidentes as insuficiências demonstradas pelos sistemas de saúde, estando longe de garantir a adequada satisfação das necessidades de saúde das suas populações. Decorrente deste desequilíbrio realizou-se em Setembro de 1978 uma Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (CSP), em Alma – Ata, na qual se estabeleceu um compromisso nacional e internacional para com os CSP, onde todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, deveriam colaborar para tornar os CSP uma realidade.

A fundamentação do paradigma dos CSP atribui-lhe um papel essencial na satisfação das necessidades relacionadas com a prestação de cuidados de saúde. Na Declaração de Alma Ata os CSP foram considerados essenciais, e são actualmente a base do SNS português.

Considerando o papel fundamental que a saúde desempenha no equilíbrio da vida em sociedade, e que da sua prevalência resultam condições físicas e mentais para a aprendizagem, torna-se fundamental a existência de um sistema de saúde eficaz que reúna condições que torne possível a educação e a formação dos indivíduos, capacitando-o para o trabalho. Nesta perspectiva, o SMP foi mais do que um meio de levar cuidados de saúde às populações, foi também uma oportunidade de contactar com novos saberes e experiências, incutindo nas populações a vontade de aprender e de participar. Este novo efeito causou novos comportamentos: “Quão melhor garantida esteja a sobrevivência material a toda a população tanto mais o problema remete para a democracia participativa.” (Henriques, 1990: 24)

O SMP foi um episódio marcante na história da prestação dos cuidados de saúde em Portugal, apesar das condições que proporcionaram a sua criação em 1975 não se verificarem actualmente. No entanto, a saúde continua a ser uma questão demasiado valiosa e que interfere directamente na educação e na economia nacional.

Há ainda que salientar que o SMP foi implementado em Portugal precisamente na altura em que ocorriam debates e um amplo movimento promovido pela OMS e pela UNICEF para a reorientação de todos os sistemas de saúde adoptarem como estratégia central o enfoque e

investimento nos cuidados de saúde mais essenciais, prioritários, adequados, próximos e participados pelas populações, isto é, os cuidados de saúde primários.

QUESTÕES DE DESENVOLVIMENTO E SAÚDE EM PORTUGAL

De seguida tentar-se-á perceber se a saúde, enquanto factor, pode contribuir para o desenvolvimento. Como já foi referido, a doença e a saúde são acontecimentos naturais na vida do ser humano. Para lidar com estes factos instituições e pessoas dedicam-se a este trabalho. Todavia, é vital o uso da antropologia para alertar para o comportamento das instituições médicas no diagnóstico e naquilo que consideram essencial à cura, por chamar à atenção que o adoecer e o curar passam por processos enraizados em crenças ligadas à saúde e à doença, crenças que resultam da organização social, religiosa, política e económica de um local. (HELMAN, 1994:71) A própria organização social local está intimamente relacionada com a cultura, nomeadamente no estabelecimento de papéis a serem desempenhados pelo doente e pelo médico, no restabelecimento de um equilíbrio. No entanto existem outras formas de intervenção para garantir o equilíbrio da sociedade nesta matéria, nomeadamente através da prevenção e promoção da saúde de cada indivíduo por si próprio, isto é, na sua capacitação. O interesse na responsabilização do indivíduo pela sua saúde ou doença é crescente. Actualmente os serviços de saúde respondem a desafios globais: utilizadores de serviços de saúde e prestadores de cuidados de saúde com diferentes culturas, idiomas, valores, e crenças; o receio de pandemias; e directrizes supranacionais que condicionam a acção local e nacional, entre outros. A percepção desta realidade “deixa-nos a braços” com grandes questões como o direito à saúde, à ajuda, à diferença, ao respeito pelos direitos, e vontades de cada um. Para alcançar estes diferentes objectivos são aplicadas e revistas diferentes políticas de saúde. Em Portugal a acção local tem sido uma importante estratégia de sobrevivência, através das redes informais. A tradição da acção local que na instalação da república, em 1910, fervilhava ficou adormecida durante o período ditatorial português. Após a queda da ditadura, em 25 de Abril de 1974, o Programa das Forças Armadas tentou reanimar este espírito através da implementação de diversas iniciativas locais, a criação do SMP foi uma delas. Em 1975, resultante de diversos factores, o SMP foi colocado à disposição da população portuguesa para garantir o acesso aos cuidados de saúde. Este serviço reforçou a participação democrática e o exercício da cidadania, graças ao reconhecimento de direitos e deveres, conseguido através da valiosa participação e envolvimento dos vários actores sociais. Apesar dos diferentes contextos que caracterizam os

tempos actuais e os da realização do SMP, este é também o tempo de aproveitar ensinamentos passados para transformar, perceber e ultrapassar os actuais desafios, transformando estes desafios em oportunidades.

Em 1975, o desafio foi garantir o direito à saúde e esse desafio, apesar de apresentar outras condicionantes, mantém-se parcialmente semelhante: tornar os cuidados de saúde primários o alicerce do SNS português. Acrescentam-se actualmente a este desafio outras ambições, entre as quais: a qualidade, a universalidade e a equidade no acesso. No que se refere à realidade portuguesa em 1975 ou em 2009 ela mantém-se semelhante, num aspecto, na diversidade, num leque variado de identidades e saberes locais e nacionais. Como referem Uchôa e Vidal (1994) esta diversidade contempla factores biológicos, sociológicos, económicos, ambientais e culturais inatos às pessoas e comunidades. Reforça ainda BERNARD HOURS que “*la santé publique est aussi constituée de pratiques, de représentations et de rapports sociaux.*” (HOURS, 1985:13) É esta complexa composição de saberes e práticas que torna a área da saúde um campo prolífero às ciências sociais. É pela importância que a saúde e a doença atingiram na vida de um indivíduo que é vital que boas referências sejam reutilizadas. Será que o foi uma dessas boas referências?

PARTE III - O SERVIÇO MÉDICO NA PERIFERIA

“...tratavam da gente...tiveram cá, ali no Hospital da Vidigueira, lembro-me bem deles, não lidei com todos, mas lembro-me bem de um, que tratou de mim, receitou-me uns comprimidos com que me dei bem. Era um rapaz novo nem vestia a roupa branca, a maior parte dos dias, chegava além e falava com a gente tal e qual.”

(avô Zé Mendes a recordar o SMP)

Como tem sido referido a saúde é essencial para alcançar o bem-estar e a prosperidade, e através da história da antropologia tentar-se-á explicar como o equilíbrio entre a saúde e a doença sempre foram essenciais ao bom funcionamento de uma sociedade e ao bem-estar do indivíduo.

O uso da antropologia da saúde, no presente trabalho, permite uma abordagem holística: como uma medida política que alterou por completo a prestação dos cuidados de saúde, até então; como uma experiência que juntou uma diversidade de saberes em relação à percepção da doença e saúde; como uma iniciativa que parece ter promovido o envolvimento e a proximidade com as comunidades periféricas portuguesas; e que por último e em consequência destas mudanças criou diferentes necessidades médicas, antes despercebidas.

A antropologia é a ciência que estuda os homens e as diferentes culturas, e distingue-se de todas as outras ciências através de uma especificidade metodológica: o uso da observação participante. Através deste método o antropólogo conseguiu criar uma relação mais próxima entre as pessoas de diferentes sociedades, permitindo-lhe olhar para a diversidade e multiplicidade e confrontar-se com a realidade: “somos uma cultura possível entre tantas outras, mas não a única.” (LAPLANTINE, 2000:21). O ser humano distingue-se dos outros seres pelo uso desta capacidade de diferenciação. LAPLANTINE (2000) utiliza a expressão “humanidade comum” para reforçar a diversidade e multiplicidade que existe no mundo e muito particularmente entre locais vizinhos. A esse propósito ele refere que “a antropologia, que é a ciência do homem por excelência, pertence a todo o mundo. Ela diz respeito a todos nós.” (LAPLANTINE, 2000:33) A universalidade da antropologia abrange a produção de diferentes conhecimentos, práticas e saberes. Tenta respeitar a diversidade e os valores que existem resultantes das diferentes culturas.

O surgimento da antropologia como ciência nos finais do século XIX é indissociável do estudo das “sociedades primitivas”. Esta expressão destaca a vertente evolucionista e colonialista que caracterizou as primeiras obras de antropologia. (KROEBER; 1993) Inicialmente, a Escola britânica, baseou a sua fundamentação teórica na teoria de Charles Darwin, conforme atestam as primeiras obras datadas de 1860 de autores como Tylor, McLennan, Maine, Frazer, Morgan, entre outros. A antropologia era no seu início: “o estudo das formas sociais anteriores à civilização e do modo como se integrariam no mundo moderno.” (LECLERC, 1973:51) Este pensamento etnocentrista que orientou os objectivos da antropologia foi sendo gradualmente substituído. Um dos conceitos que contribuiu para o redireccionamento do objecto de estudo foi o princípio do relativismo cultural, defendido pela Escola Americana. Este princípio defendia que um fenómeno cultural deve ser analisado dentro da sua cultura, não deve ser observado a partir de modelos de referência de outras culturas. (KROEBER; 1993).

A antropologia foi também absorvendo outros estímulos, alguns que resultaram das descobertas científicas e tecnológicas, e ainda outros que alteraram por completo as estruturas consideradas básicas das sociedades, como por exemplo a composição da família, o papel da religião, etc.. Os novos desafios revelaram a necessidade de adoptar diferentes abordagens mesmo em relação a temas antigos, mais especificamente o parentesco, ou ainda as questões da saúde e da doença.

Saúde e doença apesar de estarem presentes desde sempre nos trabalhos de antropologia, apareciam relacionadas com a ordem ou desordem social. Inicialmente, como já foi referido, esta abordagem pertencia a um quadro teórico etnocentrista. Este processo de mudança não foi espontâneo nem imediato, embora as necessidades já fossem outras. Ainda no princípio do século XX, e com a alteração de destinos escolhidos como campos de observação em comunidades rurais, em sociedades industriais ou em cidades modernas, continuou-se a observar o mesmo, o exotismo da crença e do comportamento. Ainda durante as décadas de 1950/60, um grupo de antropólogos treinados em Manchester, relacionava a bruxaria e feitiçaria com a doença e descreviam-na como um factor de desequilíbrio na sociedade. A bruxaria ainda era considerada como um regulador social que podia curar uma doença grave (PRITCHARD; 1978). Posteriormente, a dicotomia saúde e doença foi abordada por outras perspectivas, dependendo do paradigma que a orientava. Poderá dizer-se que, decorrente da prolífera produção científica de trabalhos na área da antropologia e no campo da saúde, as correntes teóricas distinguiram as diferentes escolas. Por exemplo na América, após a II

Guerra Mundial, utiliza-se o termo antropologia médica (FOSTER, ANDERSON, 1978:1), na França e em Inglaterra, nos anos 70, o estudo incide sobre a antropologia da doença e da saúde (LAPLANTINE, 2004:15,16).

A antropologia médica ficou associada à medicina aplicada porque resultou do interesse da própria medicina em aperfeiçoar e melhorar a prática médica através do conhecimento de factores de ordem cultural, tais como a identidade étnica. (FOSTER, ANDERSON, 1978) No continente europeu outros defendiam algum distanciamento crítico à prática médica (AUGÉ, HERITIER, LAPLANTINE (2004), HERZLICH (1992), FAINSANG) e por isso decidiram direccionar os seus estudos para a doença. Estes princípios encaravam o estudo da doença como uma realidade cultural, que accionava processos de acção e permitia recuperar o equilíbrio ou ordem social, estabelecendo ainda a possibilidade de conhecer-se uma sociedade através do sistema nosológico (AUGÉ; 1986).

Durante este período antropólogos e sociólogos produziram estudos científicos nos quais relacionaram aspectos biológicos, soció-culturais, económicos e ecológicos para perceber o funcionamento de uma determinada comunidade. (FOSTER, ANDERSEN, 1978: 39)

Esta nova perspectiva foi-se valorizando com outras influências, nomeadamente pelos os autores AUGÉ e HERZLICH que acrescentaram a esta abordagem a importância do local na interpretação da doença pois esta, tal como eles verificaram, mudava de sociedade para sociedade. (AUGÉ, HERZLICH, 1986:9) Foi esta diversidade de interpretações, a forma como se pensa e cuida da saúde e da doença, a forma como as práticas e os saberes médicos influenciam a existência individual e em sociedade que proporcionavam uma nova intervenção antropológica. (AUGÉ, HERZLICH, 1986; ZOLA, 1970)

A antropologia da saúde compreende diferentes perspectivas que se inter-relacionam num complexo sistema, senão vejamos: a) a visão que cada um tem da sua saúde/doença; b) a forma como cada um aceita tratar da sua doença; c) as políticas de saúde adoptadas; d) os tratamentos aplicados; e) quem aplica os tratamentos; f) os diagnósticos; g) quem diagnostica; h) os processos pelos quais os indivíduos procuram ajuda, i) as instituições que procuram; e, j) os valores e crenças que orientam os indivíduos e que regem as próprias instituições. Todos estes factores conferem à diversidade um papel muito importante, o que deveria implicar que as políticas de saúde ditadas por entidades nacionais e transnacionais deveriam obrigatoriamente considerar que conforme os locais, as percepções e acções são culturalmente

construídas, tornando cada local singular (GEERTZ; 1973). Esta singularidade definitivamente iria influenciar o comportamento de determinada comunidade perante uma medida, a sua aceitação ou a sua recusa (AUGÉ, HERZLICH; 1986.) Esta perspectiva de compreensão particular é relevante, e o relativismo cultural é o meio adequado para compreender o significado da saúde e da doença mediante os valores culturais de cada local. (HERZLICH 1992) E é através desta perspectiva, que considero pertinente para aplicar neste trabalho, pretende-se compreender o quadro histórico que orientou a criação do SMP.

O Serviço Médico na Periferia (SMP), iniciou-se em 1975 na sequência do Despacho de 23 de Junho que se propunha a dotar a periferia do país de cuidados médicos. Sobre este Despacho de 23 de Junho, ele referiu que teve origem nos seguintes factores: a concentração de milhares de médicos formados e em formação que estavam sem hipóteses de progressão na carreira médica, as populações portuguesas que se encontravam sem assistência médica próxima e adequada e a necessidade de colocar os médicos em contacto com a realidade portuguesa, “de modo a mentalizá-los a colaborar nas iniciativas de carácter social e de desenvolvimento.” (FERREIRA, 1990: 350) As opiniões dos médicos entrevistados para este trabalho corroboram os factores acima apresentados.

Este serviço iniciado em 1975 revelou-se logo no seu primeiro ano de exercício uma experiência verdadeiramente positiva. Este sucesso originou o Decreto-Lei n.º 580/76 de 21 de Julho que veio determinar a obrigatoriedade da prestação de um ano de serviço médico na periferia a todos os médicos que desejassem progredir numa carreira médica nos serviços públicos de saúde. Os factores que tornaram o primeiro ano do SMP um sucesso são apresentados neste Decreto de Lei, nomeadamente: a melhor cobertura sanitária, o envolvimento das populações na resolução dos problemas locais, e a prática de uma medicina inserida nas comunidades, e que resultou no reforço da formação profissional.

A chegada de médicos à periferia de Portugal foi um convite à mudança, que se traduziu num desafio para as populações, para os médicos e para os locais, apresentando-se ora como uma ameaça, ora como uma oportunidade. As assimetrias regionais, rurais e urbanas (Santos, 1990) constroem uma diversidade de pensamento, de hábitos, de usos e de costumes que se traduzem numa identidade local inata, o que torna a experiência do Serviço Médico na Periferia, na minha opinião, mais rica.

Naquele período, os riscos e as oportunidades que surgiam prendiam-se com a identidade dos indivíduos, dos médicos e das populações, pois cada um destes actores reproduzia práticas diferentes, de acordo com os seus saberes ou referências. De um lado estavam os médicos que vinham de meios urbanos para meios rurais, e do outro lado estavam as pessoas que viviam em meios rurais e que tinham percepções diferentes, não só quanto ao corpo, mas também nas questões de saúde e de doença. Os efeitos imediatos da mudança influenciaram as pessoas da periferia de Portugal no contacto com novas práticas de medicina, novos saberes médicos. Não podiam deixar de constatar a dimensão dos desafios que tinham à sua frente, o de criar condições para uma melhor prestação de cuidados de saúde; estarem predispostos a aprender e a ensinar.

Assim, foi exigido a todos os médicos que tivessem obtido a sua licenciatura após 1 de Janeiro de 1973, e simultaneamente concluído o respectivo internato de policlínica, e que desejassem integrar os quadros de quaisquer instituições públicas de saúde ou quisessem progredir na carreira médica oficial, deveriam prestar o SMP. Este Decreto-Lei no seu artigo terceiro refere a aprovação de um regulamento aprovado pelo Secretário de Estado da Saúde. Contudo em 1979ⁿ, no Governo de Maria de Lurdes Pintassilgo voltou-se a desenhar o Regulamento do Serviço Médico na Periferia. Porém, foi *sol de pouca dura*, em 1980, este governo de 100 dias, vê revogado, pelo Despacho Normativo n.º 81 de 10 de Março, esta intenção.

Ainda durante o ano de 1979, o Decreto de Lei n.º 43 de 8 de Março remeteu os encargos decorrentes do SMP para as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (ADSS), que passava pela residência nos locais durante um ano e os custos com as deslocações. Em 1980, durante o governo de Francisco Sá Carneiro, o Decreto de Lei n.º 248 de 24 de Junho caracterizou o SMP como uma experiência de sucesso que aliava dois factores: uma melhor cobertura médica das áreas interiores do país e o complemento da aprendizagem dos médicos ainda em formação, beneficiando por estes motivos de uma facilitação na fixação dos médicos nas zonas onde estivessem a prestar o SMP. Observa-se então a evolução do SMP em termos legislativos.

n Ver cronologia em anexo.

QUADRO 2 – Legislação sobre o Serviço Médico na Periferia^o

<p><i>Diário da República de 1975-06-23 – 1.^a Série - Despacho</i> Resumo: Intenção de criação do serviço médico na periferia</p>
<p><i>Diário da República de 1976-07-21 – 1.^a Série - Decreto-Lei n.º 580/76</i> Resumo: Determina a criação de um regulamento do serviço médico na periferia.</p>
<p><i>Diário da República de 1979-03-08 - 1.^a SÉRIE - Decreto-lei n.º 43/79</i> Resumo: Estabelece que possam ser abonadas aos internos de policlínica, aos médicos que se encontram a cumprir o serviço médico na periferia e aos internos de especialidades as remunerações correspondentes ao exercício das suas funções logo que distribuídos pelos serviços.</p>
<p><i>Diário da República de 1979-12-31 - 1.^a SÉRIE - DESPACHO NORMATIVO n.º 386/79</i> Resumo: Aprova o novo regulamento do serviço médico na periferia</p>
<p><i>Diário da República de 1980-03-10 - 1.^a SÉRIE - DESPACHO NORMATIVO n.º 81/80</i> Resumo: Revoga o despacho normativo n.º 386/79, de 31 de Dezembro (aprova o novo regulamento do serviço médico na periferia).</p>
<p><i>Diário da República de 1980-04-08 - 2.^a SÉRIE - ACORDO n.º DD3/80</i> Resumo: Acordo entre o governo central e o governo de Macau para o fornecimento e financiamento do serviço médico na periferia em Macau, em 1980.</p>
<p><i>Diário da República de 1980-07-24 - 1.^a SÉRIE - DECRETO-LEI n.º 248/80</i> Resumo: Facilita a fixação de médicos em zonas do país onde estejam a prestar o serviço médico na periferia.</p>
<p><i>Diário da República de 1981-01-06 - 2.^a SÉRIE - DESPACHO n.º DD534/81</i> Resumo: Introduce alterações ao regulamento do serviço médico na periferia.</p>
<p><i>Diário da República de 1981-03-31 - 2.^a SÉRIE - DESPACHO n.º DD330/81</i> Resumo: Altera o artigo 14 do regulamento do serviço médico na periferia.</p>
<p><i>Diário da República de 1981-07-02 - 2.^a SÉRIE - DESPACHO n.º DD372/81</i> Resumo: Determina que as vagas para internato de policlínica e serviço médico na periferia aberto em hospitais da região autónoma da madeira serão prioritariamente preenchidos por médicos residentes naquela região</p>
<p><i>Diário da República de 1982-08-10 - 2.^a SÉRIE- DESPACHO n.º DD718/82</i> Resumo: Determina a antecipação da extinção do serviço médico na periferia</p>
<p><i>Diário da República de 1983-03-28 - 1.^a SÉRIE - Decreto-lei n.º 139/83</i> Resumo: Extingue o serviço médico na periferia e altera o decreto-lei n.º 310/82, de 3 de Agosto (regula as carreiras médicas).</p>

O acompanhamento e avaliação da prestação dos médicos eram feitos pela Comissão Interhospitalar. Existia um coordenador por região, tal como nos refere o Entrevistado 4 (00h:30m:10s).

Foi ainda durante as entrevistas que apurei que as equipas de médicos deveriam realizar um relatório para ser avaliado por esta Comissão. O único relatório ao qual tive acesso^P descreve os métodos de intervenção no local, utilizado pelo grupo. O grupo realizou o SMP no Alandroal, Borba e Vila Viçosa de Fevereiro de 1977 a Janeiro de 1978, e era constituído por Adriano Natário, Afonso Fernandes, Alexandre Abrantes, Carlos Silva Santos, Miguel Bastos, Francisco de Carvalho, Pedro Correia e Teodoro Briz. Este relatório era constituído por 5 capítulos: caracterização da área geográfica atribuída à equipa; apresentação da planificação do trabalho de equipa; demonstração da execução de tarefas e participação da equipa nos órgãos de gestão das estruturas de saúde; análise valorativa sobre o SMP, os seus órgãos coordenadores, os serviços de saúde locais e trabalho de equipa. O grupo de médicos ficou responsável pelo apoio médico à totalidade dos Concelhos de Borba, Vila Viçosa e à parte norte do Concelho do Alandroal (2 freguesias rurais: Loreto e N^a Sra. Da Conceição) pertencentes ao distrito de Évora.

Na caracterização da área geográfica são descritas, entre outras especificidades, locais, o solo, o clima, a água, os meios de transporte, o sistema de electrificação, canalização, rede de esgotos e recolha de lixos. É feita uma caracterização sócio profissional da população residente bem como das “estruturas de saúde existentes, sua localização e funcionamento à data do início do trabalho.” (p.7) A equipa de médicos ficou alojada em Vila Viçosa porque aí que se encontrava o serviço de urgência dos três concelhos. A planificação do trabalho de equipa, como o grupo refere no relatório, foi feita com base na recolha de dados obtidos junto da equipa de SMP do ano anterior e também com visitas aos futuros locais de trabalho. É referido que, ao contrário do que estava previsto, “*os Órgãos Coordenadores Locais não forneceram à partida um programa de actuação.*” De acordo com as informações obtidas e das discussões das mesmas, foram estabelecidos Planos de Actividade para cada local. O plano incluía vários objectivos tais como “*assegurar a participação médica indispensável à Valência CMB (Cuidados Médicos de Base) e iniciar no seu âmbito, actividades de despiste e rastreio de diabetes e de hipertensão e estruturar consultas regulares, com inclusão de*

^P Relatório disponível nos arquivos da biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública

medidas educativas, para estas afecções; assegurar medicamente a valência de Saúde Escolar (...); estruturar campanhas de Educação Sanitária sobre temas gerais e/ou locais; obter informação completa sobre todas as actividades do Centro e promover reuniões para planificação de actividades e eventual reformulação de soluções adaptadas; participar na profilaxia das doenças evitáveis sobretudo através da promoção, organização e realização do Plano Nacional de Vacinação.” (p.19)

Não havendo um Plano de Acção oficial, verificam-se, ao longo do relatório, preocupações com a existência de uma avaliação intrínseca e contínua o que implicava a realização de várias reuniões. (p. 27). O grupo preocupava-se também com o cumprimento de metas estabelecidas e, por isso, repartiam o trabalho da equipa por consultas ora em Centros de Saúde, ora nos Serviços Médico Sociais (S.M.S) ou ainda nos Hospitais locais. A divisão do trabalho era feita por semanas, tudo era planeado inclusive férias, folgas, feriados, etc. Os C.S. de 1975 eram diferentes dos actuais, “*o Centro de Saúde (C.S.) do Alandroal começou a funcionar no final de Outubro de 1976, tendo portanto 3 meses de actividade quando iniciámos o nosso trabalho.*” (p. 51) Inicialmente este C.S. só funcionava administrativamente. Este grupo teve que continuar com a reabilitação do C.S. que havia sido iniciada pela anterior equipa do S.M.P. A reabilitação passava pela divulgação de informação sobre o papel fundamental do C.S às populações: “*Contribuiu de modo decisivo para se obterem os resultados pretendidos o facto de quase a totalidade dos cuidados médicos de saúde do Conselho (+ de 90%) serem assegurados exclusivamente pelos médicos policlínicos (S.M.P) o que possibilitou quer no Hospital, quer nas consultas dos S.M.S, quer ainda nos contactos directos com as populações, pudéssemos esclarecer os habitantes do Concelho sobre o papel dos C. de Saúde, orientando para eles todas as situações que lhe pertenciam, fomentando assim a sua frequência.*” (p.51)

O trabalho realizado por este grupo assentou na introdução de especialidades que asseguravam os cuidados de saúde mais frequentes: Saúde infantil, Saúde materna, Educação da grávida, Planeamento Familiar, Saúde escolar, Educação sanitária, Saneamento básico, Profilaxia de doenças evitáveis, Cuidados médicos de base, Consulta de diabetes e hipertensão. Os médicos garantiam a realização destas consultas, as dos Hospitais (internamento e maternidade), as de ambulatório e as consultas de urgência. Alargaram as suas responsabilidades às consultas ou urgências de Medicina do Trabalho e organizaram os serviços das farmácias. Criaram também um laboratório de análises clínicas, incipiente, mas

útil. Deste relatório constam os números de internamento por local, a duração e a respectiva causa. Esta equipa foi ainda consultada pelas Comissões Instaladoras dos Hospitais Concelhios e Centros de Saúde e é referido que: “Da situação real dos hospitais centrais, suas possibilidades e limitações, dos contactos com a equipa anterior, e das várias reuniões em que debatemos a problemática actual dos hospitais centrais resultaram linhas de actuação comuns, salvaguardando realidades locais diversas.” (p.140)

Os médicos que realizaram este serviço presenciaram no terreno, o que se pode chamar, da fase embrionária do Serviço Nacional de Saúde (SNS). As discussões sobre que modelo de SNS o governo português deveria adoptar começaram em 1974, mas só em 1979 foi publicada a Lei de Bases do SNS: “Não existe, por ora, em Portugal um Serviço Nacional de Saúde, nem sequer foi feito, que seja do conhecimento geral, um esforço sério e consequente para definir o método a seguir para a elaboração de um projecto de tal serviço...não há um plano global de saúde, largamente aceite, do qual se possa deduzir, para as diferentes áreas de intervenção, os reflexos das soluções a praticar para os problemas sectoriais ou pontuais existentes.” (p.159)

No entanto, e apesar das dúvidas que envolviam o trabalho desempenhado, a vontade de contribuir motivou o grupo: *“alguns aspectos positivos não só para os médicos policlínicos como, e principalmente, para as populações. Foi efectivamente assegurada uma melhor cobertura médico-sanitária do país (particularmente relevante e comparada com o vazio assistencial anterior) e foi levada à extrema periferia uma medicina actualizada e moderna. Estes factos, a organização oficial do Serviço e o regime de dedicação exclusiva dos médicos do SMP, terão levado à compreensão real e ao exercício pelas populações do Direito à Saúde, universal e gratuito, como vem consignado na constituição, exigindo ao Estado que ponha à disposição das mesmas os instrumentos (humanos e técnicos) que, de uma forma moderna e eficaz, permitam prevenir, curar ou aliviar as doenças a que estão sujeitas.”* (p.160)

A avaliação feita pelo grupo resume-se a uma experiência enriquecedora pelo contacto com realidades sócio-económicas e assistenciais desconhecidas, e também a uma crítica à burocratização e ao desinteresse do Órgão Coordenador Central e de outros órgãos específicos previstos para coordenarem as equipas. A crítica do desinteresse é acompanhada de algumas recomendações e alertas: a falta de condições adequadas ao trabalho, o número de médicos com formação em saúde pública ser quase nulo, a deficiente cobertura em enfermagem da

periferia, as carências em equipamento nos estabelecimentos de saúde, a inexistência de uma formação contínua para os médicos do SMP, ausência de uma avaliação dos planos de trabalho adoptados e, também, da qualidade da prática clínica desenvolvida.

O SMP foi uma ideia necessária, a vocação de missão e a dimensão de proximidade que a experiência revela, e que evidencia uma preocupação real de diminuir assimetrias no acesso e na qualidade aos serviços de saúde. Este findou com a criação da Carreira Médica de Clínica Geral em 1982 e com a constituição da segunda geração de centros de saúde, em 1983. (Despacho normativo n.º 97/83 de 22 de Abril)

Depois de analisar os documentos da época e de ter conversado com os intervenientes, que caracterizaram esta experiência como muito positiva, uma pergunta ficou no ar: “deveria nos dias de hoje o SMP ser retomado?”. Todos os médicos entrevistados concordaram que hoje não existe a necessidade de repetir o SMP, no entanto consideraram essencial que a formação actual dos médicos deveria conter uma componente de proximidade com as diferentes realidades do país.

Quanto ao ENTREVISTADO 2, antigo Presidente de Câmara, que apesar de considerar que os tempos mudaram e a disponibilidade das pessoas também, ele defendeu que, se fosse possível, seria muito bom, ressalvando o facto de que teria que ser noutros moldes. (00:48m:58s)

O SERVIÇO MÉDICO NA PERIFERIA E A EMANCIPAÇÃO POLÍTICA

A criação do SMP foi uma política pública que pretendeu dotar todo o país, em termos geográficos de cuidados de saúde. As políticas públicas “emanam de autoridades governativas”. No entanto, resultam das preocupações de variados actores, respondem a uma necessidade da sociedade e podem apresentar um carácter preventivo (PASQUINO, 2002:255). São a resposta a problemas e a necessidades sociais, económicos e políticos emergentes que se tornam demasiado visíveis. Na maior parte das vezes, têm na sua origem uma exigência expressa pela sociedade. Vários autores^q definem-na como um programa de acção governamental específico que recai sobre um sector da sociedade ou de um espaço geográfico concreto. MULLER (1990) acrescenta que actualmente se trata de um processo de

q THATCHER e LE GALES (1990); PASQUINO (2002); MULLER (1990)

mediação social, porque intervém onde se verificam desajustamentos, independentemente da dimensão local ou global.

THATCHER e JOUVE defendem que as políticas públicas são necessárias por causa do recuo do Estado Providência no desempenho do seu papel social e na regulação das sociedades modernas. Por sua vez a sociedade civil ficou num impasse em relação ao papel desempenhado pelo Estado, tornando-se incontornável a análise do poder público através dos representantes da sociedade civil. A participação destes actores sociais e o seu envolvimento no processo administrativo e governativo permite uma acção mais objectiva, adequada e integradora. (SARMENTO, 2003) É devido ao envolvimento dos diferentes actores que a resposta às necessidades, através da criação de políticas públicas, é indissociável da importância que o local possui. Significa isto que havendo uma maior proximidade e envolvimento dos cidadãos nas soluções encontradas, mais facilmente eles se irão rever nelas.

O SMP foi a resposta encontrada pelo Estado Português à falta de cuidados de saúde médicos na periferia, uma necessidade sentida pelas populações. Poderá este ser considerado uma política pública? Os autores THOENIG (1989) e PASQUINO (2002) definiram um enquadramento teórico para verificar se determinada medida política deve ser considerada como tal. Tomando como referência os quadros de teóricos destes autores, e o enquadramento legal que esteve na génese do SMP criei a Tabela I, como uma ferramenta de análise ao SMP.

A importância desta análise para o decorrer do presente trabalho é vital para perceber a importância que o SMP produziu nos locais e nas pessoas. Como já foi referido o país estava a iniciar-se no processo democrático, na liberdade e uso de expressão, no uso dos seus direitos e deveres como cidadãos, os sentimentos que foram vividos são possíveis de imaginar, mas não são possíveis de se sentir. No entanto, este espírito estava a despertar as pessoas, a induzir à acção.

TABELA 1 - Framework de Políticas Públicas

THOENING, Jean Claude (1989)	Serviço Médico na Periferia	PASQUINO, Gianfranco (2002)
Política constituída por um conjunto de medidas concretas que formam a substância de uma política	Excessiva concentração de médicos formados e em formação; Carências de cuidados de saúde na periferia portuguesa. Programa do Movimento das Forças Armadas.	Identificação de um problema.
Compreende decisões ou formas de alocação de recursos	Criação do Serviço Médico à Periferia (Despacho n.º 147 de 23 de Junho de 1975)	Desenvolvimento de um programa e fase de tratamento do problema
Trata-se de uma política inscrita dentro de um quadro geral de acção. Esta permite distinguir uma medida política de simples medidas isoladas	Programa do Movimento das Forças Armadas. Obrigatoriedade do SMP. Discussão da criação do Serviço Nacional de Saúde. (SNS)	Implementação do programa. (Fase de aplicação das decisões)
Destina-se a um público ou a vários públicos.	Comunidades periféricas. Continuidade na carreira médica Elaboração de relatórios.	Evolução do Programa. (Fase pré terminal de avaliação dos resultados do programa.)
Define obrigatoriamente os objectivos a atingir.	Despacho que termina com o SMP. (Despacho n.º DD 718/82) Criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979. Criação da Carreira médica de Clínica Geral e dos Centros de Saúde de 2ª Geração (1982-1983).	Fim do Programa. (Conclusão desta acção, tem início outra acção).

Foi necessária a aplicação de uma política, que circunscrita a um determinado quadro de acção, pretendeu alcançar alguns objectivos, designadamente a falta de cuidados de saúde. Decorrentes desta medida política surgiram novas formas de representação, novas iniciativas e dinâmicas de participação.

ARRISCADO e SERRA descrevem as iniciativas deste período como processos que envolveram os cidadãos nos processos políticos. A participação democrática permite a prevalência de decisões mais igualitárias e integrantes. Com a revolução de Abril garantiram-se cuidados de saúde às pessoas da periferia de Portugal, permitiu-se o exercício dos direitos de cidadania, a igualdade e a solidariedade. Deste espírito resultou “um terreno fértil para a

abertura de um espaço público à expressão activa de reivindicações em diferentes campos da vida social...e à experimentação de novas formas de participação e de intervenção política e social” (ARRISCADO, SERRA; 1992: 267), que permitiram novas formas de intervenção estatal.

O SMP UMA FORMA INCIPIENTE DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA

Não é objectivo deste capítulo discutir o conceito de democracia. No entanto, não podemos questionar a existência de um carácter democrático na realização do SMP sem abordar uma base conceptual. A democracia é comumente classificada como uma forma de governo onde o cidadão (o povo) é a autoridade soberana, o que significa que todos os cidadãos são iguais e livres. (AUROUX, S.; WEIL, Y., 1997) Ao longo da história o debate sobre o conceito, a sua estrutura, a desejabilidade da sua existência, ou até a sua forma têm sido uma constante. Este trabalho não irá debruçar-se sobre este debate, mas não pode contornar o facto de que a discussão da democracia é necessária pois sem ela não é possível promover a igualdade entre indivíduos e sociedades, e porque ela valoriza a expressão da liberdade individual de participação. Contribuir para esta discussão levar-me-ia a considerar que ainda não existem democracias, mas governos com mais ou menos princípios democráticos, como questionava WALLERSTEIN: “como é que a democracia passou de aspiração revolucionária no século XIX a um slogan adoptado universalmente, mas vazio de conteúdo no século XX.” (2001) Considerando a prática democrática uma ambição, e em simultâneo, acreditando na necessidade do seu exercício, torna-se crucial encontrar exemplos do seu sucesso. Porquê? Porque o exercício da democracia permite a convivência de diferentes modelos e práticas democráticas designados como *demodiversidade*, valoriza as instituições da democracia representativa^r e as de democracia participativa como formas essenciais de inclusão, permite o diálogo e a existência da diversidade cultural bem como promove a discussão da universalidade de conceitos. (SANTOS, B.S.; 2003) A aprovação de soluções universais válidas em qualquer contexto põe em causa o verdadeiro significado da democracia dado que exclui a importância das práticas locais. Seria um erro omitir experiências e modelos de democracia participativa de sucesso, quando a discussão de experiências democráticas de sucesso urge e é actual.

^r A democracia representativa a nível nacional consiste no domínio exclusivo a nível da constituição de governos; a aceitação de forma vertical burocrática como forma exclusiva da administração pública. (SANTOS, B. S., 2003)

O presente trabalho pretende demonstrar que o SMP, apesar de ter sido criado e realizado sem se incluir no quadro de referência teórica que orienta a democracia participativa, foi uma expressão de participação democrática pioneira. Foi criado através de uma medida política, uma política pública proveniente do Estado português, o que confere ao Estado um papel de promotor de movimentos participativos, no período pós-revolucionário analisado. Por outro lado leva-nos a ponderar o papel do Estado, como impulsionador ou bloqueador de movimentos de participação dos cidadãos.

Depois da Revolução de 25 de Abril de 1974, e com o processo de democratização (AMARO R.R., 1991), foi possível pensar a reorganização do país, principalmente a concentração de alguns dos serviços públicos essenciais tais como a saúde, a educação, a justiça e a habitação. A realização de obras públicas, nomeadamente a construção de escolas, ou de bairros de alojamento, permitiu alguma justiça no acesso à educação. No que se refere à saúde, como já foi referido, verificou-se um reforço da política iniciada no período marcelista, que nesta área se traduziu principalmente pela expansão das estruturas de saúde (construção de novos hospitais, centros de saúde, escolas de enfermagem, entre outros) e o envio de pessoal qualificado e em quantidade para a periferia de Portugal.

É ainda de sublinhar a importância que o contexto político e revolucionário teve na promoção de curtas mas intensas experiências de democracia participativa. (NUNES, A., SERRA, N., 2003)

Após 48 anos de repressão, movidos por experiências internacionais baseadas em correntes socialistas, e noutras fontes de inspiração, as políticas então encetadas procuravam satisfazer a necessidade das populações, incluindo-as nos processos, e permitindo a sua participação. O apoio e interesse do MFA foram fundamentais para a realização destas medidas. A ruptura com o passado transformou de imediato as relações sociais, mas também permitiu novas formas de intervenção estatal e de participação popular. O SMP foi um exemplo desta mudança.

Importa salientar que os processos de mudança são ambíguos e, se por um lado existe uma percepção dos direitos de cada um, numa democracia não se deve, pela verdade da história, esquecer os exageros de alguns, como se poderão verificar nas conversas mantidas com os entrevistados. No entanto, se os entrevistados consideram que a experiência foi

enriquecedora, transformadora e muito positiva, essas exceções deverão ser tidas em consideração, mas não de uma forma desproporcional.

Segundo o entrevistado 3, em matéria de democracia participativa e mudança social, o resultado obtido parece ter sido muito positivo e refere: *“Naturalmente que há uma dinâmica ligada aos relacionamentos pessoais dos membros que integram a equipa, a amizade que os liga, por exemplo. São esses aspectos mais de carácter interpessoal, de relações humanas, de companheirismo, os compromissos que provavelmente já existiriam antes que, também, são relevantes. Em todas as equipas há experiências diferentes, mas estou seguro de que a identificação da necessidade de se trabalhar com todos os recursos é um dado comum, por exemplo a ligação que passamos a ter aos representantes das estruturas autárquicas, a nível de freguesia, das Casas de Povo, a nível das misericórdias, aos bombeiros. A nossa ligação ao bombeiro, ao condutor da famosa ambulância dos bombeiros de Odemira onde muitas crianças nasceram devido exactamente às distâncias, a nossa ligação ao corpo dos bombeiros e aliás a alguns deles, como cidadãos, ficou marcada para sempre. Há aqui um conjunto inovador de novas experiências e de juntar recursos que em ambiente hospitalar, em Santa Maria, por exemplo, nunca tinham sido identificados e nos hospitais onde tínhamos iniciado as especialidades também não. Todos nós estávamos em internatos de especialidade e portanto, todos os meus colegas que acabaram a formação académica iniciaram especialidades com grandes facilidades, sem qualquer tipo de barreiras e há portanto aqui um dado novo. (00:11:49) Uma democracia participativa em que várias partes da sociedade interagem? A caminho de, não propriamente nesse conceito, mas vai a caminho de um processo de maior participação e de maior igualdade. O simples facto de um aperto de mão a um qualquer cidadão por parte de um médico já foi, para muitos, um dado novo.”*

A importância de documentar o SMP prende-se com a necessidade de reconhecer a esta experiência o seu carácter inovador a nível de representação democrática. A participação, a proximidade, o apoio do Estado, conferiram um carácter excepcional a um serviço que era a antítese de 48 anos de proibição, de censura e de anulação. Actualmente a discussão da democracia participada é fundamentada num quadro de referência teórica que orienta o desenvolvimento alternativo e que premeia o *empowerment* como a forma para conseguir a mudança. Defendo que alguns dos princípios que se revelaram um sucesso na experiência do SMP, com quase 30 anos de interregno, continuam actuais: o estabelecimento de liberdades, essencialmente as civis, acesso à informação e esclarecimento, o envolvimento e participação a todos os níveis territoriais, local, nacional e global.

PARTE IV - OPÇÕES METODOLÓGICAS

“...é (...) crucial registar o melhor que se puder tudo o que for possível. É urgente o registo das intangibilidades. Quantas mais forem sendo registadas, mais fácil e seguro será indagar sobre o nosso passado, e conseqüentemente projectar o nosso futuro.” (Fernando Pinto, 2003:19).

Este trabalho insere-se no quadro disciplinar dos métodos antropológicos de investigação e esta opção prende-se com o facto de eu ser licenciada em antropologia e ver nesta experiência semelhanças com o trabalho de um antropólogo. A acrescentar a esta situação está o facto de considerar que os métodos de trabalho de campo antropológicos são adequados ao estudo do processo em causa. A história da antropologia apresenta uma longa tradição no uso do método etnográfico e da pesquisa de terreno no estudo das comunidades. Por estas razões parece-me que deve ser esta a disciplina utilizada para “olhar” este processo de mudança que compreendeu diferentes interacções de diversidade, de saberes e de poderes. O SMP foi um serviço que visou satisfazer as necessidades relacionadas com a saúde e sentidas pelas populações. Contudo, é importante mencionar que a criação deste serviço veio criar outras necessidades até à data inexistentes, tais como a presença próxima do médico, o diagnóstico médico e o fármaco. Compreender os processos sociais que envolvem a mudança, neste caso na saúde, é o objectivo da antropologia da saúde. Os antropólogos nesta área questionam as práticas, confrontam padrões de acção, tentam perceber as racionalidades, tradições, comportamentos, através de uma forma de actuar crítica, de investig(ator), tentando que seja respeitado o direito à diferença como pessoa e à igualdade no acesso.

Para a elaboração deste trabalho recorri a fontes documentais, relatórios e análise a documentos publicados e elaborados referentes a este período, e também à realização de entrevistas em profundidade. (BURGESS, 1997:111) A procura da informação relativa às Comissões, os relatórios de avaliação, começou nos serviços de arquivo, documentação e nas bibliotecas da Direcção-Geral de Saúde e da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Esta procura foi infrutífera. Numa última tentativa pesquisei na biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública e encontrei nos seus arquivos um relatório de uma das equipas do SMP, o qual se descreve no capítulo seguinte. Realizei ainda uma consulta na MESALTI^s, Portugal, Pesquisa do Diário da República, para verificar a legislação publicada

^s <http://www.mesalti.com/pt/>

sobre o SMP, com o termo de pesquisa: *serviço médico na periferia*, do qual se apresenta mais à frente os resultados.

BURGESS (1997) defende que se deve recorrer ao uso de uma selecção intencional e casuística para estudos que envolvem “a escolha de acções, acontecimentos e pessoas”, e também nos quais o investigador estabelece os critérios pelos quais seleccionam o informante. Para o presente estudo o critério de selecção dos entrevistados foi o contacto com o SMP: “trata-se de pessoas que, pela sua posição, pela sua acção ou pelas suas responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.” (QUIVY; CAMPENHOUDT: 2003)

Como, também é sugerido por BURGESS (1997) o investigador deve “encontrar informantes que lhe proporcionem dados de campo. Neste caso o investigador selecciona os indivíduos com os quais é possível cooperar.

Entrevistar a totalidade dos médicos que se formaram entre 1975 e 1982, e que realizaram o SMP, seria uma tarefa impossível e, ao mesmo tempo, repetitiva e incompleta, porque iria corresponder somente ao pensamento de uma classe profissional. Esse pensamento não iria reflectir pensamento de outros intervenientes, mas unicamente de uma classe. Mais do que expressar a representatividade da geração de médicos que realizaram o SMP, o critério que fundamentou a escolha foi a importância destas pessoas para o estudo do tema (FLICK, 2002:42).

Foram entrevistadas cinco pessoas que aceitaram partilhar as suas vivências. O número de entrevistas realizadas prendeu-se com a importância da informação recolhida, houve preocupação em evitar a saturação de informação; considerou-se a disponibilidade de tempo do investigador; e a dificuldade em encontrar diferentes actores sociais que recordassem esta experiência.

Foi realizada uma análise qualitativa, mais adequada para o “estudo das relações sociais” (FLICK, 2002:2). A «amostra» foi seleccionada não pela representatividade probabilística ou estatística, em números, mas sim pela importância das mesmas para o desenvolvimento do tema, “devido ao seu carácter exemplar”, (ALBARELLO *et al*, 1995: 103) As entrevistas realizadas foram feitas em profundidade e densidade, e não em quantidade. Foram conduzidas por um guião, (Anexo 3), que continha temas abertos que compreendiam a clarificação dos objectivos e as dimensões de análise a verificar (GUERRA,

2006). As perguntas abertas permitiram aos inquiridos exprimirem-se livremente, podendo recorrer mais livremente à sua memória. (FODDY, 1996)

As cinco entrevistas apresentadas foram feitas a quatro médicos, ainda em serviço, e a um presidente de câmara, actualmente aposentado. Três dos médicos entrevistados realizaram o serviço no Alentejo, um dos médico esteve nos Açores e o autarca entrevistado exerceu funções numa Câmara no Alentejo. A escolha dos entrevistados não se baseou no local onde o SMP foi realizado, tendo sido a escolha aleatória. Convém no entanto salientar que este trabalho não pretende generalizar as entrevistas recolhidas e estendê-las a todo o país, pois isso seria uma visão injusta e pobre que iria omitir a riqueza cultural e a diversidade que existe em Portugal e defendida ao longo deste trabalho. Por outro lado importa ressaltar que perante os conflitos sociais que decorreram nos campos no sul de Portugal identificaram-se particularidades singulares no Alentejo que distinguem o conceito de camponês e operário, a qualquer parte do país, e esta diferenciação caracteriza um discurso politizado que pode ser considerado tendencioso. (PEREIRA, P. 1982)

Porém é importante destacar que as entrevistas recolhidas são o testemunho vivido pelos entrevistados, num período muito particular da história portuguesa, como se pode verificar na sua contextualização, político e revolucionário.

Durante as conversas que mantive com os cinco entrevistados, a principal preocupação foi tentar perceber se eles consideravam o SMP uma experiência promotora de desenvolvimento. Encontram-se em anexo os resultados da análise de conteúdo às cinco entrevistas, e também a transcrição das mesmas. A análise de conteúdo foi construída com base no quadro de referência teórico do desenvolvimento e no material empírico recolhido. (GUERRA, 2006)

Para construir o quadro de referência teórica foram realizadas algumas leituras sobre desenvolvimento, e simultaneamente, algumas entrevistas exploratórias a intervenientes do SMP para aprofundar o conhecimento sobre esta experiência e para tentar perceber quais os objectivos e os resultados da mesma, através da voz de quem participou neste serviço.

Foram escolhidas as seguintes categorias: identificação de uma comunidade geográfica, satisfação de uma necessidade básica, aproveitamento de diferentes recursos; união de esforços através de parcerias; capacitação de pessoas, processo de mudança; e impacto na

comunidade onde se realizou. A conversa com os entrevistados foi guiada por estas categorias, e as perguntas estabelecidas pretendiam verificar a existência destes elementos.

A análise destas entrevistas foi feita respeitando o modelo apresentado por GUERRA (2006) para entrevistas em profundidade e histórias de vida. Em primeiro lugar a transcrição foi feita na íntegra. Posteriormente, foi revista de forma a preencher os campos em branco e, finalmente, foi redigida de forma a tornar-se inteligível, o que incluiu, essencialmente, verificar a pontuação e eliminar expressões orais supérfluas. Depois deste trabalho de transcrição e de verificação, as entrevistas foram enviadas aos entrevistados, conforme acordado. A versão que se apresenta em anexo foi revista pelos próprios e a sua utilização neste trabalho autorizada.

Após esta fase, e com as entrevistas transcritas, foi feita uma releitura que teve como finalidade identificar os temas e a problemática ao longo de cada uma das entrevistas, tornando desta forma facilmente identificáveis os excertos a analisar. A elaboração do guião que direccionava os temas para problemática facilitou por um lado esta tarefa. A grelha que se apresenta em anexo (Anexo 4) é uma síntese dos discursos recolhidos e identifica a problemática deste trabalho originando uma análise de conteúdo descritiva, baseada em categorias. (GUERRA, 2006)

Para fazer o tratamento do material recolhido e proceder à construção do conhecimento, algumas dificuldades se apresentaram. Novamente o tempo que se revelou insuficiente e não possibilitou mais deslocações, outras que permitissem encontrar diferentes intervenientes ou outro tipo de experiências que não se revelassem repetitivas. Outro limite que se destaca neste trabalho é a simplicidade do método de análise de conteúdo, o que se justifica tendo em conta o número de entrevistas efectuado. Foi por este motivo que se tornou necessário fazer uma análise documental.

Apesar das limitações apresentadas continuo a defender que a recolha de histórias de vida é a técnica por excelência que “permite atingir: as próprias práticas, os seus encadeamentos, as suas contradições e o seu movimento.” (POIRIER, 1999)

A recolha de histórias de vida parciais, enquanto método escolhido, revelou-se adequado, reunindo grandes vantagens, como o facto de permitir o aprofundamento do tema com recurso à memória, de desencadear a narrativa, de facilitar a orientação das conversas

para a problemática, de obrigar o investigador a guardar um distanciamento e a questionar as suas interpretações.

No fim tentar-se-á trazer mais um contributo para a discussão de modelos de desenvolvimento, através da descrição do impacto que o SMP teve nas populações.

PARTE V - RESULTADOS

“Não há assunto tão velho que não possa ser dito algo de novo sobre ele” (Fiódor Dostoiévski)

SERVIÇO MÉDICO NA PERIFERIA - A MUDANÇA

Em 1975, o Estado português colocou à disposição das populações periféricas cuidados de saúde prestados por médicos, como já foi referido. A esta medida chamou-se Serviço Médico na Periferia. Ela parece ter promovido o desenvolvimento nos locais periféricos onde decorreu.

O presente trabalho considera a mudança como um processo de alteração social, política, cultural e económica. O período pós revolucionário durante o qual decorreu o SMP é rico em episódios de alterações de dinâmicas sociais, no qual a vida social não desapareceu, mas reaparece transformada. Parafraseando TOURAINÉ, a vida social decorrente da mudança não pode ser reduzida a um processo de desenvolvimento histórico. Inversamente, os problemas de existência histórica de um país não podem ser reduzidos aos seus problemas sociais internos. Isto é, não podem existir processos de mudança histórica inteiramente endógena. (TOURAINÉ, 1984: 62) As mudanças ocorridas são influenciadas por diversos factores internos e externos e interessa reforçar que não são em momento algum acontecimentos espontâneos, únicos e isolados. As mudanças que ocorreram em Portugal durante os anos de 1975 a 1982 pretenderam por um lado satisfazer uma necessidade básica, a falta de cuidados de saúde na periferia de Portugal e, por outro lado, capacitar os locais e as pessoas para exercerem os seus direitos e deveres.

Da análise de conteúdo feita do conjunto das entrevistas realizadas, todos os entrevistados referiram que a criação deste serviço teve como objectivo principal suprimir a falta de cuidados de saúde, designadamente, nas zonas rurais do território português.

Entrevistado 1: “Foram vários factores. Havia a promessa de, com a revolução do 25 de Abril, garantir cuidados de saúde essenciais à população, o que implicava a criação de um serviço nacional de saúde; havia extensas zonas do País sem médicos; e havia médicos a mais nos três grandes centros urbanos, o que era um contra senso.”

Entrevistado 2: “Esses médicos foram à Câmara Municipal, para pedir algum apoio porque tinham muitas carências. Levavam uma proposta que a Câmara aceitou, porque nos pareceu que iria resolver muitos problemas da população do concelho.”

Entrevistado 3: “Foi seguramente influenciado pelos movimentos mais ligados à Esquerda no sentido do reconhecimento da importância de satisfazer necessidades, que eram objectivamente identificadas, como a falta de médicos, sobretudo no interior.”

Entrevistado 4: "assegurar uma melhoria das condições de saúde às populações periféricas."

Para conseguir atingir este objectivo, os médicos foram enviados para diferentes comunidades geográficas do país, designadas como periferia. Os entrevistados neste estudo contactaram ou realizaram o SMP na zona sul, no Alentejo e ainda outro caso nos Açores. Estes médicos, considerados recursos exógenos, e o autarca, recurso endógeno, foram indispensáveis para reconstruir esta experiência de desenvolvimento.

Os processos de desenvolvimento requerem a presença de determinados requisitos para que se possa designar uma acção de mudança como um processo de desenvolvimento. O desenvolvimento é desejável pois ele permite não só a redução da pobreza, da iliteracia, como permite diminuir as desigualdades, capacitando cada indivíduo a agir e dando-lhe conhecimento das ferramentas para alcançar estes fins. Neste sentido o papel dos recursos, neste caso os recursos humanos, é vital. A ida dos médicos para a periferia, as parcerias criadas, o trabalho junto das comunidades, todos eles possibilitaram o aproveitamento dos recursos locais e criaram laços e identidade aos locais.

Entrevistado 5: “Houve várias experiências, muito interessantes, de intervenções comunitárias, de pôr as pessoas a fazer, de criar redes de apoio, etc., que hoje têm uns nomes sofisticadíssimos mas que naquela altura era uma coisa muito simples, que era arranjar alguém que podia ajudar, ir à casa do vizinho, que iria fazer algo. E isso aconteceu de uma forma não organizada, não conceptualizada, diferente da maneira como fazemos agora. Nós investimos nas vacinas, na mudança dos hábitos alimentares, em comportamentos de saúde, obviamente que já falávamos de comer com pouco sal, não existia esta questão do consumo do tabaco, o álcool era um problema, como ainda é hoje na zona dos Açores. Era um problema muito grande, porque não tínhamos uma intervenção directa, mas nós fizemos estas coisas todas. Essa intervenção na área preventiva foi feita. Considerámos a educação para a saúde de uma forma que eu chamaria mais clássica. Os velhos cartazes, as campanhas, como

hoje, também se ia às escolas, mas sem a dimensão, o folclore, e a conceptualização com os termos, mas todas essas coisas nós aprendemo-las a fazê-las ali.”

Os médicos entrevistados referiram que na comunidade onde ficavam tinham à sua disposição uma casa. Contavam na maioria dos casos com a ajuda dos médicos locais, de enfermeiros, de administrativos, e de outros recursos endógenos. Foram criadas estratégias para se obter um impacto em termos de saúde pública e de melhoria geral das condições em toda a extensão da comunidade, e para isso criaram-se parcerias e houve participação em diferentes iniciativas. Subjacente a algumas destas iniciativas estava a intenção de preparar as populações e os locais para cuidar da sua saúde, um modelo pioneiro de *empowerment*. Como se depreende de um dos episódios descritos:

Entrevistado 1: “ (...) lembro-me por exemplo na aldeia, uma das aldeias onde trabalhei, era a Torre dos Coelhoiros, tentei falar com o padeiro para ver se ele fazia pão com menos sal, porque aquele pão era muito bom, mas o senhor resistiu porque aquele pão tinha muita venda não só em Torre dos Coelhoiros, como em Évora. Falei com o padeiro e acabei por concordar que o pão que ia para Évora levava o sal normal, e o que ficava na Torre dos Coelhoiros levava menos sal. O receio dele era que depois o pão não se vendesse, mas vendia. Trata-se de uma dinâmica de aprendizagem. Ele percebeu o objectivo e nem se importava, desde que a venda não baixasse, a dúvida dele era que o pão com menos sal não se vendesse tão bem.” (Entrevistado 1: 00:10:39)

Realizaram-se outras iniciativas com este intuito, o planeamento de visitas domiciliárias, as consultas no centro de saúde, planos de vacinação e ainda se organizaram os serviços de urgências com presença permanente de um médico. (Ver transcrições das entrevistas em anexo)

Destaca-se ainda a importância do estar no local, como referiu um dos entrevistados:

Entrevistado 3: (00:00:15)” NA periferia, porque, em primeiro lugar, era o nome formal e, em segundo lugar, era aquilo que se pretendia, que as pessoas estivessem na periferia e não fossem apenas à periferia. Houve alguns grupos, logo no primeiro ano, que iam à periferia, mas não mudavam de residência, e portanto iam lá, desenvolviam algum trabalho clínico, mas não se integravam na vida comunitária.”

A importância de estar no local decorria da necessidade de estar próximo e de se envolver. Algumas das medidas planeadas não teriam sido possíveis se não houvesse um contacto com a realidade do local, e este contacto tornou as medidas adequadas e proporcionou a criação de redes de apoio necessárias. Talvez por este motivo alguns dos entrevistados descreveram que os serviços de saúde, até à sua chegada, não tinham como finalidade servir os utentes. A falta de cuidados de saúde e de profissionais de saúde na periferia facilitava a existência de esquemas fraudulentos, que prejudicavam os doentes. A mudança afectou o quotidiano dos profissionais em alguns locais, envolveu os restantes serviços locais e criou uma necessidade de cuidados médicos nas populações. A mudança era assimilada e proporcionava benefícios.

Entrevistado 3: “ (00:08:08) Recordo que havia uma só farmácia para todo o concelho de Mértola. Rapidamente percebemos que as pessoas eram enganadas pelo farmacêutico. Eram iletradas e para irem à farmácia aviar a receita, regra geral, só podiam no dia seguinte, através de uma camioneta que passava de manhã e regressava à tarde, para além do percurso a pé entre a aldeia e o monte. Portanto se a consulta acontecia para além da hora da camioneta as pessoas já não podiam levantar a receita nesse dia. Aparentemente ia cada uma à Vila com a sua receita, pois não possuíam um espírito gregário mínimo, penso eu, não juntando as receitas da aldeia. Às páginas tantas descobrimos que o farmacêutico desviava medicamentos das embalagens – as embalagens não iam inteiras e nós começámos a trazer as receitas e a aviá-las nós. Fazíamos de meros pombos-correios, mas o farmacêutico não gostou. Mas não tinha outro remédio. Ainda por cima nós aumentámos imenso a venda de medicamentos.”

Mas a mudança é um processo ambíguo e estes casos não foram excepção. A proximidade estabelecida entre população e médicos transformou as relações entre médico e paciente: “A caminho de um processo de maior participação e de maior igualdade. O simples facto de um aperto de mão a um qualquer cidadão por parte de um médico já foi, para muitos, um dado novo.” (Entrevistado 5: 00:12:19)

Com as conversas estabelecidas verificou-se que os próprios médicos também sentiram a mudança como profissionais e como pessoas. O cruzamento entre conhecimentos mais populares ou mais científicos deve ter contribuído para transformar os médicos, as populações, os locais, o país. A mudança criada e os novos hábitos de proximidade e de envolvimento capacitaram os locais com serviços de saúde e principalmente com pessoal qualificado para integrarem esses serviços de saúde. No fim, a mudança que impulsionaram

ajudou os locais e as pessoas a serem capazes de garantir o direito à protecção da saúde, a qual era também uma das garantias da Constituição de 1976.

A periferia portuguesa foi capacitada de serviços e de profissionais para esses serviços. A necessidade que foi satisfeita é actualmente um direito que as populações reclamam. Este é talvez o motivo que está na base dos protestos e reclamações quando se anuncia o encerramento de serviços de saúde, o que tanta polémica causa.

O espírito que em 1975 uniu médicos, população, autarcas e outros actores sociais, e que inspirou alguns destes médicos a ficar nos locais e até a desempenharem cargos políticos, ainda existe. Resultado, talvez, dos tempos vividos, das esperanças partilhadas e da vontade de fazer mais e melhor. Neste contexto foram estabelecidas parcerias entre serviços locais e os médicos, decorrentes de um espírito de boa vontade entre o poder local e os diferentes actores. Várias formas de participação nasceram, a polivalência preencheu as lacunas e, como referiu o autarca entrevistado, “os tempos eram de grande solidariedade”

Entrevistado 2: “até eu cheguei a estar na minha cama dormindo e no meio da noite ter que me levantar e agarrar na ambulância e ter que levar de urgência um doente para Lisboa. Porque eles me solicitaram. Disseram: “estamos aqui com um problema e não temos motorista. E eu respondi: ” Deixem que eu vou.” (00:08:50).

A importância do *local* nas actuais políticas de saúde, referida no Plano Nacional de Saúde Português (2004-2010) da Direcção Geral da Saúde, refere que as *estratégias locais de saúde* são a resposta ao desafio do desenvolvimento do sistema de saúde. Os mesmos objectivos que se desejavam alcançar em 1975, com a criação do SMP, continuam actuais, apesar de hoje em dia apresentarem novas exigências. Novos desafios que apesar da extinção do SMP mantêm o *local* como espaço privilegiado para envolver os diferentes actores sociais e incluir os recursos existentes na satisfação das necessidades. As *estratégias locais de saúde* perseguem o mesmo objectivo: melhorar a prestação dos cuidados de saúde. O papel do Estado na manutenção de um serviço público e universal é fundamental, e o governo desempenha um papel decisivo ao assegurar um desenvolvimento sustentável e equitativo. A sua presença como garantia da justiça das medidas é imprescindível, pois só um Estado forte pode capacitar os locais e diminuir as desigualdades. (FRIEDMAN, 1996) Contudo, existem factos que devem ser levados em conta, as características históricas, culturais e sociais são alguns deles.

Em Portugal o *local* tem uma longa tradição histórica, mais o *localismo*¹ (freguesia e município) do que o *regionalismo*. Mesmo durante o exercício de um forte centralismo na administração, durante a ditadura, ainda assim a territorialidade local manteve-se viva. Uma das grandes vitórias e transformações da sociedade portuguesa foi a democracia local recuperada em 1976, data das primeiras eleições autárquicas. (RODRIGUES F., STOER S., 1993:27) A importância do *local*, da proximidade e do envolvimento das pessoas nos processos de mudança que visam o desenvolvimento, é também, como já foi defendido, resultado de diversas influências e movimentações transnacionais e nacionais; da aprendizagem com boas práticas; e da defesa teórica e reflexiva de diversos intelectuais que continuam a defender a primazia do *local*.

Em 1975, com as liberdades restabelecidas, o regresso de profissionais qualificados, e a circulação de livros e conhecimentos que se baseavam em novas tendências e correntes de pensamento foram trazidos novos elementos para ajudar na construção de experiências de democracia. Verificou-se uma preocupação em satisfazer as necessidades através da criação de soluções técnicas adequadas aos locais, respeitando as diferentes identidades locais, cientes que a satisfação das necessidades básicas depende fundamentalmente do indivíduo, e que a sobrevivência depende daquilo que conhecemos e somos capazes de gerir. Desta forma o *local* adquiriu importância permitindo que as «pessoas» se reconheçam nas soluções criadas. (HENRIQUES, 1990: 83)

Aproveitando os ensinamentos do passado, as oportunidades que surgem e as necessidades que se mantêm gritantes, este é o tempo de reconhecer quais os *ingredientes* a ter em conta na prossecução dos grandes objectivos: o bem-estar e a prosperidade. Um destes ingredientes parece ser a construção de capacidades humanas, dito por outras palavras, *empowerment/capacitação*. O ser humano deve ser capaz de proteger a sua saúde e necessita aprender como pode fazê-lo, devendo ter ao seu dispor serviços de saúde que lhe garantam os cuidados de saúde primários. Saúde física e mental é essencial para que haja produção. O trabalho qualificado passa por uma formação adequada. A saúde permite o sucesso da educação, a educação por sua vez promove a saúde e capacita as pessoas para produzir, promovendo o capital humano, e é a produção que combate a pobreza e a fome. Proteger o papel da saúde é criar condições para o desenvolvimento. Perante um papel tão nobre como

¹ Nível local

este que é desempenhado pelos cuidados de saúde, é de todo o interesse recorrer a experiências bem sucedidas, como é o caso do SMP.

O SMP, como foi defendido por todos os entrevistados, não seria actualmente necessário, porque a sua extinção ocorreu pelo facto de que já havia cumprido os objectivos que estiveram por detrás da sua criação. Conseguiu melhorias e ganhos em saúde; capacitou indirectamente as populações por lhes revelar quais os seus direitos como cidadãos; criou dinâmicas de trabalho em parcerias; e revelou que numa democracia participativa os resultados são tendencialmente mais justos e inclusivos. No entanto, defendo que a formação de profissionais de saúde perto das diferentes realidades culturais, económicas e sociais só poderá enriquecer os médicos enquanto pessoas e profissionais.

Em Portugal, alguns dos desafios de 2009, são: respeitar a diversidade cultural dos profissionais de saúde e dos utilizadores do SNS; a necessidade de considerar o investimento num serviço público de saúde, incontornável; de garantir equidade no acesso aos cuidados de saúde; de criar programas de educação em saúde adequados aos comportamentos de risco, entre outros.

Porém, viver numa “aldeia global^u” permite a partilha de experiências e a reutilização das mesmas e foi este desejo que me levou a “dar voz” a alguns dos actores de uma história que parece ter conseguido democratizar a saúde.

^u Expressão do sociólogo **Herbert Marshall McLuhan**

CONCLUSÃO

“Tentar provar o futuro é muito mais interessante do que poder conhecê-lo. Como no jogo, não o ganhar, mas o poder ganhar. Porque nenhuma vitória se ganha se se não puder perder.” (Virgílio Ferreira, in ESCREVER)

Inicialmente este trabalho pretendia contar uma história e simultaneamente destacar aqueles que pareciam ser os aspectos positivos do SMP, verificando se existia uma linha de continuidade com a actualidade. Embora pareça estar subjacente nas actuais reformas de saúde a presença de um espírito semelhante àquele que inspirou o SMP, esta questão de continuidade no decorrer do trabalho desvaneceu-se. Um dos aspectos que contribuiu para este desaparecimento foi a contextualização. O peso do contexto internacional, as referências teóricas, e as diferentes influências impulsionam e determinam vários movimentos que não se distinguem daquelas que aconteceram na década de 70 e que estiveram na origem do SMP.

Presentemente, os conceitos estão mais discutidos, cientificamente mais solidificados, mas ainda existe a necessidade de estabelecer cuidados de saúde primários. O desafio actual é recriar cuidados de saúde adequados e universais. (The World Health Report 2008). Para alcançar este desafio considero que o presente trabalho pode ser um contributo.

As observações e impressões retiradas no decorrer do trabalho, estiveram focalizadas num único objectivo: verificar em que medida o SMP pode ter sido uma experiência de desenvolvimento nos locais onde os entrevistados prestaram este serviço. Decorrente daí havia que verificar quais os aspectos que permitem conferir-lhe esta designação e perceber as suas características. Para isso foram realizadas entrevistas em profundidade e, na sequência destas conversas, pude concluir que a continuidade ou a actualidade não eram hipóteses, mas sim resultados decorrentes do impacto e do valor que a criação deste serviço teve.

O número de entrevistas pode ser considerado reduzido, no entanto não faz parte dos objectivos deste trabalho entrevistar uma representativa de médicos que realizaram o SMP. O que se pretendeu com a realização destas entrevistas foi perceber como o desenvolvimento pode ser atingido através da prestação de cuidados de saúde. Conforme se demonstrou ao longo do trabalho o SMP resultou de um quadro de referências teóricas internacionais e nacionais subjacentes na Reforma de 1971.

As histórias recolhidas são singulares e limitadas à zona onde cada interveniente realizou o SMP. Não se pretende extrapolar, nem generalizar para o resto do país, mas apenas recolher algumas notas, indícios e percepções que possam confirmar melhorias na prestação de cuidados de saúde. No cômputo final e de forma objectiva, os indicadores de saúde revelam claramente a melhoria dos cuidados prestados.

Por seu lado as entrevistas confirmam a proliferação de iniciativas locais de carácter social que contribuíram para o desenvolvimento local, com mais serviços e mais movimentos, reforçando o papel importante desempenhado pela cidadania. O investimento na melhoria das condições de vida permite o crescimento económico. Se este foi no início das teorias de desenvolvimento considerado um meio e/ou um objectivo, a forma como ele é encarado neste trabalho, é como um fim. O crescimento económico é desejado, e está longe de ser o inimigo. A forma como se pensa produzir o crescimento económico é que deve ser repensada. Ele deve ser conseguido através de etapas que promovam: o capital humano, populações saudáveis e educadas; instituições públicas que defendam os direitos e deveres dos cidadãos, polícia, tribunais, etc.; uma sociedade civil interventiva, baseada em elevados valores morais; e uma boa *governância*, a existência de governos políticos que defendam os interesses das suas populações e não os próprios, que não sejam corruptos. (Lindstrand et al., 2006)

O crescimento económico deve resultar deste conjunto de dinâmicas que devem promover a solidariedade, reciprocidade e a sustentabilidade. O desenvolvimento é um meio de conseguir mais do que a prosperidade, o respeito individual. Deve por isso ser pensado pelos próprios. Os recursos exógenos são um importante contributo, uma referência, um novo saber, um apoio, neste caminho que por si só recebe múltiplas e díspares influências, recomendações. Como antropóloga, reconheço a pluralidade da humanidade e a dimensão do que isso significa em questões de desenvolvimento e de saúde, defendendo que este pluralismo da humanidade exige mais do que um pluralismo de acções de desenvolvimento. O desenvolvimento através da prestação de cuidados de saúde poderá ser um meio, mas antropologicamente falando, a sua sustentabilidade só poderá acontecer se o processo compreender mais do que a satisfação das necessidades, a cultura local.

O factor cultural não pode ser ignorado, as narrativas sobre o SMP destacam que a mudança não é unilateral nem pacífica. Ela alterou a prestação de cuidados de saúde, legitimando o poder médico; a existência das populações, dos locais, dos homens e dos médicos.

Em 1975, houve uma preocupação em acabar com a falta de cuidados de saúde na periferia e esta envolveu a adopção de uma política pública que alterou a formação de uma classe profissional, revelou às populações que é um direito seu ter acesso aos cuidados de saúde, e que o Estado deve garantir estes serviços. Actualmente, manter esta garantia é um desafio constante.

O SMP embora pareça esquecido na história teve um impacto que não é possível medir, mas que pode observar-se em vários aspectos: na melhoria da saúde das populações; na criação do Serviço Nacional de Saúde; na consciencialização das populações dos seus direitos; na criação da carreira médica de clínica geral, comumente conhecidos como os médicos de família, os responsáveis pela componente médica dos cuidados de saúde primários; e também na criação da segunda geração dos centros de saúde, actualmente em transformação.

Em 1975, ano que marcou o início do SMP, o *Desenvolvimento* era pensado de uma forma integrada, e tinha como objectivo principal obter o crescimento económico através da industrialização, ou da modernização. No entanto, já integrava outros componentes como a satisfação de necessidades básicas recorrendo ao capital humano, recursos endógenos e exógenos, aos recursos locais, estabelecendo parcerias, privilegiando a participação, entre outros. O SMP pretendeu suprimir um das necessidades básicas, cuidados de saúde, numa determinada dimensão territorial, o local, a comunidade, ou a periferia, depende do quadro teórico em que se baseia. Foi uma experiência que promoveu o desenvolvimento e capacitou as pessoas. Estes efeitos deveram-se em parte ao envolvimento de diferentes tipos de recursos, que provocou uma mudança de hábitos, suprimiu a falta de cuidados de saúde, estabeleceu parcerias e reforçou a participação democrática.

É importante aprender com o passado e potencializar esta experiência enquanto se tenta: oferecer melhores, eficazes e eficientes cuidados de saúde aos cidadãos; e capacitar as pessoas, através da sua participação activa. O SMP pode ser visto como um processo de emancipação social e de democracia participativa que integrou uma diversidade interna de expectativas e de práticas dos vários actores que protagonizaram o processo. Viveu também da explosão dos movimentos sociais que resultaram em populações politizadas e por estes motivos foi dirigido a cidadãos comuns que pretendiam obter informações sobre o que sucedia.

Como têm vindo a ser discutidos ao longo deste trabalho, os acontecimentos que se verificaram no pós 25 de Abril, entre os quais a criação do SMP e a criação do Serviço Nacional de Saúde, não foram acontecimentos isolados semelhantes a uma *tabula rasa*. Efectivamente, a sua criação foi consequência de diversas influências e resultou de um contexto histórico muito rico em oportunidades. São estas oportunidades que devem continuar a ser retidas e nelas se deve arriscar, podendo criar soluções à medida. Se algo já deu provas que resulta porque é que não se deverá reaproveitar, readaptar e reutilizar? Quando a tradição e a história nacional nos revelam tantas características nacionais incontornáveis porque não aproveitá-las como o ponto de partida e torná-las em potencialidades?

O SMP foi uma experiência de *Desenvolvimento*, que decorreu num determinado local, a periferia, e apesar de vivermos num mundo globalizado, o local continua a ser o espaço necessário para a individualidade, para a recuperação da origem.

Como já foi referido o planeamento e a criação de um serviço de saúde capaz e adaptado às necessidades dos seus utilizadores deve ter como ponto de partida os próprios utilizadores. O Estado português deve providenciar a satisfação das necessidades básicas, conforme descrito na Constituição da República Portuguesa, nomeadamente assegurar a prestação de cuidados de saúde. Mas deve, no entanto, ensinar e promover estilos de vida saudáveis, não se substituindo ao papel importante que cada um tem na prevenção da sua doença e na promoção da sua própria saúde.

No decurso da história da humanidade muitas histórias têm sido difundidas e preservadas. O SMP é um universo de histórias que, na minha opinião, merecem ser contadas e recordadas. Através destes testemunhos quis documentar a história dos locais, dos médicos, dos saberes, dos poderes, das relações e discutir a importância que as questões relacionadas com a saúde possuem. Não se pretende com este trabalho criar uma prática universal e axiomática. Inversamente pretende-se contribuir para o aprofundamento e enriquecimento das discussões que envolvem desenvolvimento e saúde. Deve-se aprender deste processo, através da análise dos resultados obtidos. É necessário repetir certos factores que aparentemente tornaram a experiência um sucesso, pela promoção da emancipação política, pelo exercício da cidadania e pela visível melhoria de prestação de cuidados de saúde. Este processo de mudança que permitiu o desenvolvimento privilegiou o envolvimento e a proximidade. Pensou o global usando o local, melhorou a vida em sociedade privilegiando o individual. Esta forma política de agir, uma incipiente experiência de democracia participativa, revelou-

se um processo moroso, mas que no fim evita injustiças maiores, envolve e aproxima fortalecendo os laços sociais.

Por acreditar que o serviço público é necessário, que tem que ser equitativo, que deve envolver os diferentes actores sociais nos processos de decisão, que deve fortalecer os laços sociais, defendo que é necessário reinterpretar o passado, nos seus bons exemplos, dar-lhes voz, forma, de um jeito ou de outro dar-lhes continuidade, incluindo nas medidas a tomar dois daqueles ingredientes que pareceram essenciais: a proximidade e o envolvimento sincero.

BIBLIOGRAFIA

ABRANTES, Alexandre; NATÁRIO, Adriano; BRIZ, Teodoro - Relatório do Serviço Médico à Periferia - Março 1976 Janeiro 1977. 1977 – Relatório realizado pelo GRUPO ALANDROAL BORBA e VILA VIÇOSA. Acessível na Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.

ABREU, Wilson Correia - Saúde, doença e diversidade cultural. Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. 240 p. ISBN 972-771-638-5

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine - Sociologia da doença e da medicina. Bauru: Editora da Universidade do Sagrado Coração, 2ªed. 2001.144 p. (Saúde sociedade).ISBN: 209-190646-8

ALBARELLO Luc; DIGNEFFE Françoise; HIERNAUX Jean-Pierre; MAROY Christian; RUQUOY Danielle; GEORGES Pierre - Práticas e métodos de investigação em ciências sociais; LISBOA: Gradiva Publicações, Lda, 1997.

ALBUQUERQUE Carlos Manuel, OLIVEIRA Cristina Paula - Saúde e doença: significações e perspectivas de mudança. Millenium on.line. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu. N.º25 (2005). [Consult. 31 Jan. 2007] Disponível em www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm.

ALMEIDA, Ferreira A., AMARAL, Ferreira J., BORRÊGO, A., FERRÃO, J. - Regiões rurais periféricas: Que desenvolvimento? Uma experiência no concelho de Almeida. Lisboa: O Canto da página, Editora e Artes Gráficas, 1994, p.1-25.

AMARO R. R., HENRIQUES M.C., VAZ M.T. - Iniciativas de desenvolvimento local – caracterização de alguns exemplos. - Projecto financiado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional. Lisboa: ISCTE, 1992, p. 162.

AMARO Rogério Roque - Lógicas de especialização da economia portuguesa. Sociologia – Problemas e Práticas. Lisboa: Celta, n.º 10 (1991), p. 161-182.

AMARO Rogério Roque - Desenvolvimento – um conceito ultrapassado ou em renovação?
Da teoria à prática e da prática à teoria. Caderno de Estudos Africanos, n.º 4 (Jan. /Jun. 2003),
p. 35-69.

ANTUNES Ernesto Melo - As forças armadas e o MFA: de 25 de Abril de 1974 a 25 de
Novembro de 1975. Revista Crítica de Ciências Sociais. Coimbra. N.º 15/16/17 (Mai. 1985)

ARRISCADO João, SERRA Nuno - “Casas decentes para o povo: movimentos urbanos e
emancipação em Portugal”. In SANTOS, Boaventura Sousa, org. - Democratizar a
democracia: os caminhos da democracia participativa. N.º de edição: 865. Porto: Edições
Afrontamento, 2003. ISBN 972-36-0676-3. P. 214 – 245.

AUGÉ Marc - Ordre Biologique, Ordre Social. In AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine. - Le
sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. 2ª ed. PARIS: Editions des
Archives Contemporaines. 1986

AUGÉ, Marc; HERZLICH, Claudine. - Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de
la maladie. 2ª ed. PARIS: Editions des Archives Contemporaines. 1986

AUROUX, Sylvain, WEIL, YVONNE – Dicionário de Filosofia. Temas e autores. Tradução
Miguel Serras Pereira, 4ª edição, Edições Asa: Lisboa, Setembro de 1997. ISBN 972-41-
1300-0

BALANDIER, Georges - Postface, où il est question de modernité. In GOSSELIN, G. (dir).
Les nouveaux enjeux de l’Anthropologie. Paris: L’ Harmattan. 1993. p. 295-302

BARRETO, António - Portugal na periferia do centro: mudança social, 1960 a 1995. Análise
Social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais; Universidade de Lisboa. Vol. XXX. N.º 134
(1995) p. 841-855.

BARRETO, António, VALADA Clara Preto - Portugal 1960/1995: Indicadores sociais.
Cadernos do Público; 8. Jornal O Público. 1996.

BELO, Margarida - Les soins de sante primaires: du concept à la pratique. Étude d’une
application au Portugal.(Belmonte); Bruxelles: Universite Libre de Bruxelles; Faculte de
Medecine et de pharmacie. Ecole de sante publique, 1985. Tese de Doutoramento.

BERGSTROM, Staffan, LINDSTRAND Ann, ROSLING Hans, RUBENSON Birgitta, STENSON, Bo, TYLLESKAR Thorkild – Global Health- an introductory textbook. Edition 1:4, Denmark: Narayana Press, 2006. ISBN 978-91-44-02198-0

BISCAIA, André - A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Dossier A reforma do pensamento em saúde. Lisboa. N.º 22 (2006). p. 67-79.

BISCAIA, André et al. - Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos. Lisboa: Padrões culturais Editora. 2005

BOURDIEU, Pierre - Sobre o poder simbólico. In BOURDIEU, Pierre - O Poder Simbólico. Lisboa; Difel, 1989. p. 7-16

BRANCO, António; RAMOS, Vítor. - Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 1989. Volume Temático Cuidados De Saúde Primários.

BURGESS, Robert - A pesquisa de terreno. Uma introdução. Oeiras: Celta Editora, 2001

CABRAL, João Pina. -A antropologia e a questão disciplinar. Análise Social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Vol. XXXIII, N.º149, 5º, (1998), p.1081-1092

CAMERON, Rondo - História Económica do Mundo. De uma forma concisa de há 30 000 anos até ao presente. 2ª ed. Mem Martins: Publicações Europa- América, 2004. p. 405-444

CAMPOS, António Correia - Saúde, Portugal Contemporâneo problemas e perspectivas. Oeiras: Instituto Nacional de Administração, 2000. p. 55-79

CARAPINHEIRO, Graça Pinto; Gameiro M. -Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80. Sociologia Problemas e Práticas. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, ISCTE. N.º3 (1987). p. 73-109.

CASAL, Adolfo Yañez - Antropologia e desenvolvimento. As aldeias comunais de Moçambique. Porto: Oficinas gráficas da Imprensa Portuguesa, 1996.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO 25 DE ABRIL/Universidade de Coimbra: <http://Www.Uc.Pt/Cd25a/Wikka.Php?Wakka=Estrut07>, consultado em 28 de Agosto de 2007

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978, DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. [Consult. 17 Mar. 2007] Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. Livraria Almedina: COIMBRA, 2000. 211p.

COSTA, António Firmino - A pesquisa de terreno em sociologia. In SILVA, Augusto Santos, PINTO José Madureira - **Metodologia das ciências sociais**. Biblioteca das Ciências do Homem, Porto: Edições Afrontamento, 1999.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004.

DRULHE, Marcel - Les inégalités sociales de santé : quelles intelligibilités? In **Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social, Saúde e as teias da discriminação social**. Braga: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, 2002.

FERREIRA José Medeiros - Portugal em transe (1974-1985). In MATTOSO, José (Dir.) - **História de Portugal** - Lisboa: Círculo de Leitores, 1994. VIII Volume

FERREIRA, Gonçalves - História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

FERRERA, Maurizio - Modelo meridional de bem-estar social na Europa”, *trd.* de “**The Southern Model of Welfare in Social Europe.**” SAGE: Journal of European Social Policy, 1996, 6/1:17-37.

FOUCAULT, Michel - Microfísica do Poder. Glória/Rio de Janeiro/Brasil: Edições Graal, Lda, 1992.

FRIEDMAN, John - EMPOWERMENT Uma política de desenvolvimento alternativo. 1ª ed. Oeiras: Celta Editora, 1996. 197 p. ISBN 972-89027-50-8.

GASPAR, Jorge - “Dez anos de democracia: reflexos na geografia política”. In FERREIRA, Eduardo; OPELLO, Walter (eds.) - Conflitos e mudanças em Portugal 1974-1984. Lisboa: Teorema, 1985. p. 135 - 155.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin - O inquérito. Teoria e prática. 4ª Ed. Oeiras: Celta Editora, 2001. ISBN: 972-774-120-7

GIDDENS Anthony – Sociologia. 4ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. ISBN: 972-31-1075- X

GUERRA, Isabel Carvalho - Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso. 1ª Ed. Estoril: Principia Editora, 2006. ISBN 972-8818-66-1.

GUERRA, Miller; TOMÉ F. - A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência; Análise Social. Lisboa: Gabinete de Investigação Sociais do Instituto de Ciências Económicas e Financeiras. Vol. II, (1964 - 2º semestre), n.º 7-8.

HELMAN, Cecil - Cultura, saúde e doença. 2ª Ed.. Porto Alegre: Artes médicas, 1994. (*Trad.* Eliane Mussmich)

HENRIQUES, Manuel José - Municípios e desenvolvimento caminhos possíveis. Lisboa: Escher, Publicações, 1990.

HERZLICH, Claudine - Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, PARIS: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1992.

HERZLICH, Claudine -Médecine Maladie et Société. Les Textes Sociologiques. PARIS: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1970.

HOURS, Bernard -L'état sorcier. Santé publique et société au Cameroun. Paris: L'Harmattan. Connaissance des homes, 1985.

ITURRA, Raúl - Trabalho de campo e observação participante em antropologia. in SILVA Augusto Santos, PINTO José Madureira, orgs. - Metodologia das ciências sociais. 11ª Ed. Biblioteca das Ciências do Homem, Porto: Edições Afrontamento, 1999. ISBN 972-36-0503-1

JOUVE, Bernard - Réseaux et communautés de politique publique en action. In GALÉS Patrick, THATCHER Mark, (Dir.) -Les Réseaux de politique publique. Paris: Editions L'Harmattan, 1995.

KLEINMAN Arthur - Patients and Healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. 2ª Ed. Berkeley and Los Angeles: California University of California Press, 1981.

KLEINMAN Arthur - Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press, 1995.

KUHN, Thomas - La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion, 1983.

LALONDE, Marc – A new perspective on health of Canadians. Depository of libraries. Health Canada. Actual. 11 Maio 2008. [Consult. 24 Mar. 2007]. Disponível em: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>

LAPLANTINE, François - Antropologia da doença. Trad. Valter Leelis Siqueira; São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LAPLANTINE, François - Aprender Antropologia, São Paulo: Editora brasileira S.a., 2000

LECLERC, Gérard - Crítica da antropologia; Lisboa: Editorial Estampa, 1973.

MARETZKI, Thomas - Reflections on clinical anthropology. Medical Anthropology Newsletter, Vol. 12, n.º 1 (Nov. 1980), pp. 19-21

MATEUS Abel - Economia Portuguesa desde 1910. Lisboa: Editorial Verbo, 1998.

MAUSNER, Judith, KRAMER, Shira - Introdução à Epidemiologia; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

MENDO, Paulo - Centro de Saúde. Instituição de Saúde que precisa de mentalidades novas. IV Jornadas de Saúde de Aveiro, 1985. Administração Regional de Saúde de Aveiro: 209-213

MENDRAS, H. FORSE M. - Le changement social. Tendances et paradigmes. Paris: Armand Colin, 1983. p.72-103.

MÉNI Yves, MULLER Pierre; QUERMONNE Jean Louis – Politiques Publiques en Europe, Paris: Editions L'Harmattan, 1994.

MÉNI Yves, THOENING Jean Claude - Politiques Publiques. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

- MERCIER, Paul - História da antropologia. 2.^a Ed..Lisboa :Editora Teorema, 1986.
- MORIN Edgar - Ciência com consciência. Lisboa: Publicações Europa-América, 1982.
- MORIN Edgar - O Paradigma Perdido. Lisboa: Biblioteca Universitária, 1973 (2005).
- MULLER Pierre - Les Politiques Publiques. PARIS: Presses Univeristaires de France, 1990
- MURTEIRA, Mário – Globalização. Lisboa: Quimera Editores, Lda, 2003.
- NOSSA, Paulo - Geografia da Saúde O Caso da Sida. Oeiras: Celta Editora, 2001. p.100-134
- NUNES, Berta - O saber médico do povo, Lisboa: Fim de Século Edições Lda., 1997
- Objectivos do Desenvolvimento do Milénio, Instituto português de Apoio ao Desenvolvimento. [Consult. 18 Mar. 2007]. Disponível em: http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=221&Itemid=253
- OLIVEIRA Luísa T. Estudantes e povo na revolução. O serviço cívico estudantil (1974-1977), Oeiras: Celta Editor, 2004. p. 136-141
- PARSONS Talcott - Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale modern. In HERZLICH Claudine, *Org.* - Médecine Maladie et Societé. PARIS: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1970. Les Textes Sociologiques.
- PASQUINO Gianfranco - Curso de Ciência Política; Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 2002.
- PEREIRA, José Pacheco – Conflitos sociais nos campos do sul de Portugal. In BARRETO, António, *dir.* – A Reforma Agrária. Mem Martins: Publicações Europa América. 1982
- PERROUX, François - Ensaio sobre a filosofia do novo desenvolvimento, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1981.
- PINTO Ana Lúcia, COUTO Célia Pinto, NEVES Pedro Almiro - Temas de História 12, Porto: Porto Editora, 1999.

PINTO, Gouveia C. -Saúde e Cuidados de Saúde, Portugal Hoje, Instituto Nacional de Administração, Oeiras, 1994. p. 163-324

POIRIER, Jean; VALLADON, Simone Clapier; RAYBAUT, Paul; 1999; Histórias de Vida. Teoria e Prática; Oeiras : Celta Editora, 1999. ISBN 972-774-022-7

PORTUGAL. Missão para os cuidados de saúde primários - Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. 2006. Grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários.

PORTUGAL. Missão para os Cuidados de Saúde Primários - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano estratégico. 2007-2009. Lisboa, 2007.

PREBISCH, Raul- Problemas do Desenvolvimento Económico: o caso da América Latina. Trad. Oliveira Nunes. Análise Social. Lisboa: Gabinete de Investigações Sociais. Vol. I, 1963 (n.º 4), pp. 632-641

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. [Consult. 11 Maio 09] Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Programa_das_Na%C3%A7%C3%B5es_Unidas_para_o_Desenvolvimento

RAMOS, Vítor - O ressurgimento da Medicina Familiar, Revista Crítica de Ciências Sociais nº23, Coimbra: Centro de Estudos Sociais 1987. p. 157-167

REIS José - Os espaços da indústria. A regulação económica e o desenvolvimento local em Portugal. Porto: Edições Afrontamento, 1992

RIVIÈRE, Claude - Introdução à antropologia. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, 1995. p.189. ISBN 972-44-1032-3

ROBOTHAM Don - Postcolonialités: le défi des nouvelles modernités, Reveu Internationale des Sciences Sociales, 1997. p. 153, 393-408

RODRIGUES Fernanda, STOER Stephen - Acção local e mudança social em Portugal; Lisboa: Fim de Século Edições, Lda, 1993. p. 11-35

SAKELLARIDES Constantino - Centros de saúde integrados: Nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento? Revista de Prática Médica.1984, Janeiro: 12-15

SAKELLARIDES Constantino - O futuro da saúde em Portugal. Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 2006.

SAMPAIO Arnaldo - A extinção dos Serviços Médico-Sociais. Documento de trabalho. 1981.

SANTOS, Boaventura Sousa - Estado e Sociedade em Portugal (1974-1988), Porto: Afrontamento, 1990.

SANTOS, Boaventura Sousa - Portugal: Um retrato Singular, O Estado, As relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: o caso português, Porto: Centro de Estudos Sociais e Edições Afrontamento, 1993.

SARMENTO Cristina; 2003; Políticas públicas e culturas nacionais; Centro de História da Cultura: UNL, Lisboa

SAUNDERS Lyle - Méthodes de traitement dans le Sud Ouest Américain, in HERZLICH Claudine Org. - Médecine Maladie et Sociétés. PARIS: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1970. Les Textes Sociologiques.

SILVA Augusto S., 1996, Identidades sociais: continuidade e mudança, in Dinâmicas multiculturais, novas faces, outros olhares, Actas das sessões plenárias do III Congresso Luso-Afro-Brasileiro, Lisboa, ICS, 1, 1996: 31-36

SILVA Maria Manuela - Aspectos novos da cooperação; Análise Social, Vol. 1 n.º 2; Lisboa: Gabinete de Investigação Sociais do Instituto de Ciências Económicas e Financeiras, 1963.

SILVA Maria Manuela - Oportunidade do Desenvolvimento Comunitário em Portugal; Análise Social, Vol. II, 1964 (n.º 7-8). Lisboa: Gabinete de Investigação Sociais do Instituto de Ciências Económicas e Financeiras. pp. 498-510

SOUSA Jaime C., SARDINHA Ana M., SANCHEZ Jesus P., MELO, Miguel, RIBAS, Maria J., Os Cuidados de Saúde Primários e a medicina geral e familiar em Portugal, Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático Cuidados De Saúde Primários, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

TAVARES José Falcão - Os primeiros 10 anos. A história dos primeiros dez anos da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; Departamento Editorial da A.P.M.C.G.: Ediliber, Lda, 1997.

THOENIG Jean-Claude - L'action publique : morceaux choisis de la revue politiques et management public ; Logiques politiques ; Paris : L' Harmattan, 1996.

TODD Emmanuel - L'enfance du monde structures familiales et développement, Paris : Editions Du Seuil, 1984.

TOURAINÉ Alain - O Retorno do Actor, Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

UCHÔA Elizabeth; VIDAL Jean Michel - Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 1994. 10 (4): 497-504.Out./Dez.

UMBERTO, Eco - Como se faz uma tese em ciências humanas; 11ª Ed. Queluz: Editorial Presença, 2004.

VALA Jorge - A análise de conteúdo, in SILVA Augusto Santos, PINTO José Madureira, orgs. - Metodologia das ciências sociais. 11ª Ed. Biblioteca das Ciências do Homem, Porto: Edições Afrontamento, 1999. ISBN 972-36-0503-1

WALLERSTEN, Immanuel – Democracy, capitalism and transformation. In *Documenta 11*, Viena, 16 Março, 2001.

WORLD HEALTH REPORT – Primary health care. Now more than ever. Switzerland: World Health Organization, 2008. ISBN 978 92 4 156373 4.

WORLD HEALTH REPORT - Report Trends in the development of primary care. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1973.

ZOLA, Irving Kenneth - Culture et symptomes: analyse des plaints du malade , in HERZLICH Claudine Org. - Médecine Maladie et Société. PARIS: École Pratique des Hautes Études and Mouton & Co, 1970. Les Textes Sociologiques.

ANEXO I – CRONOLOGIA DE ACONTECIMENTOS MAIS RELEVANTES ENTRE 1945 E 1982

1944	Criação do Banco Mundial, resultante das preocupações com a reconstrução dos países que estavam prestes a sair da guerra. Apesar de actualmente estar focado na redução da pobreza o B.M também teve na sua origem preocupações com a reconstrução pós conflitos; desastres naturais; emergências humanitárias e ajuda a economias em transição.
1945	
PORTUGAL	Eminência de golpe de Estado ligado aos meios monárquicos e aos liberais do Movimento de Unidade Nacional Antifascista (MUNAF).
	Recomeço das greves e concentração dos trabalhadores rurais alentejanos
	Manifestação de apoio a Salazar
	Novo ensaio fracassado de golpe militar liderado por Norton de Matos
	Rendição do comando japonês em Timor ao governador português.
	Promulgação da Constituição de 1933
	Criação do Movimento de Unidade Democrática (MUD)
	A Polícia de Vigilância e Defesa do Estado (PVDE) passa a chamar-se de Polícia Internacional e de Defesa do Estado (PIDE)
	Eleições legislativas. Oposição não apresenta listas, alegando a inexistência de condições mínimas de seriedade.
INTERNACIONAL	Conferências aliadas de Ialta e de São Francisco; Carta das Nações Unidas
	Alemanha: descoberto campo de concentração de Auschwitz, entre outros
	Itália: execução de Mussolini
	Alemanha: suicídio de Hitler; exército soviético toma Berlim; rendição incondicional do III Reich; fim da Guerra na Europa
	Conferência de Postdam decide desmilitarização e desnazificação da Alemanha; criação do tribunal de Nuremberga para julgar dirigentes nazis
	Japão: bombas atómicas sobre Hiroxima e Nagasáqui; rendição incondicional de Tóquio; fim da guerra no pacífico.
SAÚDE	Decreto-lei n.º 35 108 (reorganiza os serviços de saúde), inclui a

	criação de vários Institutos
1946	
PORTUGAL	Libertos 110 prisioneiros do Tarrafal ao abrigo de uma amnistia
	Visita ao estuário do Tejo de esquadras da Grã Bretanha e dos EUA
	Criação do MUD Juvenil
	Fundação da Junta Militar de Libertação Nacional (JMLN) com o objectivo de derrubar o Regime.
	Pedido de adesão à ONU, vetado pela URSS
	Insurreição militar derrotada na Mealhada
	Surgimento de uma corrente reformista na Conferência da UN
INTERNACIONAL	Churchill fala da «cortina de ferro», consagrando o início da Guerra Fria
	Vietname: intransigência francesa desencadeia guerra pela independência
	Itália: referendo institui República
	União Sul- Africana: Partido Nacionalista Purificado sobe ao poder
	Argentina: Perón eleito presidente
	Filipinas: reconhecimento da independência
	Grécia: início da guerra civil
1947	
PORTUGAL	Remodelação governamental (Salazar abandona MNE; Daniel Barbosa na Economia)
	Falha tentativa de golpe militar organizada pela JMLN
	Exoneração por razões políticas de servidores públicos (militares e civis, dos quais 26 professores universitários)
	Crise académica em Lisboa, com detenção de membros da Comissão Académica, seguida de toda a comissão central do MUD Juvenil
INTERNACIONAL	EUA: Truman expõe doutrina de contenção do comunismo; George Marshall anuncia programa de ajuda económica à Europa Ocidental

	Bélgica, Holanda e Luxemburgo: criação da região aduaneira do Benelux
	Península Indostânica: proclamação da independência da União Indiana e do Paquistão; União Indiana anexa Caxemira e entra em guerra com o Paquistão
	URSS: criação do Kominform, para coordenar partidos comunistas estrangeiros
1948	
PORTUGAL	Rejeição da aplicação do Plano Marshall
	Acordo de concessão de facilidades militares nas Lajes (Açores) aos EUA
	Ilegalização do MUD, com prisão dos dirigentes
	Adesão à Organização Europeia de Cooperação Económica (OECE)
	Aceitação da ajuda do segundo Plano Marshall
	Anunciada a recandidatura de Carmona e candidatura opositora de Norton de Matos às eleições presidenciais de Fevereiro de 1949
INTERNACIONAL	União Indiana: assassinio de Gandhi
	Checoslováquia: Partido comunista toma poder
	Américas: criação da Organização dos Estados Americanos
	Médio Oriente: primeiro conflito israelo-árabe pela partilha da Palestina
	Alemanha: bloqueio da URSS a Berlim Ocidental; ponte área norte-americana
	Jugoslávia: Partido comunista expulso do Kominform
	ONU: Declaração Universal dos Direitos Humanos
SAÚDE	Criação da Organização Mundial de Saúde (WHO)
	Criação do National Health Service (NHS) na Inglaterra
	Lista internacional de causas de morte (International Classification of Disease)
	Produção comercial da cortisona.

	1949	
PORTUGAL		Desistência de Norton de Matos por ausência das condições mínimas de seriedade para o acto eleitoral.
		Início do 4º mandato presidencial de Carmona
		Fundação do Movimento Nacional Democrático (MDN)
		Portugal é um dos subscritores do Pacto do Atlântico, que dá origem à NATO
		Primeira visita oficial de Franco a Portugal
		Eleições legislativas, sem candidatura oposicionista
		Marcelo Caetano presidente da Câmara Corporativa
		Governo fixa paridade do escudo em relação ao dólar
		Elevação a Ministério do Subsecretariado das Corporações e Previdência Social.
		Portugal subscreve nas Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos do Homem
INTERNACIONAL		Paquistão/União Indiana: fim do conflito
		Indonésia: reconhecimento da independência pela Holanda
		Deflagração da primeira bomba atómica soviética
		Proclamação da Alemanha Ocidental (RFA) e Oriental (RDA)
		Criação da Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN ou NATO)
		Criação do Conselho da Europa
		Grécia: fim da Guerra Civil com derrota dos comunistas
		China: os comunistas liderados por Mao Tsé-Tung, vencem a guerra civil proclamando a República Popular, os nacionalistas instalam-se na Formosa
	1950	
PORTUGAL		Morte de Militão Ribeiro, dirigente do PCP, na sequência da greve de fome na prisão
		O embaixador da União Indiana apresenta em Lisboa proposta de negociação da integração do Estado português da Índia, que o Governo rejeita liminarmente

	<p>Condenação de Álvaro Cunhal em tribunal militar plenário</p> <p>Remodelação governamental</p> <p>Encontros entre Salazar e Franco em Espanha e em Portugal, anunciando-se identidade de pontos de vista</p> <p>Criação do Directório Democrático-Social (oposição não comunista)</p>
INTERNACIONAL	<p>EUA: senador McCarthy preside à Comissão de Inquérito às actividades antiamericanas</p> <p>URSS/China: Tratado de amizade</p> <p>Europa: Adenauer defende união económica com França; Plano Schuman de Cooperação franco-alemã no carvão, ferro e aço</p> <p>Coreia: invasão militar da Coreia do Sul pela Coreia do Norte; tropas dos EUA entram na guerra, por decisão da ONU, confrontando-se com forças chinesas</p> <p>Tibete: ocupação pelo exército chinês</p>
1951	
PORTUGAL	<p>Morte do Presidente Carmona</p> <p>Escolha de Craveiro Lopes como candidato da UN a Belém</p> <p>Revisão constitucional extingue designação «Império Colonial Português»</p> <p>Conselho de Estado considera inelegível Rui Luís Gomes, candidato à Presidência apoiado pelo PCP</p> <p>Quintão Meireles retira candidatura a Belém, apoiada pela oposição liberal</p> <p>Craveiro Lopes eleito Presidente da República</p> <p>III Congresso da União Nacional (UN)</p>
INTERNACIONAL	<p>Coreia: forças do Norte e da China rompem linhas da ONU e tomam Seul</p> <p>Irão: nacionalização da indústria petrolífera e boicote anglo-americano às suas vendas internacionais</p> <p>EUA: condenação à morte de Ethel e Julius Rosenberg por espionagem</p> <p>Grã-Bretanha: fuga dos espões Guy Burgess e Donald Maclean para a URSS</p>

	Bélgica, Holanda, Luxemburgo, RFA e França: constituição da Comunidade Europeia do Carvão e Aço (CECA)
	Tibete: invasão e anexação pela China
1952	
PORTUGAL	Conselho do Pacto Atlântico em Lisboa
	Encontro entre Salazar e Franco em Ciudad Rodrigo
	Greves nos campos do Alentejo e Ribatejo por aumento salarial
	Elaboração do I Plano de Fomento (1953-1958)
INTERNACIONAL	EUA: legislação sobre despedimentos de docentes por ideologia subversiva; Eisenhower eleito presidente
	Cuba: golpe militar de Fulgencio Batista
	Quênia: rebelião do movimento Mau-Mau
	Egipto: Rei Faruk derrubado por golpe de Estado
SAÚDE	ECOGRAFIA
	Surge a primeira vacina contra a poliomielite
	A OMS conduz programas para a erradicação da boubia e da sífilis
1953	
PORTUGAL	União Indiana solicita à ONU integração da Índia Portuguesa
	Matança de Batepá em S. Tomé e Príncipe, pelas autoridades coloniais
	Visita de Craveiro Lopes a Espanha
	Lei Orgânica do Ultramar Português
	UN ganha todos os lugares nas eleições para a Assembleia Nacional
	Bloqueio naval a Goa pela União Indiana
INTERNACIONAL	Coreia: armistício com linha fronteira no paralelo 38 entre o Norte comunista e o Sul capitalista
	URSS: morte de Estaline desencadeia disputa pelo poder; execução de Lavrenti Beria, ministro do Interior, Krutchtchov primeiro secretário do PCUS

	Hungria: política de abertura do novo governo de Imre Nagy
	Berlim-Leste: levantamento contra regime comunista
	Irão: golpe de Estado do Xá Reza Palhevi
SAÚDE	Descoberta a estrutura do ADN.
1954	
PORTUGAL	Encerramento da colónia Penal do Tarrafal
	Morte da ceifeira alentejana Catarina Eufémia, pela GNR, durante uma greve
	Visita de Craveiro Lopes a S. Tomé e Príncipe e a Angola
	Publicação do Estatuto dos indígenas da Guiné, Angola e Moçambique
	Inglaterra evita declarar apoio militar a Portugal em caso de conflito com a União Indiana
	Bispo da Beira, em carta pastoral, condena abusos sobre trabalhadores africanos
INTERNACIONAL	Jugoslávia: expulsão de Milovan Djilas do Partido Comunista por liberalismo
	Indochina: a França derrotada em Dien Bien Phu, aceita sair do Vietname do Norte, do Laos e do Camboja
	EUA: Supremo tribunal declara ilegal a segregação racial nas escolas
	Nasser toma o poder no Egipto
	China: aprovação da Constituição; Mao Tse Tung presidente da República
SAÚDE	Vacina contra a poliomielite
1955	
PORTUGAL	Marcelo Caetano Ministro da Presidência
	Visita do Presidente da República à Grã-Bretanha
	Portugal membro de pleno direito da ONU
INTERNACIONAL	Conferência de Bandung (29 países africanos e asiáticos) origina o movimento dos não-alinhados
	Assinatura do Pacto de Varsóvia entre a URSS e outros países do

	Leste europeu
	Argentina: golpe militar derruba Péron, que parte para o exílio
1956	
PORTUGAL	PCP defende «solução pacífica do problema político português»
	IV Congresso da UN
	Visita de Craveiro Lopes a Moçambique e outros territórios da África Austral
	Amílcar Cabral cria o Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC)
	Criação do Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA) presidido por Agostinho Neto
INTERNACIONAL	URSS: no XX Congresso do Partido Comunista Kruchchev condena excesso do estalinismo; dissolução do Kominform
	África do Norte: independência de Marrocos e da Tunísia
	Hungria: tropas soviéticas invadem Budapeste e reprimem insurreição
	Egipto: invasão por Israel, França e Grã-bretanha após a nacionalização do Canal de Suez; pressão da URSS e dos EUA leva à retirada das tropas
	China: abertura política com o movimento das Cem Flores
	CONFERÊNCIA DE BANDUNG (29 países africanos e asiáticos) origina o movimento dos não-alinhados. Com o objectivo de promover a cooperação económica e cultural afro-asiática, como forma de oposição ao que era considerado colonialismo ou neocolonialismo dos Estados Unidos da América, da União Soviética ou de outra nação considerada imperialista. Foi a primeira conferência a falar e a afirmar que o imperialismo e o racismo são crimes.
	Cuba: início da guerrilha liderada por Fidel Castro
1957	
PORTUGAL	Movimento académico contra decreto redutor da autonomia das associações estudantis
	Visita da Rainha Isabel II de Inglaterra
	Visita do Presidente da República ao Brasil
	Encontro entre Salazar e Franco em Cidade Rodrigo

	I Congresso Republicano em Aveiro
	UN ganha todos os mandatos nas eleições legislativas
INTERNACIONAL	Bélgica, França, Holanda, Luxemburgo e Alemanha Ocidental fundam a Comunidade Económica Europeia (CEE), através da Assinatura do Tratado de Roma
	China: forte repressão põe fim a período de abertura
	Congo Belga: violentos confrontos entre nacionalistas e autoridades belgas
	URSS: ultrapassagem dos EUA na conquista do espaço com o lançamento dos Sputniks 1 (1º satélite artificial) e 2 (1º ser vivo em órbita a cadela Laika)
1958	
PORTUGAL	Humberto Delgado, candidato à Presidência, anuncia que demitirá Salazar
	Arlindo Vicente, candidato a Belém apoiado pelo PCP, desiste a favor de Delgado
	Américo Thomaz, candidato da UN, ganha as presidenciais, que Delgado alega serem fraudulentas
	D. António Ferreira Gomes, bispo do Porto, escreve carta crítica a Salazar
	Publicação do II Plano de Fomento (1959-1964)
	A união das populações do Norte de Angola, criada por Holden Roberto e 1954, passa a chamar-se União das Populações de Angola (UPA)
INTERNACIONAL	França: De Gaulle presidente da V República
	Iraque: golpe militar derruba monarquia haxemita e instaura regime republicano
	China: Grande Passo em Frente, experiência de «verdadeiro comunismo» que matará 20 milhões de camponeses pela fome
	Vaticano: eleição do papa João XXIII
	EUA: Supremo Tribunal ordena a uma escola do Arcansas a aceitação de alunos negros
	União Sul-Africana: Instauração do regime de apartheid
SAÚDE	Transplanted a medula óssea

1959	
PORTUGAL	Carta aberta a Salazar de 45 católicos contra a PIDE
	Prisão dos conspiradores da «revolta da Sé»
	Exílio forçado do bispo do Porto e, a pedido, de Humberto Delgado e Henrique Galvão
	Presidente da República passa a ser escolhido por colégio eleitoral
	Massacre de Pidjiguiti em Bissau
	Inauguração do metropolitano de Lisboa
	Adesão de Portugal à EFTA (Associação Económica de Comércio Livre)

INTERNACIONAL	Cuba: a guerrilha castrista toma o poder
	Tibete: forças chinesas reprimem independentistas; Dalai Lama exila-se na Índia
	Egipto: primeiro encontro dos países árabes produtores de petróleo
	URSS: visita de Kruchchev aos EUA
	EUA: primeiro submarino nuclear com mísseis intercontinentais Polaris
	Índia: incidentes fronteiriços com a China
SAÚDE	É criado o Ministério da Saúde e da Assistência
1960	
PORTUGAL	Cunhal e outros dirigentes do PCP evadem-se do Forte de Peniche
	Tribunal Internacional de Haia aceita parte das pretensões portuguesas na disputa com a União Indiana acerca dos enclaves de Dadrá e Nagar –Aveli
	Visita do presidente Eisenhower, dos EUA
	Sublevação em Mueda, Moçambique, vítima dezenas de indígenas
	Encontro entre Franco e Salazar em Mérida
	Adesão ao Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e ao Fundo Monetário Internacional (FMI)
	Três resoluções da ONU condenam a política colonial portuguesa
INTERNACIONAL	África: 15 territórios coloniais tornam-se independentes
	Congo: guerra civil e fuga de europeus
	Argélia: fracasso do cessar -fogo com a Frente de Libertação Nacional
	União Sul Africana: massacre de Sharpeville; ilegalização do ANC
	Cuba: Castro nacionaliza bens dos EUA, que respondem com embargo económico
	EUA: Kennedy derrota Nixon tornando-se o primeiro católico eleito presidente
	URSS: derrube de um avião espião norte-americano U-2
	Criação da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP)
	Aparecimento dos primeiros centros de saúde comunitários nos Estados Unidos da América.

SAÚDE	Vacina contra o sarampo
	Pílula contraceptiva
	Implantação do primeiro “pacemaker”
1961	
PORTUGAL	Repressão da revolta dos produtores de algodão na baixa do Cassange (Angola)
	Nota do episcopado apoiando a política colonial
	Início da “Operação Dulcineia”, levando ao assalto liderado por Henrique Galvão, ao Paquete Santa Maria
	Ataques nacionalistas angolanos em Luanda
	UPA inicia insurreição no norte de Angola.
	Início da Guerra Colonial
	Manifestação contra farsa eleitoral.
	Fracasso da conspiração do ministro da defesa, Júlio Botelho Moniz, que é demitido
	Salazar anuncia pessoalmente uma remodelação governamental: “Para Angola rapidamente e em força.” Dec.n.º 43590 a 43593
	Abolição do Estatuto do Indigenato
	União Indiana ocupa Goa, Damão e Diu, rendendo-se a guarnição portuguesa.
Condenação da política colonial portuguesa pela ONU.	
INTERNACIONAL	Grã-bretanha: candidatura à entrada no Mercado Comum (CEE)
	Argélia: abafada revolta do exército francês; OAS incita à guerra civil
	Congo: Guerra civil; fracasso da tentativa de secessão do Catanga
	União Sul Africana: abandono da Commonwealth e mudança para a República da África do Sul
	Cuba: fracasso do desembarque na Baía dos Porcos por forças anticastritas
	Albânia: corte de relações com a URSS e aproximação à China
	URSS/EUA: encontro em Viena entre Kennedy e Kruchtchev
	RDA: construção do Muro de Berlim
	I CONFERÊNCIA DE BELGRADO dos países não alinhados

	O Banco Mundial cria o International Development Association (IDA)
SAÚDE	Criação da Direcção Geral dos Hospitais
	Relatório da Ordem dos médicos sobre a organização dos serviços de saúde e carreiras médicas.
1962	
PORTUGAL	Desmantelada revolta de Beja; fuga de Humberto Delgado
	Formação da Resistência Republicana e Socialista
	I Encontro Nacional de Estudantes
	Crise académica com suspensão das direcções associativas e greve a exames
	Adesão ao Acordo Geral sobre tarifas Aduaneiras e Comércio (GATT)
	Criação da Frente Patriótica de Libertação Nacional (FPLN)
INTERNACIONAL	China: Movimento de Educação Socialista, lançado por Mao Tsé- Tung
	Argélia: proclamação da independência
	EUA: primeiro estudante negro admitido numa universidade
	Cuba: crise dos mísseis; a URSS retira por pressão norte-americana
	Israel: execução do criminoso nazi Adolf Eichman, após julgamento
	Índia: invasão temporária da parte do território fronteiriço pela China
	Congo: tropas da ONU envolvidas em combates no Catanga
	Espanha: greve de 60 mil mineiros
SAÚDE	Vacina contra a rubéola
1963	
PORTUGAL	MPLA abre frente em Cabinda
	PAIGC inicia combates na Guiné.
	Início da Guerra na Guiné.
	OUA reconhece o Governo da República de Angola no exílio, da FNLA, criado no mês anterior
	Manifestações de apoio à política colonial de Salazar
	Galvão discursa na ONU

	Viagem oficial a Angola do presidente Américo Tomás
INTERNACIONAL	França: De Gaulle, presidente francês veta adesão britânica à CEE
	Arábia Saudita: fim da escravatura
	China: denúncia do «revisionismo» soviético
	URSS/EUA: tratado de suspensão parcial de ensaios nucleares
	EUA: Luther King lidera manifestação pelos direitos civis em Washington; assassinio do presidente Kennedy
	Criação da Organização da Unidade Africana (OUA)
SAÚDE	Lei nº 2120 aprova o estatuto da saúde e assistência
	Criação dos Serviços Médico Sociais
1964	
PORTUGAL	Dissidência pró chinesa do PCP, originando a Frente de Acção Popular (FAP) e o Comité Marxista Leninista Português (CMLP)
	Criação da Acção Socialista Popular (ASP) em Genebra
	Escolaridade obrigatória alargada a seis anos
	Batalha pela posse da ilha do Como, na Guiné
	Frelimo inicia guerrilha em Moçambique
	Cisão de Delgado na III Conferência da FPLN (Argel)
	OUA decide apoiar MPLA
INTERNACIONAL	Zanzibar/Tanganica: fusão e criação do novo Estado da Tanzânia
	Brasil: início do regime militar autoritário, mais tarde institucionalizado em ditadura
	Egipto: Kruchtchev inaugura a barragem do Assuão
	Jerusalém: criação da Organização de libertação da Palestina (OLP)
	África do Sul: Nelson Mandela condenado a prisão perpétua
	Vietname: início dos ataques norte-americanos ao Norte
	China: detonação da primeira bomba nuclear
SAÚDE	Organização Panamericana de Saúde, Bureau Regional da OMS para as Américas

	Universidade Central da Venezuela e o Cendes do Chile
	Quimioterapia
1965	
PORTUGAL	Delgado cria a Frente Portuguesa de Libertação Nacional
	Assassínio de Delgado pela PIDE junto à fronteira luso- espanhola
	Reeleição de Américo Thomaz por colégio eleitoral
	Constituição da Caixa Nacional das Pensões
	Encerramento da casa dos estudantes do império (LISBOA)
	«Manifesto dos 101 católicos» critica a hierarquia da Igreja e a guerra colonial; Várias prisões e manifestações de estudantes
	OUA reconhece e apoia PAIGC
INTERNACIONAL	Vietname: início de acções ofensivas terrestres pelas forças norte americanas
	Marrocos: Hassan II instaura a ditadura
	Argélia: deposição de Bem Bella, substituído por Houari Boumediene
	Rodésia: declaração unilateral de independência da minoria branca
	Congo: Golpe de Estado do general Mobutu
	Índia/Paquistão: segunda guerra devido à Caxemira
	Indonésia: repressão anticomunista resulta em 500 mil mortes e 250 mil prisões
SAÚDE	Conferência de Istambul, OMS
	Quimioterapia
1966	
PORTUGAL	Criação da União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA)
	Inauguração da Ponte sobre o Tejo (Ponte Salazar)
	Conselho de segurança da ONU decreta bloqueio ao porto da Beira (Moçambique), para impedir o abastecimento de combustíveis à Rodésia
	Imposição da lei marcial em Macau devido a protestos populares, seguindo-se confrontos com a polícia que causam oito mortes
	Criação da ADSE

	UNITA ataca Teixeira de Sousa, no Leste de Angola
INTERNACIONAL	França: abandono da estrutura militar da NATO; De Gaulle visita a URSS
	África do Sul: assassinio do primeiro-ministro, Hendrik Verwoerd, por um branco no parlamento
	China: inicio da Grande Revolução Cultural Proletária
	Indonésia: o presidente Sukarno cede todos os poderes ao General Suharto
	Índia: Conferência dos Não-Alinhados, presidida por Indira Ghandhi (União Indiana), Nasser (Egipto) e Tito (Jugoslávia)
SAÚDE	Mamografia
1967	
PORTUGAL	Governador de Macau reconhece perante a China responsabilidade da administração portuguesa nos incidentes do mês anterior
	NATO cria comando da Área Ibero Atlântica, com sede em Oeiras
	Papa João Paulo VI visita Fátima no cinquentenário das «aparições»
	Assalto ao Banco de Portugal na Figueira da Foz pela LUAR
	Temporal na zona de Lisboa causa cerca de meio milhar de mortes
	Escândalo dos <i>ballets roses</i> leva à detenção de Mário Soares
INTERNACIONAL	Grã-Bretanha e França: legalização do aborto
	EUA: manifestações contra a guerra do Vietname; revoltas raciais
	Grécia: «ditadura dos coronéis»
	Nigéria: guerra da sucessão do Biafra
	Médio Oriente: vitória israelita sobre os países árabes na Guerra dos seis dias (com ocupação de Jerusalém oriental, Sinai e montes Golã)
	Bolívia: execução de Che Guevara
SAÚDE	Christiaan Barnard, cirurgião sul-africano realiza o primeiro transplante de coração.
1968	
PORTUGAL	Soares deportado para a ilha de São Tomé

	Queda de Salazar na sua residência no Estoril
	Salazar operado a hematoma craniano; posterior derrame cerebral põe termo à sua carreira política
	Thomaz exonera Salazar e nomeia Marcelo Caetano presidente do Conselho
	Caetano autoriza regresso de Soares
	Fecho do Instituto Superior Técnico; luto académico em Lisboa
	Vigília de católicos na Igreja de São Domingos (Lisboa) contra a guerra colonial.
	Condenação da política colonial portuguesa pela Assembleia Geral da ONU
INTERNACIONAL	Vietname: Ofensiva do Tet, pelas forças comunistas
	EUA: Assassínios de Luther King e de Robert Kennedy; eleição de Nixon
	França: Maio de 68, vaga de agitação estudantil que se propaga aos meios operários e contamina países como a Itália e a Alemanha Ocidental
	Espanha: primeiro assassínio cometido pela ETA
	Checoslováquia: invasão soviética põe termo à Primavera de Praga
	Nigéria: oito a dez mil biafrenses morrem de fome por dia
	Ilha da Irlanda: confrontos entre católicos e protestantes no Ulster
SAÚDE	Amniocentese
1969	
PORTUGAL	Caetano inicia Conversas em Família na RTP
	Assassínio de Eduardo Mondlane, líder da FRELIMO
	Início da prolongada crise académica em Coimbra, com greve a aulas e exames, encerramento da universidade, detenções de estudantes e expulsão e incorporação militar de dirigentes associativos
	II Congresso Republicano em Aveiro
	Comité de descolonização da ONU condena política de Portugal em África
	Eleições legislativas; surgimento da «ala liberal»
	Bispo do Porto, D. António Ferreira Gomes, autorizado a regressar do exílio
INTE REN AC IO N AL	Espanha: agitação social e política, Franco proclama estado de excepção

	China: fim da Revolução cultural
	França: demissão de De Gaulle após derrota em referendo constitucional
	Ilha da Irlanda: onda de violência no Ulster, exército inglês abre fogo pela primeira vez sobre os manifestantes
	Líbia: Kadhafi derruba a monarquia e proclama uma «República Árabe»
	EUA: Nixon reduz tropas no Vietname
	EUA/URSS: tratado de não proliferação de armas nucleares
	II Conferência de Belgrado
	China/URSS: incidentes fronteiriços
1970	
PORTUGAL	União Nacional transforma-se em Acção Nacional Popular
	Detenção do Padre Felicidade Alves
	Paulo VI recebe os dirigentes do MPLA, do PAIGC e da Frelimo
	Morte de Salazar, luto nacional
	Fundação do MRPP, de orientação maoísta
	Apresentação do projecto de lei de imprensa pelos deputados da «ala liberal»
INTERNACIONAL	Nigéria: rendição dos secessionistas biafrenses
	Áustria: Bruno Kreisky torna-se o primeiro chanceler socialista
	Chile: o marxista Salvador Allende é eleito presidente da República
	Irlanda: tumultos em Belfast, 6 mortos, 350 feridos
	Médio Oriente: guerrilha palestiana desvia cinco aviões de passageiros
	Polónia: revoltas operárias contra o regime comunista nos estaleiros do Báltico.
1971	
PORTUGAL	Regras de «estado de excepção» nas universidades
	Portugal retira-se da UNESCO
	D. António Ribeiro novo cardeal-patriarca de Lisboa
	Ataques nacionalistas angolanos em Luanda

	Governo decide construção do complexo de Sines
	Promulgação da revisão constitucional, que rejeita as propostas da ala liberal
INTERNACIONAL	CEE: aceite adesão da Grã-Bretanha
	Uganda: Idi Amin toma o poder com golpe de Estado
	Bangladesh: guerra civil e reconhecimento da independência pelo Paquistão após derrota em confrontos com a Índia
	China: morte do Ministro da Defesa, Lin Piao, após conspiração falhada
	ONU: aprovada admissão da China e expulsão de Taiwan
SAÚDE	Decreto-Lei n.º 413/71 e 441/71 reorganização dos serviços de saúde e respectivas carreiras
	Criação dos Centros de Saúde de 1ª geração
	Tomografia Axial Computorizada (TAC)
1972	
PORTUGAL	PAIGC admitido nas Nações Unidas como observador
	Encontro secreto Spínola/Senghor
	Acordo comercial com a CEE
	Américo Thomaz reeleito presidente da República
	Estudante José Ribeiro dos Santos morto pela DGS
	Vigília contra a Guerra colonial na capela do Rato (Lisboa) interrompida pela Polícia
INTERNACIONAL	EUA/China: Nixon visita Pequim e encontra-se com Mao Tse-Tung
	Irlanda do Norte: Domingo sangrento em Londonderry (13 civis mortos em confrontos entre tropas britânicas e católicos)
	RFA: prisão dos líderes do grupo terrorista Baader-Meinhof
	CONFERÊNCIA DE ESTOCOLMO. É considerada o marco inicial da relação entre os direitos humanos e o meio ambiente, pois a partir de então, a qualidade ambiental passou a fazer parte das discussões e das agendas políticas de todas as nações e passou a ser considerada um direito que deveria ser exigido por cada cidadão e por cada organização não-governamental que tivesse por objetivo a melhoria da qualidade da vida humana.
	Médio Oriente: 11 atletas israelitas mortos em operação de terroristas palestinianos nas Olimpíadas de Munique

SAÚDE	Criação do WONCA (Wonca's short name is World Organization of Family Doctors.)
1973	
PORTUGAL	Sá Carneiro renuncia ao mandato na Assembleia Nacional
	Criação do PS, na RFA
	Visita de Caetano a Londres manchada pela revelação do massacre de centenas de civis em Wiyriamu (Moçambique) pelas tropas portuguesas
	Reunião clandestina de 136 oficiais do quadro permanente contra o Decreto n.º 273/73, que regula a carreira dos oficiais milicianos
	PAIGC proclama a independência da Guiné-bissau em Madina do Boé. Reconhecimento da Guiné-Bissau como Estado soberano, pela ONU.
	Reunião de capitães em Óbidos elege a Comissão Coordenadora
INTERNACIONAL	CEE: entrada da Dinamarca, Grã Bretanha e Irlanda
	EUA: acordos de paz de Paris com o Vietname do Norte
	Espanha: assassínio pela ETA do almirante Carreto Blanco, substituto de Franco à frente do Governo
	Chile: golpe de Estado do General Pinochet; suicídio do Presidente Allende
	Israel: conflito israelo-árabe do Yom-Kippur; OPEP duplica o preço do petróleo para o dobro; início de recessão económica mundial
	Grécia: derrube do regime dos coronéis
1974	
PORTUGAL	Publicação de <i>Portugal e o Futuro</i> de Spínola
	Exoneração de Costa Gomes e de Spínola da chefia do EMGFA
	Neutralizado o levantamento do Regimento da Infantaria n.º 5 das Caldas da Rainha
	Estado Novo derrubado pelo golpe militar do MFA, saudado pelas massas na rua
	Spínola presidente da República; Adelino da Palma Carlos Primeiro-Ministro
	Demissão de Palma Carlos, sendo substituído por Vasco Gonçalves
	Spínola reconhece direito às colónias à autodeterminação e independência

	MFA e a esquerda impedem manifestação de apoio a Spínola
	Spínola renuncia, Costa Gomes é nomeado Presidente da República
	III Governo Provisório, dirigido por Vasco Gonçalves
INTERNACIONAL	Índia: posse da bomba atómica
	Etiópia: militares derrubam o imperador Selassié e adoptam o socialismo
	EUA: demissão de Nixon, devido ao escândalo Watergate
	Alemanha Ocidental: Willy Brandt demite-se de chanceler após a detenção do seu secretário acusado de espiar a favor da Alemanha Oriental
	Espanha: Franco transmite provisoriamente o poder ao príncipe Juan Carlos
	Grécia: restabelecimento da democracia
	Chipre: invasão por tropas turcas; divisão da ilha em duas zonas
	Israel/Egipto: acordo para retirada de tropas do canal do Suez
	Palestina: o poder palestino Yasser Arafat discursa na ONU
	SAÚDE
A OMS cria um programa de vacinação básica que permita a todas as crianças a imunização.	
Programa de Controle para a doença Oncocercose também conhecida como a cegueira do rio.	
Adopção do Serviço Civil del Graduando en el Salud. (SECIGRA-SALUD) Experiência semelhante à do SMP que decorreu no Perú.	
1975	
PORTUGAL	Cimeira do Alvor, entre Portugal, MPLA, UNITA e FNLA
	Tentativa de golpe militar chefiado por Spínola; extinção da JSN e criação do Conselho da Revolução; nacionalização da Banca e dos Seguros
	IV Governo Provisório, chefiado por Vasco Gonçalves
	Pacto MFA/Partidos
	Eleições para a Assembleia Constituinte, ganhas pelo PS
	Documento dos Nove
	V Governo Provisório, chefiado por Vasco Gonçalves

	VI Governo Provisório, chefiado por Pinheiro de Azevedo
	Insurreição militar radical, abafada por unidades comandadas pelos moderados
	Invasão de Timor Leste pela Indonésia
INTERNACIONAL	Europa: acta final da Conferência de segurança Europeia e dos Direitos Humanos, em Helsínquia, assinada por todos os países do Continente (excepto a Albânia), pelos EUA e pelo Canadá
	CEE: Acordos de Lomé com 46 países de África, Caraíbas, e Pacífico(países ACP); criação da moeda comum europeia (ECU-European Current Unity)
	Vietname: fim da guerra, com entrada das tropas do Norte em Saigão
	Camboja: Khmers Vermelhos, dirigidos por Pol Pot, entram em Phnom Penh, instaurando regime de terror
	Espanha: morte de Franco; Juan Carlos proclamado rei
	Áustria: comando terrorista árabe sequestra durante dois dias 70 membros da OPEP (Organização dos Países Produtores e Exportadores do Petróleo) em Viena
SAÚDE	Criação do Serviço Médico na Periferia através de do Despacho n.º 147 de 23 de Junho de 1975
1976	
PORTUGAL	II Pacto MFA/Partidos
	Cimeira socialista «A Europa Connosco»
	PROMULGAÇÃO E APROVAÇÃO DA CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA
	Embaixada de Cuba em Lisboa destruída por um atentado bombista
	Eleições para a Assembleia da República, ganhas de novo pelo PS
	Ramalho Eanes eleito Presidente da República
	Posse do I Governo Constitucional, chefiado por Mário Soares
	Entrada de Portugal no Conselho da Europa
	Primeiras eleições para as autarquias locais (12 de Dezembro)
INTERNACIONAL	Líbano: confrontos entre milícias da direita e palestinianos
	Israel: raid de comandos antiterroristas no aeroporto de Entebbe (Uganda)

	África do Sul: levantamento popular no Soweto (mais de 600 mortos)
	Argentina: militares derrubam o regime peronista e apoderam-se do poder
	Itália: catástrofe ecológica de Seveso
	China: prisão do «Bando dos Quatro» na sequência da morte de Mao; Terramoto em Tsientsin mata 655 mil pessoas
	Espanha: Lei para a Reforma Política aprovada em referendo
SAÚDE	Obrigatoriedade da prestação do Serviço Médico na Periferia expressa no Decreto-Lei nº 580/76 de 21 de Julho.
1977	
PORTUGAL	Apresentação formal do pedido de adesão à CEE
	Parlamento aprova Lei da Reforma Agrária e do Arrendamento Rural (Lei do Barreto)
	Visita do Marechal Tito da Jugoslávia
	Sousa Franco substitui Sá Carneiro como Secretário-geral do PSD
	Rejeitada a moção de confiança na AR; queda do I Governo Constitucional
INTERNACIONAL	Checoslováquia: dissidentes divulgam a Carta 77
	Espanha: democratas-cristãos da UCD vencem primeiras eleições livres
	Paquistão: Ali Bhutto deposto pelo General Zia ul-Haq
	Europa: dirigentes comunistas de Itália, França e Espanha advogam o «eurocomunismo»
	Médio Oriente: Presidente egípcio Sadate visita Israel e é recebido no parlamento
SAÚDE	Os serviços Médico-Sociais integram-se na saúde.
1978	
PORTUGAL	II Governo Constitucional, chefiado por Soares, após acordo com o CDS
	Acordo entre o Governo e o FMI, traduzido em várias medidas de austeridade
	Detenção de elementos do PPR acusados de assaltos a bancos
	Exoneração do 1º Ministro, Mário Soares, pelo Presidente da República. Eanes indigita Nobre da Costa como chefe do III Governo Constitucional,

	de iniciativa presidencial e rejeitado na AR.
	IV Governo Constitucional, de iniciativa presidencial, Mota Pinto é indigitado para o cargo de Primeiro-ministro
INTERNACIONAL	Espanha: nova Constituição democrática; Governo autónomo basco; atentados de separatistas bascos causam 600 mortes
	Itália: Aldo Moro, presidente da Democracia Cristã, raptado e assassinado pelas Brigadas Vermelhas
	Israel/Egipto: acordo de paz na Cimeira de Camp David
	Vietname: fenómeno dos boat-people, em fuga do país
	Guiana: suicídio colectivo de 900 membros da seita Templo do Povo
SAÚDE	Conferência internacional de cuidados de saúde primários em Alma Ata, Cazaquistão
1979	
PORTUGAL	Portugal, membro não-permanente do Conselho de Segurança da ONU
	AR rejeita Plano e Orçamento do Estado para 1979
	Cisão de deputados do PSD, fundando a Acção Social Democrática Independente
	Mota Pinto demite-se de Primeiro-Ministro
	Dissolução da AR e realização de eleições intercalares; formação do V Governo Constitucional, de gestão, chefiado por Lourdes Pintasilgo
	Aliança Democrática conquista maioria absoluta nas legislativas intercalares e nas eleições autárquicas.
INTERNACIONAL	Camboja: exército vietnamita entra na capital, derrubando o regime de Pol Pot
	Irão: instauração de uma república fundamentalista islâmica; após fuga do Xá; Execuções em massa; pessoal da embaixada norte-americana feito refém
	URSS: invasão do Afeganistão
	Polónia: visita do Papa João Paulo II
	Nicarágua: guerrilheiros sandinistas tomam o poder
	Grã-Bretanha: Margaret Thatcher primeiro-ministro

SAÚDE	Erradicação da Varíola
	Lei do Serviço Nacional de Saúde
	Decreto-Lei n.º 43/79 estabelece remunerações entre outras classes de médicos, aqueles que estão a cumprir serviço médico na periferia.
	Despacho normativo n.º 386/79 aprova novo regulamento do Serviço Médico na Periferia
1980	
PORTUGAL	Violento terramoto nos Açores (53 mortos)
	Posse do VI Governo Constitucional, chefiado por Sá Carneiro
	CR rejeita diploma governamental de delimitação dos sectores
	AD vence eleições legislativas com maioria absoluta
	Sá Carneiro e Amaro da Costa morrem em queda de avião em Camarate
	Eanes vence à primeira volta as eleições presidenciais
INTERNACIONAL	Médio Oriente: início da guerra Irão/Iraque, com ataque iraniano
	Zimbábue: proclamação da independência; Robert Mugabe primeiro-ministro
	EUA/Irão: crise dos reféns na Embaixada dos EUA; corte de relações políticas e comerciais;
	Falhação de operação militar norte-americana de resgate
	Itália: atentado à bomba pela extrema-direita, em Bolonha, faz 84 mortos
	Polónia: greve dos estaleiros de Gdansk; criação do movimento de Solidariedade
SAÚDE	Despacho Normativo n.º 81/80 que revoga o Despacho Normativo 386/79 de 31 de Dezembro que aprovava novo regulamento do SMP
	Acordo n.º DD3/80: acordo entre o governo central e o governo de Macau para o fornecimento e financiamento do SMP em Macau, em 1980
	Decreto-Lei n.º 248/80 facilita a fixação de médicos em zonas do país onde estejam a prestar o SMP
1981	
PORTUGAL	Balsemão primeiro-ministro (VII Governo Constitucional)
	CR veta a alteração à Lei de Delimitação dos Sectores
	Posse de novo Governo de Balsemão (VIII Gov. Constitucional)

INTERNACIONAL	Grécia: Adesão à CEE
	França: Eleição presidencial de François Mitterrand
	Vaticano: atentado contra o Papa João Paulo II
	EUA: atentado contra o presidente Reagan
SAÚDE	Despacho n.º DD 534/81 introduz alterações ao regulamento do SMP
	Despacho n.º DD 330/81 altera o artigo 14 do regulamento do SMP
	Despacho n.º DD372/81 determina que as vagas para o internato de policlínica e SMP aberto em hospitais da região autónoma da Madeira serão prioritariamente preenchidos por médicos residentes naquela região.
1982	
PORTUGAL	Visita de João Paulo II, alvo de atentado em Fátima
	Aprovação da revisão da Constituição pela AR
	Balsemão pede a demissão de primeiro-ministro
INTERNACIONAL	Médio Oriente: início da guerra Irão/Iraque
	Espanha: adesão à NATO; Felipe González primeiro-ministro
SAÚDE	Criação da Carreira médica de Clínica Geral
	Despacho n.º DD 718/82 determina a antecipação da extinção do Serviço Médico na Periferia a partir de 31 de Dezembro de 1982 (Dec-Lei n.º 139/83)

Fontes: VIERA Joaquim; 1998; (coleção) PORTUGAL Século XX, Crónica em Imagens 1940-1950, 1950-1960, 1960-1970, 1970-1980, 1980-1990; Círculo de Leitores; IMPERATORI, 1985; BISCAIA e tal, 2005; Jornal Expresso: Primeiro Caderno: 20 de Outubro de 2007

ANEXO II – CRONOLOGIA POLÍTICA PORTUGUESA ENTRE 1971 E 1982

Fonte:

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Provisorios/

(última consulta a 15 de Dezembro de 2008)

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/

(última consulta a 15 de Dezembro de 2008)

Estado Novo				1º Governo Provisório Coligação de todos os partidos políticos	2º Governo Provisório	3º Governo Provisório	4º Governo Provisório	5º Governo Provisório	6º Governo Provisório Coligação de todos os partidos políticos que se reuniam na Assembleia República
1971	1972	1973	Abril de 1974	Maio de 1974	Julho de 1974	Setembro de 1974	Mar-75	Set.- 75	Nov. - 1975
Primavera Marcelista				Primeiro Ministro (P-M): Palma Carlos da República (P.R) António Spínola	P-M: Vasco Gonçalves P.R: António Spínola	P-M: Vasco Gonçalves P.R: António Spínola (renuncia)	P-M: Vasco Gonçalves P.R: Costa Gomes a 11 de Março	P-M: Pinheiro Azevedo P.R: Costa Gomes	P-M: Pinheiro Azevedo P.R: Ramalho Eanes
Reforma da Saúde				Programa do Movimento das Forças Armadas		Programa do Movimento das Forças Armadas			
Centros de Saúde de 1ª Geração							Criação das Comissões Integradoras dos Serviços de Saúde (CISSL)	Criação do Serviço Médico à Periferia	Criação das Administrações Distritais de Serviços de Saúde (ADSS)

	1º Governo Constitucional		2º Governo Constitucional	3º Governo Constitucional		4º Governo Constitucional	
	2 de Abril de 1976	24 de Julho de 1976	Fevereiro de 77	1978			
Aprovada a Constituição da República Portuguesa	P-M: Mário Soares P.R: Ramalho Eanes		QUEDA DO GOVERNO	1º Ministro Mário Soares em regime de acordo com Freitas do Amaral P.R: Ramalho Eanes	Ramalho Eanes exonera Mário Soares	P-M: Nobre da Costa P.R: Ramalho Eanes	P-M: Mota Pinto P.R: Ramalho Eanes
Governos de Iniciativa Presidencial			Governos de Iniciativa Presidencial				
Realizam-se as primeiras eleições Legislativas		1ª Crise Económica Interna					
Em Julho realizam-se as primeiras eleições Presidenciais							

	5º Governo Constitucional		6º Governo Constitucional	7º Governo Constitucional	8º Governo Constitucional
1979	Setembro de 1979	Dezembro de 79	1980	1981	1981-1983
Em Junho Mota Pinto pede a demissão Em Dezembro Ramalho Eanes dissolve o parlamento e marca eleições intercalares.	P-M: Maria de Lurdes Pintasilgo P.R: Ramalho Eanes	Eleições Intercalares	P-M: Mário Sá Carneiro P.R: Ramalho Eanes	P-M: Pinto Balsemão P.R: Ramalho Eanes	P-M: Pinto Balsemão P.R: Ramalho Eanes
	Criação do Serviço Nacional de Saúde		Em Dezembro morre Sá Carneiro	Aprovado o primeiro projecto de revisão constitucional Introdução de taxas moderadoras	Em 1982 termina o Serviço Médico à Periferia; são criados os Centros de Saúde de 2ª geração; e é criada a carreira médica de clínica geral.

ANEXO III – GUIÕES DAS ENTREVISTAS

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Hora de Início: Hora de término:

1. Guião:

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Naturalidade/Nacionalidade:

Localidade de residência:

1. Ano em que realizou Serviço Médico á Periferia (SMP)?
2. Onde o realizou?
3. Quanto tempo durou o SMP?
4. Na sai opinião qual o motivo que estive na origem do SMP?
5. Recorda-se como se processavam as colocações?
6. A colocação era feita em grupo, mas como era determinado o serviço de cada um?
7. Quantas pessoas constituíam o seu grupo? Já se conheciam? Eram amigos?..
8. Teve de mudar de residência?
9. Quando partiu para o SMP que expectativas/disposição tinha?
10. Consegue descrever a situação real médica/sanitária com que se deparou?
(se tinha meios, médicos, enfermeiras)
11. Soube se existiram casos de recusa?
12. Como foi recebida (o) pela população?
13. Que efeitos imediatos teve nas populações a chegada de médicos?
14. Recorda-se se quando chegou ao local onde realizou o SMP verificou uma mobilização de recursos?
(Entenda-se por recursos a mobilização das pessoas, a disponibilização de infra-estruturas, a criação de parcerias com outras entidades, etc.)
15. Recorda-se se contactou com diferentes hábitos, costumes, crenças que possam ter influenciado os comportamentos em relação aos tratamentos médicos?
16. Considera que a prestação deste serviço foi um processo de mudança nos locais, nas populações e nos médicos? Se sim, quais as principais mudanças?
17. Durante o período que realizou o SMP houve preocupação em “educar” as pessoas para cuidarem da sua saúde/doença?

18. Como caracterizaria este serviço profissional e os resultados que dele advieram?
19. Contribuiu para a sua formação profissional e pessoal?
20. Porque foi extinto o SMP?
21. Existiria possibilidade de repetir o SMP?
22. Revê no espírito da actual reforma dos cuidados de saúde primários alguma semelhança ou paralelismo com o espírito que motivou a criação do Serviço Médico à Periferia?

GUIÃO DE ENTREVISTA PARA AUTARCA.

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Hora de Inicio: Hora de término:

1. Guião:

Nome:

Sexo:

Idade:

Profissão:

Naturalidade/Nacionalidade:

Localidade de residência:

1. Qual foi o período em que ocupou o cargo de Presidente de Câmara?
2. Consegue caracterizar o município, relativamente à área, densidade populacional, condições sanitárias existentes, actividades económicas predominantes, estabelecimentos de saúde existentes, etc.?
3. Havia necessidades de prestação de cuidados de saúde?
4. Como é que contactou com o SMP, em que circunstâncias?
5. Houve disponibilização de recursos? (Humanos, instalações...)
6. Recorda-se como é que as populações receberam os médicos?
7. Considerou o SMP um processo de mudança?
8. Quais os resultados que desta experiência advieram?
9. A Câmara desempenhou algum papel de sensibilização em parceria com os médicos?

10. Interveio em algumas iniciativas, p.ex. campanhas de vacinação. Onde se verificasse uma articulação da autarquia com os serviços de saúde?
11. Como caracterizaria esta medida?
12. Na sua opinião como autarca e utente gostaria de ver este serviço retomado?
13. Tem algum episódio, relacionado com o SMP, que gostasse de partilhar?

Sobre o guião da entrevista:

A duração do guião. (extenso, curto, apropriado)

Achou as questões ambíguas. Se sim, qual e porque?

Na sua opinião, foi omitido algum tópico importante?

Que pergunta ou perguntas sugere que sejam feitas?

Tem algum comentário a fazer?

ANEXO IV - TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

ENTREVISTADO 1

Nome: Vítor Ramos

Idade: 54 anos

Profissão: Médico de família

Naturalidade: Évora

Residência: Parede/Cascais

Em que ano realizou o SMP? 79/80 e 81

Onde o realizou? Nas aldeias rurais do Concelho de Évora: Torre de Coelheiros, Valverde e São Brás do Regedouro.

Entrevistado (E.); Entrevistador (e.)

E.: Não foram três anos porque no meio fiz o curso de saúde pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, motivado pela experiência do serviço médico na periferia (SMP).

e.: Mas motivou-o em que aspecto? E.: No despertar do interesse e da necessidade de formação em saúde comunitária, saúde pública, trabalho com a população, e perspectiva de saúde populacional.

e.: na sua opinião qual o motivo que esteve da criação do SMP? (01m:23s) E.: Foram vários factores. Havia a promessa, de com a revolução do 25 de Abril garantir cuidados de saúde essenciais à população, o que implicava a criação de um serviço nacional de saúde; havia extensas zonas do País sem médicos; e havia médicos a mais nos três grandes centros urbanos, o que era um contra senso. Portanto, politicamente, estavam reunidos os ingredientes para a experiência e havia também um factor revolucionário que facilitava e até exigia a adopção de grandes medidas, de medidas drásticas. Fundamentalmente, foram estes factores que determinaram a criação do SMP.

e.: Recorda-se como se processavam as colocações? (02m:14s) E.: As colocações processavam-se anualmente. Os médicos que terminavam o seu internato geral, tinham de fazer este serviço para poder depois integrar o serviço nacional de saúde, com carreiras médicas. Quem quisesse fazer vida profissional numa carreira oficial do SNS deveria fazer este serviço cívico, e o Estado, em contrapartida, assegurava-lhe a formação, uma formação especializada por aí adiante, quem não quisesse ficaria fora do SNS. Na prática era obrigatório, relativamente, porque era condição para poder prosseguir no SNS. E, portanto, todos os anos se organizavam os turnos. Eu, por razões pessoais e profissionais, foram raros os que fizeram como eu, pedir a prorrogação da prestação do SMP, o habitual era o médico regressar aos hospitais e aí, aguardar o ingresso no internato da especialidade.

e.: mas estava a gostar muito do contacto com as populações? E.: Sim, então eu desempenhava algumas funções de saúde pública, e um médico de saúde pública em Évora, o Dr. Artquímínio Eliseu, que já faleceu, e que era o Director Distrital de Saúde de todo o distrito de Évora, foi-me fazendo a

cabeça, convencendo-me que eu tinha muito jeito, que tinha uma vocação própria para as coisas comunitárias, de saúde pública e até me propôs à Direcção Geral da Saúde para sub-delegado de saúde de Évora. Évora tem também uma zona rural, onde eu estava a fazer o SMP, e acabei por aderir à ideia e por isso é que fui fazer o curso de saúde pública, à ENSP. Fiz o curso de saúde pública e prolonguei o SMP até entrar no internato complementar, na altura designado de generalista. Agora é de medicina geral e familiar.

e.: A colocação era feita em grupo? E.: Sim, sim. **e.: Mas como é que era determinado o serviço de cada um, dentro do grupo? E.:** O grupo organizava-se. **e.: Era uma coisa interna, não havia regras? E.:** Não, os grupos eram bastante autónomos. Havia órgãos que eram as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde que coordenavam um pouco essa organização, e depois dependia dos grupos, dos locais, mas as pessoas acordavam entre si. Naturalmente tinham de assegurar um conjunto de serviços, no centro de saúde, onde por vezes havia internamento. No meu concelho havia antigos postos médicos nas aldeias, Casas do Povo, os postos das antigas “caixas” e havia o trabalho do Centro de Saúde de Évora e, portanto, a gente organizava-se para assegurar o que era preciso. Geralmente era com o delegado de saúde, o sub-delegado de saúde, ou o director distrital de saúde que se organizava o trabalho. Não era completamente por auto-gestão. Havia enquadramento e, geralmente, eram os delegados de saúde que enquadravam os médicos do SMP. A carreira médica de saúde pública já existia nessa altura e até havia alguma cobertura do País, embora com a necessidade de mais médicos de saúde pública, daí este esforço de recrutamento.

e.: Houve também um aproveitamento do que já existia, portanto dos recursos endógenos quando vocês chegaram? E.: Claro, claro, os recursos endógenos, os que estavam no local, enquadraram-nos a nós. Quando não havia estes recursos, havia mais auto-gestão. (02m:28s)

e.: Quantas pessoas constituíram o seu grupo? E.: No meu grupo éramos 8. Não era um grupo grande. **e.: Já se conheciam? Foi um acaso? E.:** Não, todos nos conhecíamos. **e.: Eram amigos?**

E.: Sim, sim aliás porque o meu grupo era um subgrupo de um grupo maior, éramos uns 20, que tinham decidido fazer o internato geral no Hospital de Évora e desse grupo de 20, dividiu-se em 3 grupos. Uns foram para Montemor, outros para Arraiolos, outros ficaram no Concelho de Évora. Portanto nós já nos conhecíamos bem. (03m:06s)

e.: Teve que mudar de residência? E.: Mudei de residência, inicialmente, de Lisboa para Évora.

e.: Mas já era de Évora? E.: Sim, nasci em Évora, mas residia em Lisboa. Decidi ir para Évora antes do SMP para fazer o meu internato geral no hospital de Évora. **e.: Exacto, porque tinha as**

raízes lá. e.: Sim, mas por exemplo os outros 19 colegas não eram de lá. **E.:** **Pois porque iam todos para o Hospital de Évora, não ia nenhum para um hospital central, correcto? (03m:35s)** **E.:** Sim, sim, este grupo foi de facto um grupo interessante, alguns ficaram lá e hoje são médicos do Hospital, mas muitos regressaram depois. (03m:46s)

e.: **Quando partiu para o SMP que expectativas que tinha daquilo que ia encontrar, dos desafios?** **E.:** A expectativa era a de ser médico a sério, sentir-me médico em pleno. O período anterior era o de médico tutelado, portanto ali éramos médicos autónomos. **e.:** **estavam por vossa conta?** **E.:** Estávamos por nossa conta e portanto procurávamos fazer o melhor possível dentro das limitações, dos recursos. Havia entusiasmo e ideias de fazer bom serviço, para organizar coisas novas, para organizar a prevenção, para melhorar o sistema de vigilância dos grupos com necessidades especiais. (04m:34s)

e.: **Consegue descrever a situação real médica/sanitária com que se deparou?** **E.:** A zona onde eu estava não era muito carenciada, porque eram freguesias relativamente próximas de Évora, mas de qualquer forma havia aldeias ainda distantes, 20 quilómetros, 15 quilómetros coisas assim, e portanto eles precisavam de médico lá. E, nessas situações era necessário garantir os cuidados médicos básicos. Em alguns casos havia uma enfermeira no posto e administrativos, mas noutros ainda não havia, era o médico sozinho. E depois no Centro de Saúde de Évora já existiam bastantes recursos.

e.: **mas era um médico que estava sozinho?** **E.:** não, o médico sozinho era um de nós, antes não havia médico. **e.:** **antes de vocês não havia nenhum médico?** **E.:** portanto eu ia para sítios onde pura e simplesmente não havia médicos. E aqueles locais estiveram anos sem médico nenhum isto, porque os médicos mais antigos tinham-se reformado. Aconteceu isso. (05m:43s)

e.: **O médico que havia atendia, em média, quantas pessoas, cobriam a área toda? E em relação aos acessos, consegue descrevê-los?** **E.:** Sim eu, ia a cada aldeia uma vez a três vezes por semana. Ia três vezes por semanas a uma, duas vezes por semana a outra e um dia por semana a outra, **e.:** **Conforme as necessidades?** **E.:** Exactamente, mas o que acontece é que na última que mencionei, que era muito pequena, nunca tinha tido médico e nas outras ia um médico duas vezes há anos atrás fazer umas horas. Era o chamado “médico da caixa”, da “casa do povo” que depois deixou de existir, porque eram médicos mais idosos que decidiam reformar-se e que se desinteressavam. (06m:21s)

e.: **Soube se existiram casos de recusa?** **E.:** Recusa de que? Médicos que não quiseram fazer o SMP? **e.:** **sim médicos que não quiseram ir fazer o serviço médico na periferia** **E.:** Sim houve alguns colegas meus que não fizeram, mas foram raros. (06m:33s)

e.: Como foi recebido pela população? E.: Fui sempre bem recebido. **e.: era um herói? E.:** Um médico é sempre necessário e fui sempre muito bem recebido. **e.: Que efeito imediato teve nas populações a chegada dos médicos?** (06m:45) **E.:** Foi o acesso a cuidados médicos. As pessoas estavam ávidas, não é? Porque todas as pessoas têm necessidades sentidas, têm padecimentos, e também há aquela noção de se sentirem protegidas. Algumas percepções são ilusórias, outras são reais. **e.: Mas vocês eram muito novos, a população não olhou para vocês com um olhar desconfiada? E.:** Não, não, naquela altura também se vivia um clima muito especial e então na zona onde eu fiz... Eu deixei crescer as barbas, (risos) para me dar ao respeito, tinha um ar muito jovem, em geral éramos médicos jovens. (00:07:39)

e.: Recorda-se se quando chegou ao local onde realizou o SMP verificou uma mobilização de recursos? Se vos disponibilizaram infra-estruturas, pessoas, etc. E.: No meu caso já existiam, alguns recursos, existia a Casa do Povo, por exemplo. Houve um caso, porque a população queria muito lá ter um médico, houve o oferecimento de uma casa particular, para servir de consultório. Havia uma comissão da aldeia e uma senhora disponibilizou a casa, e a sala de jantar dela funcionava como um gabinete médico. **e.: Mas vocês ficaram alojados aonde? E.:** No caso do meu grupo não necessitámos de alojamento porque íamos e vínhamos. Portanto era um sistema de andar de carro. **e.: E em Évora? E.:** Em Évora eu tinha casa própria. Depois dos colegas que foram para Montemor, alguns arranjaram lá instalações. Em alguns concelhos havia “a casa dos médicos”, porque as autarquias disponibilizavam uma casa, por vezes palácios antigos ou casas senhoriais que eram recuperadas, ou casas grandes. (00:08:44)

e.: Recorda-se se contactou com diferentes hábitos, costumes, crenças que possam ter influenciado os comportamentos em relação aos tratamentos médicos? E.: Sim. Lembro-me, por exemplo, que numa das aldeias em que trabalhei, na Torre dos Coelheiros, tentei falar com o padeiro para ver se ele fazia pão com menos sal, porque aquele pão era feito com muito sal, e então o senhor resistiu porque aquele pão era muito apreciado, e tinha muita venda em Évora e claro também tinha muita venda na Torre dos Coelheiros. Então lá tentei negociar que o pão que ia para Évora levava o sal normal, (risos) mas para ele fazer um “lotezito” com menos sal para a terra? Ele ia dizendo-me que sim, mas o receio dele era que depois o pão não se vendesse. Portanto isto é uma dinâmica de aprendizagem. Por vezes organizavam-se actividades especiais. Havia zonas com cooperativas agrícolas e organizavam-se lá actividades de saúde, era uma questão de se combinarem os dias. **e.: Mas ainda voltado ao padeiro com quem tentou fazer o acordo, inicialmente ele não percebeu a redução do sal como um cuidado de saúde, mas sim como uma redução de lucro. Estava a estragar-lhe o negócio?! E.:** Mas ele percebeu o objectivo e ele até não se importaria, desde que a

venda não baixasse, a dúvida dele era que se aquilo com menos sal se vendia tão bem, porque o pão dele era famoso, e ainda hoje é. (10m:39s)

e.: Considera que a prestação deste serviço foi um processo de mudança nos locais, nas populações e nos médicos? E.: Sim foi um processo de mudança em vários sentidos. Primeiro porque as populações contactaram com uma geração mais jovem, com pessoas com uma forma de estar na vida diferente dos médicos antigos, não é? Menos paternalistas, mais abertos a várias coisas, por exemplo ao planeamento familiar, a certos problemas e eu penso que isso fez alguma diferença; por outro lado criou nas populações novas necessidades, nomeadamente cuidados preventivos. Por exemplo, muitas vezes atraíamos pessoas, porque sabiam que se fazia o rastreio da diabetes durante uma semana ou duas ou se fazia o rastreio da hipertensão. Portanto organizavam-se as coisas para além das consultas normais, depois de satisfeitas as necessidades mais imediatas, as doenças agudas... e quando as coisas estavam mais calmas e havia mais tempo, tentávamos ser mais pró activos (11m:46s). Numa das aldeias era a própria senhora que emprestava a casa, que fazia marcações para consultas e para rastreios. Ela própria fazia as convocatórias, a aldeia resumia-se a três ou quatro ruas, o pessoal ia lá e apreciava aquilo. **e.: Como é que eram feitos esses rastreios, p.ex. da Diabetes?** Ah, tínhamos tiras-teste. Media-se a tensão arterial. Quando havia dúvidas pedia-se análises, o que era mais complicado, porque as pessoas tinham que ir a um laboratório a Évora, tinham que ir na carreira **e.: iam ao hospital?** Não iam a médicos convencionados, tinham é que ir Évora. (12m:24)

e.: E nos locais também criaram novas dinâmicas? Isso, das consultas também foram mudanças. (12m:49s) **Durante o período que realizou o SMP houve preocupação em “educar” as pessoas para cuidarem da sua saúde/doença?** E.: Sim, sim, inclusivamente eu levava colegas do internato geral, chamados “P1” e “P2” que exerciam a medicina tutelada, mas uma das coisas que podiam fazer era esse trabalho dos rastreios e, depois, também davam alguma informação sobre alimentação, sobre a questão dos lípidos, sobre as vacinas, ...Estes médicoa não pertenciam ao SMP, estavam apenas em estágio. Eu enquadrava estes médicos, mais jovens e muitos grupos enquadraram-nos também, porque eles tinham que fazer um estágio de saúde pública, no internato de “P1” e “P2” e eu penso que na maior parte dos grupos, nessa altura, havia já grande preocupação com a educação para a saúde. Penso que muitos grupos implementaram muitas coisas que eram novidade para a população em termos de informação, de protecção e de promoção da saúde, outros não, mas creio que a maior parte o fez. (13m:45s)

Como caracterizaria este serviço profissional e os resultados que dele advieram? E.: Este foi um serviço excepcional ... que se faz em situações pontuais na vida de um país, não é? Pela natureza de serem turnos, de ser uma actividade cívica. Mas acabou por ser um período de aprendizagem para os

médicos permitiu-lhes conhecer muitas das realidades do país. Penso que foi bom para ambas as partes. Houve um entrosamento grande entre dois “mundos”. A população mais interior acabou por ter contacto directo e pessoal com uma geração urbana de médicos jovens marcados pela influência dos Beatles, dos hippies, que era a geração dos anos 60 e 70. É difícil avaliar impactos, mas houve, houve certamente influências cruzadas, não é? (14m:56s)

e.: Contribuiu para a sua formação profissional e pessoal? (15m:05s) E.: Sim claro, porque eu muitas vezes tinha que estudar, quer dizer acho que estudei muito mais ali, porque ia para casa e apontava coisas de dúvidas. E muitas vezes íamos ao hospital falar com colegas, por vezes nem havia essa hipótese e não havia a Internet, tinha que se estudar pelos livritos. E tive também ganhos a nível pessoal porque conheci pessoas com outros valores e culturas, e pessoas, às vezes muito sabedoras, apesar de serem analfabetos, com experiências de vida com muita riqueza que acabam por transmitir, inclusivamente com condescendências em relação ao jovem médico, aceitando que o jovem saiba mais de medicina, naturalmente, mas claro que estão a ver que o jovem não percebe muito de muita coisa da vida, não é? E também não são arrogantes, porque é o senhor doutor. Sem estarem a dar lições, os mais inteligentes, as pessoas mais perspicazes acabam por chamar à atenção para certas coisas. Já não me lembro de exemplos precisos porque passaram muitos anos, mas tenho ideia que no contacto com pessoas de várias idades e sobretudo com gente como os trabalhadores rurais (hum), gente do campo com experiência, e experiência de vida e de sofrimento, aprendi e a prendi muito sobre a sua vida, sobre o que tinham passado... e apercebemo-nos de uma série de coisas, que na cidade não se imagina.

e. Porque ali o médico também fazia um bocadinho de padre, de amigo, se calhar, não é? E.: Não era tanto assim, porque éramos mais novos, sim de amigo sim (silêncio), mas era quando... pelo menos eu sentia... nós éramos visitantes, não é? Visitantes técnicos. Que trazia medicamentos, possibilidade de tratar, ou de encaminhar para a resolução de problemas, de descobrir doenças que eles padeciam há muito tempo, etc., mas era um visitante a quem eles também expunham as suas coisas. Não tanto na perspectiva de quem fala com o padre, mas de uma visita em quem podiam confiar. E mostravam também as suas esperanças, porque se vivia um período de dificuldades. O país tinha um problema atravessava uma fase de descoordenação económica e social nos anos após o 25 de Abril, mas era também um período de esperança, porque ainda se vivia a ideia de que a vida iria melhorar. **e.: Era um bom espírito!**

Porque foi extinto o SMP? (17m:57s) E: Ele foi extinto porque deixou de ser necessário. Porque a partir do momento em que se criou, o problema do SMP era que todos os anos mudavam os médicos e portanto lá vinham caras novas e começava tudo de novo, não é? A inexperiência recomeçava todos os anos. Por outro lado os turnos terminavam e os médicos ficavam a aguardar entrada nas carreiras

médicas no SNS. Houve várias tentativas em 1977 e em 1979 de criar uma carreira de clínica geral, que era a forma de assegurar a assistência médica e cobertura do país, com carácter permanente. Quando foi criada a carreira em 1982, nesse ano foram colocados milhares de médicos por todo país. Entre 82 e 85 foram colocados uns 5000 a 6 000 médicos que são mais do que os que actualmente estão ao serviço. Nesse período de tempo fez-se a cobertura do país com uma parte dos médicos que tinham feito o SMP. Outros médicos seguiram as especialidades hospitalares. Ora estando assegurada a cobertura por médicos que não tinham que mudar todos os anos não fazia sentido manter o SMP. Puro e simplesmente acabou por se tornar desnecessário, por ter sido criada uma alternativa melhor.

e. Isso responde em parte à pergunta se hoje se poderia repetir essa experiência? (19m:30s) E.:

Pois não faz sentido, por não ser necessário, nem os factores que então existiam, existem actualmente. O que pode é repetir-se a experiência, agora com finalidade formativa, isto já a ser feito, por exemplo por algumas faculdades de medicina que enviam os seus alunos, durante umas semanas para centros de saúde urbanos e rurais. Num espírito de que é importante que os futuros médicos contactem com diferentes realidades, até para que no futuro, as vagas de internato mais periféricas, não fiquem por ocupar. Porque os jovens médicos receiem que aí seja o “fim do mundo”. Uma das coisas que o SMP fez na altura foi acabar com a tal percepção de “fim do mundo”. (00:20:19) Tanto assim que muito médicos, e isso é interessante, que fizeram o SMP são hoje autarcas, líderes locais, provedores da Misericórdia, etc. Actualmente ao percorrer o país encontram-se muitos médicos que hoje são líderes comunitários, alguns deixaram até de ser médicos... (00:20:46) **e.: Ficaram envolvidos nas questões locais (00:21:04)**

e.: Revê no espírito da actual reforma dos cuidados de saúde primários alguma semelhança com o espírito que motivou a criação do Serviço Médico à Periferia? E.: São coisas diferentes mas é possível encontrar paralelismos. A questão mais importante é a da proximidade, é o reforço, o garantir cuidados de proximidade. A outra questão é a questão do grupo e da equipa, a lógica de construir grupo e equipa fora de um ambiente burocrático e hierárquico, porque nos centros de saúde, a crítica que se fazia é que estávamos demasiado hierarquizados, burocratizados em organizações piramidais verticais em que podia até haver muitos médicos mas cada um trabalhava isolado. Havia umas equipas *ad hoc* onde havia mais iniciativa, mas não era essa o ambiente e a regra. Com a experiência das unidades de saúde familiares (USF) pretende-se voltar a permitir e a estimular dinâmicas de grupo. Depois; outro aspecto é o de permitir alguma margem de empreendedorismo, de iniciativa, de criatividade, de libertar potencialidades e talento, de não enquadrar demasiado com uma malha burocrática os comportamentos profissionais todos. Por fim vem a questão de responsabilizar. Os grupos na periferia tinham bastante autonomia, nem havia quem os controlasse. Não é uma questão de fazer o que se quisesse, é uma questão de se ter autonomia e responsabilidade e prestar contas daquilo

que se faz. Portanto são esses aspectos e claro que são experiências e contextos completamente diferentes, mas têm estes pontos em comum, estes paralelismos, acho que sim. São dinâmicas que não têm que ver com os aspectos técnicos, mas com o processo humano e de organização do trabalho e com o entrosamento com a comunidade e aí nisso aí sim, há grandes semelhanças. (23m:30s)

e.: Consegue recordar-se de algum momento que o tivesse marcado? (00:25:01) E.: No meu caso foram os contactos que tive com os líderes das cooperativas e com o padeiro e organizar os rastreios com a senhora particular, que era uma líder local. Esses três pontos ficaram marcados na minha memória, porque o resto foi um pouco a obrigação profissional “normal” de organizar da melhor maneira o que havia para fazer. É possível que onde houve grupos que tinham, por exemplo, um concelho a seu cargo, e por vezes mais, talvez mais periféricos pudessem haver outras dinâmicas. (00:28:56) O meu SMP, embora feito em freguesias rurais do concelho de Évora, foi uma periferia relativa. Évora já não era periferia! O SMP foi um passo na evolução do sistema de saúde que temos hoje. Marcou uma geração de médicos, muitos dos quais dirigem actualmente os serviços de saúde do país.

ENTREVISTADO 2

Dia 1 de Setembro às 9:56

Entrevistado: Sr. Carlos Góis

Na sua casa, na Vidigueira

Idade: 73 anos

Profissão: Empregado bancário

e(ntrevistador): O motivo pelo qual o estou a entrevistar é porque foi Presidente de uma Câmara Municipal, durante o período em que se realizou o Serviço Médico na Periferia (SMP). Gostaria de saber quando começou e quando cessou funções como Presidente da Câmara.

E(ntrevistado): Iniciei no dia 17 de Maio de 1974 e terminei no dia 2 de Janeiro de 2002 (0:01:04)

e.: Recorda-se em que circunstância ficou à frente da Câmara? **E.:** Eu estava no banco, telefonaram-me a convidar-me para vir para a Comissão Administrativa da Câmara e eu vim, aceitei. **e.:** é capaz de descrever o município, como era composto...**E.:** Tinha 4 freguesias que se mantêm: Vidigueira, Selmes, Pedrógão e Vila de Frades, 6 povoações, porque há mais dois lugares que são Alcaria da Serra e Marmelar.

e.: Recorda-se da população que habitava no município nessa altura? **E.:** Nessa altura, salvo erro, 7 141.

e.: Actividades económicas predominantes na altura? **E.:** Eram predominantemente agrícolas, mas também havia, e há, alguma indústria transformadora de produtos agrícolas, o caso do vinho, das cooperativas de vinho e azeite. **e.:** E a nível de acessos? **E.:** Os acessos eram bons, foram sempre, porque está no eixo norte-sul, entre Évora e Beja, de modo que está mesmo ao meio. (00:02:27) **e.:** Quais eram os serviços de saúde de existiam? (00:02:32) **E.:** Havia médicos, salvo erro nessa altura 4 médicos, que faziam a cobertura do concelho. **e.:** Mas eram médicos residentes? **E.:** Eram médicos residentes. As pessoas vinham à Vidigueira e recebiam alguma assistência nos postos médicos. Eram casas de aluguer onde os médicos e o serviço de enfermagem iam.**e.:** e Hospital havia? **E.:** Havia um hospital, era mais um centro de saúde do que um hospital. **e.:** Mas tinha internamento? **E.:** Tinha internamento, chegou uma altura que tinha 44 camas. **e.:** Portanto nesta altura estamos a falar da época em que tomou posse das suas funções, em 74? **E.:** na altura em que tomei posse, sim. **e.:** E como contactou com o serviço médico na periferia? **E.:** Esses médicos foram à Câmara, para pedir algum apoio porque tinham muitas carências. Levavam uma proposta que a Câmara aceitou, porque nos pareceu que iria resolver muitos problemas da população do concelho. **e.:** quero certificar-me que foram os médicos que foram ter consigo, não foram as administrações de saúde que fizeram algum pedido? **E.:** Não, não, foram os médicos **e.:** Estamos a falar daqueles 4 médicos que falou à pouco? (00:04:20)

E.: Não, estamos a falar dos médicos que vieram, os outros ficaram também. Mas estes que vieram foram à Câmara pedir ajuda porque eles estavam, de facto, interessados em fazer outro tipo de coisas, nomeadamente nas cirurgias, mas para isso precisavam de apoios e de equipamentos que não tinham. A Câmara disponibilizou-se para ajudar, eles entregaram uma relação daquilo que queriam, a câmara satisfiz-lhe todos os pedidos que eles fizeram, rigorosamente todos. Até ultrapassamos porque havia uma ambulância velha e a Câmara tomou a iniciativa de comprar mais uma ambulância, compramos mesa operatória, material cirúrgico, compramos uma incubadora para partos imaturos, compramos electrocardiógrafo, montamos RAIIO-X, fizemos isso numa casa que tínhamos, foram feitas as obras necessárias para ser feita a montagem do RAIIO-X e funcionou tudo.

(00:05:39) e.: **E essa casa também foi cedida pela Câmara?** E.: Foi tudo cedido pela Câmara, rigorosamente tudo. Entretanto chovia no chão dos postos médicos. Tratavam-se de casas arrendadas, há algum tempo, com pagamentos mensais a pessoas, com valores de quarenta, cinquenta escudos. Nesta altura as pessoas não iam fazer obras, porque com o dinheiro das rendas não era suficiente. Entretanto, a Câmara também resolveu esse problema porque criámos e fizemos a cobertura total com postos médicos do Concelho, que são todos da Câmara à excepção do da Vidigueira, esse manteve-se porque funcionou no Hospital que era da Misericórdia.

Aliás o Hospital era da Câmara, mas foi entregue à Misericórdia para exploração, entretanto a Câmara voltou-lhe as costas, a partir de determinada altura, não se interessou mais. Mas isto já na década de 90. A Câmara deixou de ter que ver com aquilo, porque entretanto todo esse trabalho, que eu considero um excelente trabalho, (00:06:41) foi sendo esvaziado pelos sucessivos governos têm havido. O que estou a contar não tem que ver com políticas ou com partido A ou partido B, tem que ver é com o interesse das pessoas em resolver problemas. (00:07:05) Eu costumo dizer, que o país está como está, mas esta Câmara não teve direito, em 28 anos, a um contrato programa. Houve contratos programa, aqui a vizinha Cuba só uma vez num Governo teve 4 milhões e meio, em contratos programa, Portel teve não sei quantos milhões, e nós não tivemos direito. Há uma coisa em que eu tenho algum orgulho, porque quando deixei a Câmara, a Câmara não devia nada a ninguém. Quando a gente vê a desgraça em que o país está, porque tem acabado como coisas boas.

Esse serviço médico, que é para aquilo que pedi a minha opinião, funcionou, foi uma coisa maravilhosa. De facto houve um interesse dos médicos que para aqui vieram, que fizeram um trabalho excepcional, na minha opinião. (00:08:21)

e: Quando eles vieram para cá já me disse que disponibilizou tudo aquilo que eles pediram...E: tudo quanto propuseram e: e a nível de recursos, havia cá outros médicos, como é que eles se articularam? (00:08:20) E: Não houve assim grandes problemas porque os médicos que cá estavam, eram funcionários do Estado, e a maior parte do trabalho que faziam, continuaram a fazer, que era dar consultas. (00:08:48) **e: e portanto os outros tiveram um papel diferente? E:** completamente diferente, até eu cheguei a estar a dormir, e no meio da noite ter que me levantar, e agarrar na ambulância, e ter que levar de urgência um doente para Lisboa. Porque eles me solicitaram: “estamos aqui com um problema e não temos motorista” e eu respondi: “deixem que eu vou”. **e: quantas gerações de médicos do SMP vieram para cá? E:** Não sei, talvez duas. **e: e as equipas eram constituídas por quantos médicos? E:** Talvez 5 ou 6 médicos, já não sou capaz de precisar. **e: E eles ficavam aonde alojados, era a Câmara que arranjava lugar para eles? E:** Alguns estiveram em edifícios da Câmara, por exemplo num bairro, que fica a 200 metros do centro. Mas não só médicos, tivemos outros serviços a funcionar lá, como tivemos no edifício da Escola, que foi demolido, que foi onde se fez a montagem do RAI0-X. **e: Portanto foi um período, pós 25 de Abril, com as suas características, com muitas pessoas a exigirem em prol dos seus direitos? (00:10:08) E:** Exigiam aquilo a que tinham direito, eu incentivava-os a reclamarem. Reclamem aquilo que é um direito vosso. Funcionei sempre assim. Aliás eu, saí da Câmara há 7 anos, continuo a escrever ao Primeiro-ministro e aos diferentes Ministros a dizer-lhes exactamente isso. A resposta que habitualmente tenho é: eu recebi a sua carta de dia *tal*. E quando não me respondem, escrevo e insisto relembrando que o código do procedimento administrativo obriga a que a Administração Pública responda, e aí eles acusam a recepção das cartas.

e: Voltando aos tempos do SMP, recorda-se se havia enfermeiros por aqui? (00: 11:07) E: Havia, havia enfermeiros. Havia alguns enfermeiros e alguns auxiliares de enfermagem, que entretanto foram integrados. Houve de facto grande interesse das pessoas e quando as coisas são assim, funcionam. Eu como responsável do Concelho, quando os médicos me solicitavam alguma coisa, a Câmara disponibilizava, aliás um desses médicos, continua a ser meu médico, está em Lisboa. Está em Lisboa e eu vou lá às vezes tratar dos meus dentes, ficamos com uma certa relação. Havia ainda outros grupos de médicos, noutras zonas, mas perto. **e:**

Consegue descrever-me como é que a população recebeu os médicos? E: Foi com alegria e isso era uma reacção natural. As pessoas viam um enfermeiro quando o rei fazia anos, a partir dessa altura foi feita uma programação e quase todos os dias havia médicos e enfermeiros a fazerem serviço. E os médicos iam aos lugares mais distantes. E quando não tinham transportes a Câmara disponibilizava os transportes, para os médicos se deslocarem. Correu sempre bem. **e. Quais foram os efeitos imediatos com a chegada dos médicos? (00:12:57)**

E: Do que me recordo, e acho que foi uma das coisas mais importante foi que eles começaram a fazer pequenas cirurgias, a extracção de um quisto e pequenas coisas desse tipo, porque a Câmara comprou o equipamento que eles haviam solicitado. Recordo-me que o equipamento foi muito mais caro do que inicialmente tinha sido programado, por exemplo para fazerem essas cirurgias eles tinham que estar ligados a determinado tipo de equipamento, e a Câmara teve que comprar esse equipamento também. No entanto, à medida que os anos foram passando a Câmara foi sendo espoliada desse equipamento, que era do Concelho, da população do Concelho.

Muita da obra que está feita, por exemplo as piscinas, que foi uma obra grande, o concelho não recebeu um tostão do Estado. Levou-se 10 anos a fazer aquilo, eles fecharam-nos a porta sistematicamente a todos os pedidos. Se calhar não gostavam de mim, naturalmente por eu ser polémico. A única consolação que eu tirei de tudo foi realizar a obra realizada, que é grande, muito grande.

Em termos de saúde desde 1983 que este concelho, todo o concelho, tem aquilo que Lisboa não tem que é, tratamento de esgoto. (00:14:40) Terminámos o tratamento de esgoto em 1983. Há 25 anos que este concelho tem tratamento de esgoto. (00:10:48) Por exemplo, o tratamento de esgoto utilizado foi a primeira estação de tratamento por lagonagem, tratamento por fotossíntese, terminado em 1983.

e: O Senhor quando começou o seu papel, quer dizer quando começou a aperceber-se do que tinha que fazer... E: Não havia água, excepto duas vilas, meteram-se redes de água em todas as terras, meteram-se redes de esgoto, puseram-se tratamento de esgotos. Eu divirto-me a pensar que há grandes cidades e grandes concelhos neste país que continuam sem tratamento de esgotos, porque os políticos não estão lá para resolver os problemas das populações. Eu andei cerca de 20 anos, a tratar desta questão. E isto também tem que ver com saúde.(00:15:55)

Havia grandes problemas com a água, quase que furei o conselho todo à procura de água, acabamos a obra trazendo a água da barragem de Alvito para aqui. Mas pelas minhas contas temos vários quilómetros de condutas adutoras, em terras mais domiciliarias todas as casas têm água e redes de esgoto e tratamentos de esgoto. Foram feitos quase 500 quilómetros de valas, sem apoios.

e: E em relação a outras campanhas, por exemplo programas de vacinação, outros programas...E: Tudo quanto pediram, inclusive fornecimento de gasóleo para viaturas, pagamento de vacinas, estivemos sempre disponíveis.

e: Como é que a Câmara se articulava com outros serviços de saúde? Os médicos estavam aqui, a Câmara teve que intervir com outras Direcções... (00:27:47) E: A Câmara não lhes pediu nada, sabíamos que normalmente isso não funcionava. Embora as relações fossem boas com a Administração Regional de Saúde e os serviços de saúde. Eram excelentes com o Hospital de Beja porque o Hospital de Beja teve ali uma grande equipa de médicos, na mesma altura. Alguns deles foram para Lisboa, outros foram e regressaram e alguns ocupam lugares na Câmara. No hospital de Beja havia ali uma equipa de médicos com quem a gente contava. Bastava telefonar ou falar que os apoios iam e vinham, e parece-me que correu sempre tudo bem, uma

maravilha de facto. (00:28:52) **e: Na sua opinião quando este serviço acabou, sentiram-se diferenças aqui na autarquia?** E: Naturalmente, as pessoas estavam habituadas. Todos estávamos empenhados em ajudar as pessoas, médicos e autarquia, as coisas funcionavam lindamente, mas aos poucos tudo começou a ser esvaziado. Foi tão esvaziado que acabou assim: o material do Raio X foi todo desbaratado, a mesa operatória foi para o Hospital de Beja, a incubadora e o electrocardiógrafo foram todos para o Hospital de Moura. E o resto desapareceu. Pura e simplesmente desapareceu, foram levando, levando, e desapareceu tudo, todo o material cirúrgico, tudo quanto foi adquirido desapareceu.

e: também os médicos deixaram de vir (00:29:44) E: pois essa foi a primeira a razão

e: gostaria de saber se se recorda de algum episódio que o tivesse marcado, relativo ao SMP, que se tivesse passado consigo...E: houve um episódio em que tive que intervir, mas que aconteceu com um médico que estava em Cuba, por razões partidárias, quis vir até aqui fazer uma sessão. Eram os médicos de Cuba que vieram para aqui, não foram os de cá. Soube-se que ia haver essa sessão, e eu também fui, quis ir ver o que se passava. Ainda bem que fui porque senão o tenho tirado das mãos da população, ele tinha ficado mal. Fui eu que me meti naquilo, ainda bem que lá fui, porque era grave, porque a população quis linchá-lo, eu meti-me naquilo e consegui travar aquilo porque foi de facto uma tragédia. Estes médicos queriam intrometer-se porque estavam a sentir que uma dinâmica completamente diferente, aliás houve sempre uma dinâmica nas coisas todas. (00:32:00)

e: Naquele tempo havia a participação da população? (00:36:28) E: Sim. Por exemplo aqui num local onde fizemos a rede águas e a rede de esgotos, foram as próprias pessoas que fizeram os ramais, elas é que abriram as valas para os ramais domiciliários, toda a gente se empenhou e foi assim que se conseguiu. **e: houve outras instituições que também se preocuparam e que também poderiam ter ajudado... (00:37:03)** E: Estava tudo afastado. A Misericórdia não tinha dinheiro para se meter nisso, eles também precisavam da ajuda da Câmara. Quando se tratava de resolver os problemas das pessoas, a Câmara esteve sempre disponível, mas atenção era obrigatório dizer qual é a finalidade do dinheiro. Porque o dinheiro não é meu, era da população, temos que prestar contas. (00:38:09) **e: consegue dizer-me se considera o serviço médico à periferia uma experiência de desenvolvimento local? (00:38:43)**

E: Foi uma maravilha. (00:48:30) Essas e outras experiências desse tempo. Foi um tempo muito rico. Toda a gente se envolvia e trabalhava de vontade, chegávamos a andar a fazer montagens às 2, 3 e 4 da manhã nas estações de tratamento, para resolver o problema da água, foi um trabalho que foi uma maravilha.

e: Acha que o Serviço Médico na Periferia deveria voltar, deveria ser retomada esta medida? (00:48:58) E: Era bom, se fosse possível, naturalmente os tempos mudaram, teria que ser noutros moldes. Nessa época nem faz ideia do que aquilo era. Os médicos estavam sempre disponíveis, a qualquer hora do dia, alinhavam em tudo, ajudavam, disponíveis para ajudar em alguma que fizesse falta. (00:49:22) Para dar opiniões, a gente consultava-os. Eu já não me lembro, mas foram tantas as coisas que foram feitas com a ajuda dessa gente, que foi uma maravilha. (00:49:34) Foi muito bom, muito bom.

ENTREVISTADO 3

Local da entrevista: Direcção Geral da Saúde

Hora de Início: 09:00

Hora de término: 09:41

Nome: **Francisco George**

Sexo: **Masculino**

Idade: **60 anos**

Profissão: Médico

Naturalidade/Nacionalidade: **Lisboa**

Localidade de residência: **Lisboa**

Qual foi o ano em que realizou Serviço Médico na Periferia (SMP)? (00:00:17) Foi o primeiro ano. **Portanto foi no ano de 1975?** Exactamente. **Foi colocado em que local?** (00:00:20) Em Odemira.

Recorda-se como se processou a colocação? (00:00:27) A minha colocação resultou de uma opção pessoal perante uma lista que me foi apresentada quando acabei o serviço militar e na Direcção-Geral dos Hospitais que tinha a responsabilidade de coordenar todas questões relacionadas com o Serviço Médico à Periferia foi-me dada para escolha, uma lista de vagas. Perante as hipóteses e sobretudo também em função dos meus colegas que estavam já colocados naquele concelho fiz essa opção. Odemira foi a minha escolha imediata quando me foi apresentada essa lista. Nasci em Lisboa, vivi em Lisboa, estudei em Lisboa e foi a minha primeira experiência em meio rural, experiência que me marcou para sempre.

Esse grupo que mencionou que era constituído por colegas? Era constituído por quantas pessoas? (00:02:25) Éramos muitos. Ao todo 13. Eram 13 pessoas que viviam na mesma casa em Odemira. Quando cheguei pela primeira vez a Odemira perguntei ao Fernando Vasco da Silva Marques como é que eram as questões de alojamento da equipa e ele disse-me que tinham um andar numa das ruas principais de Odemira e que era um andar grande e que todos, absolutamente todos, estavam no mesmo fogo, na mesma habitação, que era enfim pequena para todos, uma vez que éramos muitos. E ainda por cima o Fernando Vasco estava com a mulher que também era médica, a Beatriz Lamas, que tinha uma criança. Portant, alguns de nós tinham família e ainda por cima com crianças, eram situações que dificultavam sobretudo a organização, especialmente nas horas da manhã. Por exemplo em termos de higiene e de

casas de banho disponíveis estas não eram suficientes para tantos, e por isso eu, uma vez que fui colocado como médico numa freguesia que tinha uma pousada, fiz um contrato com a pousada. A minha higiene individual era tratada na Pousada de Santa Clara.

É capaz de me descrever quando contactou com Odemira, o que é encontrou? (00:04:44)

Encontrei a vila de Odemira e o concelho com uma realidade próxima daquela que eu tinha imaginado, se bem que nunca tivesse vivido, em termos de vida do dia-a-dia, em zona rural. Mas, devo-lhe dizer que isso foi de tal maneira importante para mim, representou uma atracção tão forte, a saída da cidade e a realidade rural do País, bem entendido, que me motivou para sempre e que me levou a decidir continuar depois de terminar o SMP. Continuei a trabalhar em zonas do Baixo Alentejo, como aconteceu. (00:06:04) Quando acabou o SMP regresssei a Lisboa, retomei a minha carreira no Hospital de Santa Marta, comecei o internato da especialidade de medicina interna, mas poucos meses depois pedi ao então Director-Geral da Saúde, que era o Prof. Arnaldo Sampaio, para mudar de carreira e comecei a trabalhar como Delegado de Saúde num dos Concelhos do mesmo distrito, neste caso na Vila de Cuba. No Concelho de Cuba, muito perto de Beja. **Foi a experiência que o marcou assim tanto?** (00:07:10) Não é a experiência foi a atracção, e sobretudo, o interesse que tive em estudar os problemas relacionados a ruralidade, como as zoonoses profissionais, por exemplo e isso foi determinante para mim, digamos que foi como uma descoberta.

Portanto as expectativas que tinha imaginado, quando saiu de Lisboa, não sei se tinha imaginado algum quadro daquilo que ia encontrar... (00:07:38) Não, o quadro foi muito próximo daquilo que eu imaginava só que nunca o tinha vivido por dentro.

E como é que as populações o receberam? (00:07:47) As populações receberam sempre os médicos de uma forma muito calorosa, foram sempre muito receptivas. Eu fazia consultas nas casas do povo de Santa Clara e Sabóia que eram duas sedes de freguesia muito próximas, de certa forma até rivais, uma e outra, uma com habitantes mais ricos outra com mais pobreza, mas se bem que muito próximas, poucos quilómetros, menos de dez quilómetros separavam estas duas aldeias, mas quer numa quer noutra fui bem recebido. Nas casas do povo onde eu fazia essas consultas na altura com uma grande vocação ainda de médico de clínica geral, na base da relação de médico doente, eram os doentes que vinham às consultas. Não tenho dúvida nenhuma em dizer que esse acolhimento era fácil, era um processo, diria até para nós

muito gratificante, que estávamos a ser úteis até num processo em que estávamos a ter mais respostas que alguns serviços. Naquela altura estávamos a falar de serviços médico sociais, na medida em que ainda não tínhamos o serviço nacional de saúde, eram serviços que dependiam da federação da caixa de previdência, ou neste caso concreto das casas do povo em esquemas que já não existem que foram, digamos, absorvidos pela nova realidade do SNS construído mais tarde, há 30 anos. Mas a verdade é que o SMP coincidiu com o período ainda de instalação da primeira geração de centros de saúde. (00:10:30) Há aqui uma coincidência temporal, estávamos em plena fase de instalação de centros de saúde. Em Odemira, o Centro de Saúde, portanto ligado verdadeiramente ao Ministério da Saúde através da Direcção Geral da Saúde, tinha sido instalado e estava afastado, ainda muito distante dos postos dos serviços médico sociais das casas do povo. Por outro lado, também próximo, menos de 100 metros de uma pequena estrutura hospitalar que existia ligada à Misericórdia. Aí, nós, médicos, fazíamos também consultas e internávamos os doentes que precisavam de estar em observação. Guardo na minha memória situações de gravidade, sobretudo em crianças, que na altura ainda tinham doenças que precisavam de cuidados médicos mais intensos, e isso foi, diria, uma grande melhoria para a população que passou a dispor, de um momento para o outro, de mais treze médicos que prestavam cuidados gratuitos. Passou a ter mais treze, sublinho. Foi uma grande melhoria, foi um passo em frente decisivo. (00:12:38)

E como é que foram utilizados os recursos que foram disponibilizados, não só de enfermeiros, administrativos, instalações, como é que foi feito? (00:12:51) Devo dizer-lhe que não conheço bem esse processo, porque como não estive de início, não assisti à instalação da equipa, cheguei logo a seguir, não sei bem como as coisas se processaram, o Fernando Vasco ou a Judite Abreu, ou a Maria João saberão.

Lembra-se quando começou a contactar com as pessoas se encontrou diferentes interpretações sobre o que é que era a saúde e o que é que era a doença, se tinham hábitos ou costumes ou crenças que podiam influenciar os comportamentos das próprias populações em relação aos tratamentos médicos? (00:14:31) Não, repare as pessoas tinham um grande sentimento de liberdade uma vez que poucos meses antes tinha havido a grande libertação em Abril e ainda se sentia essa explosão de alegria. Estávamos em pleno período de reforma agrária, de ocupação de terras, de organização de cooperativas e de reuniões sucessivas de organização das populações antes mesmo das primeiras eleições para as

autarquias locais, e, portanto, havia ali um processo muito vivo de organização, diria, de base, a um nível muito periférico. As populações organizavam-se no sentido de mudarem e melhorarem as condições de vida. Tinham esse direito. Também fui fazer consultas a Vila Nova de Mil Fontes numa altura em que era uma pequeníssima localidade muito típica e que não é nada do que se vê hoje, a ponto de eu me interrogar como foi possível mudar uma localidade tão pitoresca, naquele monte de cimento que hoje existe. Interrogo-me muito sobre como é que é possível que a especulação imobiliária chegue a este ponto. E isto tudo para lhe dizer que me lembro das estruturas, dos habitantes e dos trabalhadores se organizarem em pequenos grupos, em pequenas comissões sempre com a perspectiva de atingirem melhores condições de vida familiar e colectiva.

Se eu pedisse para recuar no tempo e para me descrever o seu dia-a-dia. (00:17:16) O meu dia-a-dia era muito simples. Era começar de manhã a fazer sobretudo consultas, fazia mais trabalho médico de família e menos a condução de programas de saúde pública. A primeira preocupação terá sido responder e tratar das pessoas que se julgavam doentes e procuravam o médico, nós tínhamos na altura, menos carga horária dedicada a programas de saúde, provavelmente porque tínhamos a consciência de que estávamos ali alguns meses com carácter mais transitório e era preciso responder, primeiro a essas questões, mas o trabalho era distribuído, uns ficavam, digamos, de atendimento àquele hospital de Odemira e outros iam para as consultas da periferia de Odemira. O concelho era muito grande e andávamos muitos quilómetros, eram dezenas de quilómetros que se percorriam de automóvel, sem estradas alcatroadas. Por exemplo para irmos a Vila Nova de Mil Fontes não havia ainda a Ponte era preciso sair do concelho de Odemira, entrar noutra e depois ir para Vila Nova de Mil Fontes, lembro-me que algumas vezes a Beatriz usava uma barça, mas em regra a gente fazia muitos quilómetros de carro e almoçava, habitualmente, nos pequenos restaurantes nos centros de freguesia, onde tinham lugar as consultas. Recordo perfeitamente que em Santa Clara havia uma casa de frangos que tinha um frango excelente, como o nome indica, e depois à noite partilhávamos um jantar melhor organizado, sobretudo pelas colegas que estavam na equipa e por vezes depois do jantar íamos assistir a reuniões, umas de organização de carácter mais autárquicas, outras políticas. (00:20:24) Um de nós interessou-se muito pelas questões relacionadas à autarquia local, de tal maneira que depois ficou como presidente da Câmara, foi o Justino Abreu dos Santos (00:20:38) e foi presidente da câmara durante muitos anos,

sempre eleito. Aliás é muito curioso, eu costumava dizer que estava no mesmo quarto que ele e nunca o vi chegar ao quarto para se deitar, porque eu estava sempre a dormir quando ele chegava e só o via quando eu acordava, e ele estava a dormir. Porque ele chegava muito tarde a casa, com todos a dormir. Não me lembro de o ver a entrar no quarto, e depois conversava muito com as pessoas, ele ouvia muito as pessoas e ficava demoradamente a ouvir os relatos dos residentes, dos cidadãos de Odemira, de tal maneira se interessou por essas vivências. Ficou em Odemira para sempre. (00:22:01)

O Dr. considera que a prestação do SMP foi um processo de mudança nos locais, nas populações e nos médicos? Se sim, que mudanças considera como importantes? (00:22:08)

Foram enormes, imensas. Mudou para sempre, sublinho não só em termos da prestação de cuidados como em termos de construção do Serviço Nacional de Saúde e as mudanças que tiveram lugar no princípio dos anos 80 foram inspiradas no SMP. Como lhe disse quando chegamos a Odemira, encontramos o Centro de Saúde muito distante, era onde se faziam as vacinas das crianças, nós mandávamos as crianças e as mães aos cuidados da chamada valência materno-infantil ao Centro de Saúde. Olhe, dizíamos, agora vai ao Centro de Saúde que é ali perto, mas havia uma certa barreira e uma certa distância porque o Centro de Saúde era uma estrutura do Estado que dependia do Ministério da Saúde, enquanto os Serviços Médico-Sociais não, esses estavam na dependência de outro ministério e não tinham relação com a saúde, como se sabe, existia uma tradição de separação dos serviços de saúde e (00:23:43) quando se caminha para a integração, e se cria o SNS esta realidade periférica foi muito considerada. Portanto, houve ali uma experiência riquíssima dos médicos que integravam as equipas nos vários concelhos que foi determinante, por exemplo na definição do que era um centro de saúde de 2ª geração. Fundiu os centros de saúde isolados com as outras estruturas. Foi uma fusão não só física, mas sobretudo, juntou a missão do centro de saúde muito de carácter preventivo, cuidados materno-infantis, com os cuidados médicos.

Quando fala em carácter preventivo, gostaria de saber se houve um cuidado em “educar” as pessoas para cuidarem da sua saúde/doença? (00:25:05)

Eu estou convencido que esse trabalho foi logo a seguir, uma vez diagnosticada a situação essa preocupação surgiu. Não lhe posso garantir que fosse uma preocupação inicial, estou convencido, que são os primeiros relatórios elaborados no final do SMP que identificaram essas questões. Eu lembro-me de estar com os meus colegas, com uma velha máquina de escrever, a preparar o relatório

final da estadia. **Não ficou com nenhuma cópia?** A Beatriz Lamas é capaz de ter. (00:25:56) Lembro-me que ela é que ficou com o Relatório. Nenhum de nós sabia escrever bem, mas dávamos os primeiros passos, numa máquina antiga, tipo uma Olivetti, senão me engano, emprestada. A verdade é que produzimos o nosso relatório onde, aliás, tivemos a preocupação de medir o desempenho através da produção. E isso foi muito inovador na altura, fazer o trabalho e depois medir aquilo que se fez e mais ainda, procuramos indicadores de impacto como resultado do nosso trabalho, por um lado de produção e por outro lado impacto sem nenhuma formação para isso. Foi, diria para mim, uma primeira descoberta da importância da abordagem epidemiológica.

(00:27:15) Recordar-se quais foram os motivos que estiveram na origem do SMP?

(00:27:19) Como já disse, eu estava a caminho do serviço militar, mas lembro-me de ter participado numa reunião no Hospital de Santa Maria, numa de carácter já mais decisiva com todos os colegas que tinham terminado a licenciatura e que tínhamos acabado a prática clínica, porque nós depois de termos terminado o sexto ano fomos todos fazer um ano de prática clínica e depois iniciamos o internato geral, e estamos em 1975, quando já tínhamos acabado o curso há dois anos. Estávamos, portanto, em pleno internato geral e essa reunião teve lugar no Hospital de Santa Maria e foi decisiva, mas na altura não lhe dei a devida atenção exactamente porque estava na fase de ter que ir para a Força Aérea. (00:28:37) **Então não se lembra bem do que é que terá motivado?** Foi seguramente influenciado pelos movimentos mais ligados à Esquerda no sentido do reconhecimento da importância de satisfazer necessidades, que eram objectivamente identificadas, como a falta de médicos, sobretudo no Interior. (00:29:05) Estávamos num governo presidido por Vasco Gonçalves, naquele período do terceiro e do quarto governo, e mais tarde já com o Pinheiro de Azevedo no 6º Governo, houve uma transição. (00:29:47)

A minha pergunta sobre os motivos de criação é porque sobre um processo de mudança que transformou portanto a situação da saúde em Portugal, se seria possível, porque o serviço foi extinto, repetir esta experiência actualmente? (00:00:23_FranciscoGeorge_2)

Bem actualmente não é propriamente repetir, mas temos que definir a distribuição de médicos no país, não é possível comparar a situação de Portugal em 1974 com a actual. Basta olhar para a evolução dos indicadores de saúde para perceber que o país é outro. Não há nenhuma comparação. Portugal era um país marcadamente atrasado no contexto europeu e hoje se

compararmos o padrão da mortalidade, morbidade, ou dos principais indicadores do país eles já estão perfeitamente a par. Por vezes ultrapassam, os melhores países, mesmo os mais desenvolvidos da Europa. É verdade, temos indicadores, como por exemplo na área materna infantil, que estão em lugares cimeiros, até a nível mundial. Portanto, não é possível hoje comparar situações entre 1974 e 2008. Agora, o que é desejável é encontrar uma forma de redistribuir médicos e também outros especialistas de saúde de forma a assegurar mais equidade. Isso é desejável. (00:01:55)

Esta experiência contribui para a sua formação pessoal e profissional? (00:02:02) Sem dúvida que sim, muito. **Em que aspectos? (00:02:10)** De tal maneira que estava no Hospital de Santa Marta, como lhe disse, na especialidade de medicina interna que comecei, que era aliás dirigido pelo meu Pai, e com uma carreira em Lisboa assegurada até porque já tinha começado a especialidade e decidi regressar ao ambiente rural no Baixo Alentejo, exactamente porque tinha tido um primeiro contacto que me marcou. (00:02:51)

Acha que as reformas que actualmente estão a ser implementadas reflectem alguns daqueles princípios do SMP? (00:03:05) Em termos de princípio sim. **De proximidade e de envolvimento?** Sim, sim, para satisfazer necessidades que são sentidas e que são objectiváveis no primeiro contacto com os cidadãos com o SNS, com o Sistema.

O Dr. Francisco George lembra-se de algum episódio que o tivesse marcado, que os médicos do serviço médico na periferia costumam ter? (00:03:41) Lembro-me de uma criança com seis anos com uma septicemia meningocócica que foi imediatamente diagnosticada pelos sinais de petéquias e enfim pelo seu quadro clínico e lembro-me de ter pensado na importância em se ter assegurado cuidados médicos imediatos e os cuidados que foram tidos no transporte desta criança para Lisboa, devidamente e bem medicada, e depois de termos tido sempre o cuidado de seguir, através da família, a evolução da (00:05:10) doença desta criança que felizmente evoluiu bem, ao contrário do que muitas vezes acontece, mas esta relação de médico com uma família, com uma criança que estava doente e depois a evolução da doença, a nossa preocupação em ter acompanhado essa evolução, através dos contactos com a família, foi para mim um sinal que chamou à atenção para a importância de fazermos saúde centrada na família. (00:06:00) Este é um dos aspectos que ainda não tínhamos ligado, na altura, uma vez que a nossa experiência era unicamente hospitalar, e é

muito importante perceber isso. Porque saindo do Hospital de Santa Maria para outros hospitais e não tínhamos passado para fora dos hospitais. Olhe, é a mesma coisa que um condutor aprender só a conduzir em auto-estradas e depois vê-se confrontado com outra realidade e portanto aí a descoberta da importância da saúde centrada na família é muito evidente e é, digamos, um fenómeno progressivo, há ali uma observação inesquecível (00:07:00). Eu prefiro sempre usar a expressão de saúde familiar em lugar de cuidados primários, aliás, quando foi para elaboração do Programa deste Governo, lembro-me perfeitamente de ter sugerido a substituição. Prefiro sempre privilegiar esta expressão da saúde familiar e guardo na minha memória, com muita nitidez, a expressão da criança e da mãe que chegaram no dia que eu estava de serviço ao atendimento urgente no Hospital de Odemira. (00:07:45)

Considera que o fim do Serviço Médico na Periferia coincidiu temporalmente com a criação da Carreira Médica de Clínica Geral, acha que pode estar relacionada uma coisa com outra? (00:08:03) Talvez.

Há alguma questão que gostasse de colocar? (00:08:19) Há aqui um aspecto que acho interessante focar. Bem, todas as experiências são diferentes, as equipas tiveram experiências todas muito particulares, num ou noutra concelho. Os nossos colegas dos concelhos limítrofes de Odemira terão tido experiências diferentes, se bem que haja ali sempre um tronco comum que nunca pode ser ignorado. Naturalmente que há uma dinâmica ligada aos relacionamentos pessoais dos membros que integram a equipa, a amizade que os liga, por exemplo. São esses aspectos mais de carácter interpessoal, de relações humanas, de companheirismo, os compromissos que provavelmente já existiriam antes que, também, são relevantes. Em todas as equipas há experiências diferentes, mas estou seguro de que a identificação da necessidade de se trabalhar com todos os recursos é um dado comum, por exemplo a ligação que passamos a ter aos representantes das estruturas autárquicas, a nível de freguesia, das casas de povo, a nível das misericórdias, aos bombeiros. A nossa ligação ao bombeiro, ao condutor da famosa ambulância dos bombeiros de Odemira onde muitas crianças nasceram devido exactamente às distâncias, a nossa ligação ao corpo dos bombeiros e aliás a alguns deles, como cidadãos, ficou marcada para sempre. Há aqui um conjunto inovador de novas experiências e de juntar recursos que em ambiente hospitalar, em Santa Maria, por exemplo, nunca tinham sido identificados e nos hospitais onde tínhamos iniciado as especialidades também não. Todos

nós estávamos em internatos de especialidade e portanto, todos os meus colegas que acabaram a formação académica iniciaram especialidades com grandes facilidades, sem qualquer tipo de barreiras e há portanto aqui um dado novo. (00:11:49) **Uma democracia participativa em que várias partes da sociedade interagem?** A caminho de, não propriamente nesse conceito, mas vai a caminho de um processo de maior participação e de maior igualdade. O simples facto de um aperto de mão a um qualquer cidadão por parte de um médico já foi, para muitos, um dado novo. *E é uma vitória do pós 25 de Abril?* (00:12:19) É o caminho da evolução do país, era um país muito atrasado e a prova disso é que apesar de todas estas lamúrias o país avançou muito. (00:12:34) *Alguns médicos que eu já entrevistei acharam que uma das grandes conquistas do pós 25 de Abril foi o serviço médico na periferia, ou um dos grandes acontecimentos.* (00:12:42) Eu não diria isso, diria que há ali um processo natural. Uma das primeiras iniciativas do Movimento das Forças Armadas foi também essa, eles próprios estavam a fazer campanhas de carácter educativo nas zonas mais isoladas do país e portanto este movimento do SMP decalca muito daquilo que se terá passado nessas campanhas do MFA. (00:13:10) *E é também integrado nessas campanhas todas e é uma vitória, eu penso como muitos autores referem, é mais a do poder local, porque aí preocuparam-se muito com a proximidade* (00:13:21) Exactamente, esse é um aspecto que ficou para sempre. Essa é uma marca essencial traduzida pela importância do respeito das estruturas periféricas a nível local. Em termos genéricos é isso que está a dizer. (00:14:03)

Data da entrevista: 17 de Junho de 2008

Local da entrevista: Provedoria da Casa Pia de Lisboa – Restelo

Hora de Início: 10:36

Hora de término: 11:36

Nome: Álvaro Andrade de Carvalho

Sexo: Masculino

Idade: 59 anos

Profissão: Médico Psiquiatra

Naturalidade/Nacionalidade: Portuguesa

Localidade de residência: Lisboa

(00:00:07) O objectivo desta conversa é recolher histórias de vida parciais sobre o Serviço Médico à Periferia (SMP) (00:00:15) NA periferia, porque, em primeiro lugar, era o nome formal e, em segundo lugar, era aquilo que se pretendia, que as pessoas estivessem na periferia e não fossem apenas à periferia. Houve alguns grupos, logo no primeiro ano, que iam à periferia, mas não mudavam de residência, e portanto iam lá, desenvolviam algum trabalho clínico, mas não se integravam na vida comunitária.

Qual foi o ano em que realizou o SMP? (00:01:05) Foi o primeiro. Foi entre Julho de 1975 e, salvo erro, Março de 1976.

E em que circunstâncias é que contactou com o SMP? Como é que tudo aconteceu? (00:01:15) O primeiro contacto não sei se foi através da comunicação social, ou se foi através de alguma informação da Direcção Geral dos Hospitais. Foi fundamentalmente uma decisão governamental sediada na Direcção Geral dos Hospitais, que era a estrutura orgânica que geria o internato hospitalar em que o SMP foi integrado. O responsável era o Dr. Céu Coutinho, que tinha ligações com o Partido Comunista, um neurocirurgião muito conhecido e competente, juntamente com o Dr. Falcato Simões, que era o Inspector Superior daquela Direcção Geral, e que não sei se tinha ido para a União Soviética antes de ser médico, ou se se tinha licenciado lá. Era um sobredotado que sabia 6 ou 8 línguas, e fazia traduções para algumas editoras, nomeadamente de línguas eslavas. A decisão foi nitidamente política, penso que muito influenciada pelo Partido Comunista que integrava o Governo Provisório, que no contexto do pós 25 de Abril achou que esta era uma forma de assegurar uma melhoria das condições de saúde às populações periféricas, para além de introduzir um compasso de espera no processo de integração nos internatos complementares uma vez que com o 25 de Abril e o consequente o final da Guerra Colonial se verificava uma paragem na progressão nas carreiras médicas, hospitalares e de saúde pública. (00:03:20) Eu era, não consigo recordar a correcta terminologia, julgo que o Delegado

da Comissão de Curso dos Alunos da Faculdade de Medicina de Lisboa. Foi por pressão dos cursos médicos que aguardavam o concurso de ingresso no grau seguinte das carreiras, que os delegados das três Faculdades de Medicina, de Lisboa, de Coimbra e do Porto, que foi imposta à tutela uma regulamentação mínima antes de termos iniciado o SMP.

Estas preocupações atrasaram o início do referido serviço porque havia muitos colegas com receios, que nós, por sermos os primeiros, nunca mais fossemos substituídos, e que ficássemos com a nossa carreira médica comprometida. (00:04:33) Até ao 25 de Abril a guerra colonial era um “papão”, agravado nos anos anteriores com a utilização de mísseis pelas forças guerrilheiras. Depois para uns apareceu “este papão”, que para outros se tratou de uma iniciativa à partida interessante, sobretudo para os de nós que tinham mais ligação com a periferia do país ou que por opção ideológica consideravam a medida positiva.

Na discussão que impusemos à Direcção Geral dos Hospitais, a estrutura que tinha a gestão dos hospitais e dos internatos, agregou-se entretanto as comissões do curso mais novo que o nosso. Muito pela expectativa de indo à guerra os médicos não correrem tanto risco como outros milicianos, o meu curso foi o primeiro gigante em Lisboa, tanto que pela primeira vez, no 1º ano da Faculdade, tínhamos preenchido e ultrapassado a lotação da aula magna do Hospital de Santa Maria e já com um número significativo de mulheres.

Na discussão das condições de ida para a periferia fomos impondo um regulamento, as garantias de qualidade na carreira, as condições remuneratórias, a duração do SMP, um ano, a criação de um novo grau na carreira médica, que então não era só hospitalar, mas também de Saúde Pública, uma vez que a de Clínica Geral só foi criada mais tarde. Em conclusão, todos os jovens médicos passaram a ser obrigados a realizar o SMP com condições definidas à partida.

Como já referi partimos, salvo erro, em Junho ou Julho de 1975. Na época o curso eram seis anos e um ano de estágio, a que se seguiam, para quem pretendia concorrer aos Internatos Médicos, 14 meses de internato policlínico. No estágio já éramos remunerados, mas ainda não éramos médicos com autonomia total, pois não tínhamos capacidade de passar receitas. Estes 14 meses eram, digamos, o passo antes do exame de ingresso nos internatos das especialidades que, como antes referi, eram dois: hospitalares e de saúde pública. (00:07:36). Tínhamos terminado o internato policlínico em Fevereiro de 75 e como iniciamos o SMP em Julho, para nós acabou por ser amputado para não nos atrasarmos mais na formação – não chegamos a fazer um ano pois, salvo erro saímos em finais de Março ou Abril, não me recordo, de 1976. De seguida fizemos o concurso para ingresso no internato da especialidade – tivemos um ou dois meses para a preparação das provas escritas de medicina interna

para o dito ingresso no grau seguinte do internato, que iniciamos, salvo erro, a 1 de Setembro desse mesmo ano. (00:08:28)

Mencionou que um dos motivos de criação do SMP foi melhorar os cuidados de saúde?

(00:08:37) Penso que era o motivo principal a assistência médica ambulatoria era significativamente deficiente, baseava-se nos hospitais das Misericórdias e nos postos médicos da Segurança Social – as célebres “Caixas de Previdência”, em que os médicos eram mal remunerados e para sobreviverem saltavam de posto para posto, onde faziam contratos de duas horas mas quase nunca sem ultrapassarem as áreas suburbanas de Lisboa, Porto e Coimbra. Com a Revolução e a democracia a melhoria da assistência médica era uma das bandeiras mais desejada e propagandeada pelos partidos políticos. **Mas havia outros?** (00:00:38) Admito que também tivesse tido alguma importância, como já disse, os impasses que se verificavam com o ingresso nas carreiras médicas, os adiamentos nos concursos de progressão. Eram dois cursos, pelo menos, pendentes nos hospitais e terá sido uma forma potencialmente útil de ocupar os jovens médicos que já começavam a saturar os hospitais, uma vez que, para os homens, tinha deixado de existir a mobilização militar. (00:09:18)

Salientou a importância que os alunos tiveram no processo do SMP, por criarem regras inclusive para a colocação, neste sentido consegue descrever como era feita a colocação?

(00:09:31) No meu ano a colocação foi feita por nós, conseguimos impor isso à Direcção Geral dos Hospitais. Foram as comissões de curso que propuseram o esquema de organização. Como na altura ainda não havia internet, não havia telemóveis e os telefones fixos não eram de fácil acesso, constituímos equipas por Zona Hospitalar (Norte, Centro e Sul) que através de um trabalho hercúleo, mas interessante, tentaram clarificar e definir quais eram as áreas mais carenciadas. É que rapidamente percebemos que existia uma falta de elementos objectivos impressionante, que aliás se manteve – na época não se falava de epidemiologia que é uma área ainda muito carenciada em Portugal

Na Direcção Geral da Saúde esta acabou por ser a primeira experiência, é importante dizer isto, de gestão integrada de intervenção em saúde. Porque pela primeira vez conseguimos juntar a Direcção Geral dos Hospitais que tinha a tutela dos internatos e dos hospitais públicos; a Direcção Geral de Saúde que tinha a gestão dos Centros de Saúde enquanto estruturas de Saúde Pública, não do que depois se designaram “cuidados primários”, e que teve como sua representante uma profissional arejada, coordenadora da Saúde Escolar, a Prof. ^a Fernanda Navarro; depois os Serviços Médico ou Sociais das Caixas de Previdência Na altura ainda não havia cuidados de saúde primários, e as consultas de clínica geral da rede pública eram asseguradas pelas Caixas de Previdência e Casas do Povo, nos seus postos médicos, geridos pela Federação das Caixas da Previdência. Eram pois três entidades – a Direcção Geral da Saúde e a Direcção dos Hospitais, que tinham alguns contactos via

Ministério da Saúde, mas que de facto eram entidades que andavam de costas viradas uma contra a outra, e, noutra universo, dependendo do antigo Ministério do Trabalho e das Corporações, a Federação das Caixas de Previdência, que inevitavelmente tinha muito pouco que ver com a parte da saúde, desconhecendo conceitos mínimos como medicina preventiva, educação para a saúde, Alma-Ata, etc.. Foram estas “eminências pardas” que conseguimos reunir e, com muito esforço, a trabalharem em conjunto para o bem da população. Para além de alguma perspectiva política havia o desejo de intervir na mudança da qualidade de vida das pessoas. É que alguns de nós tinham vindo, como era o meu caso, de fora de Lisboa, como muitos dos colegas de Coimbra e do Porto também eram de fora das sedes das faculdades e portanto conhecíamos a realidade das condições de vida reais da população. A solidariedade, a intenção de que todos tivéssemos idênticas condições de vida e de trabalho e o ambiente que se vivia à época, muito participativo, muito transparente, muito democrático, levou-nos a procurar identificar os locais que fossem mais carenciados de médicos e de serviços de saúde, que impusemos às citadas entidades. Elaborámos um mapa com vagas em que primeiro, salvo erro, entraram as pessoas que já tinham equipas constituídas; acho que não foi por médias. (00:12:41) Eu sei que no meu caso foi uma situação particular, em Lisboa – fiquei na equipa que teve “as sobras do curso”, por ser o Delegado de Curso e estar muito envolvido no processo não cuidei de organizar uma equipa. Todo o processo foi muito curioso, inclusive nas reuniões que tínhamos na DGHospitais – teoricamente deviam ser até às 17 horas, porque havia o último comboio para os colegas apanharem para o Porto e para Coimbra; ainda não havia auto-estrada e os automóveis próprios eram uma raridade entre nós. De vez em quando as pessoas do Porto e de Coimbra tinham que ficar a dormir cá, e como também não havia grandes condições económicas, algumas vezes acantonavam-se na sala da minha casa com colchões improvisados e almofadas, ou em casa de outros colegas em Lisboa. Havia jornadas contínuas que depois causavam imensos *frisson* nas pessoas da Direcção Geral dos Hospitais que eram simpáticas mas que tinham uma estrutura muito tradicional de funcionário público – quando muito ficavam até às seis e meia, sete horas. Tinham a sua vida pessoal, eventualmente tinham consultas privadas. Começamos logo a fazer aí uma revolução. (00:13:56) Na Direcção Geral de Saúde (DGS) as pessoas tinham uma atitude muito diferente. Entre nós dizíamos que, comparando com a imagem militar, correspondiam ao Estado Maior ou comparando com as classes sociais, a nobreza da saúde. Eram colegas que tinham regra geral uma perspectiva muito teórica do país, embora com honrosas excepções como a Prof.^a Fernanda Navarro. Só para dar um exemplo que me parece significativo, algum tempo depois vim a perceber que o mapa do país que servia de base ao planeamento, não tinha limites precisos dos concelhos. (00:15:01) Nós fomos vendo isso tudo, e denunciando e portanto as pessoas ficavam muito incomodadas porque discutíamos, procurávamos mudar as coisas e sair de Lisboa, Porto e Coimbra com o mínimo de garantias em relação ao regresso e em relação ao trabalho que iríamos fazer. Houve de facto uns acertos, não me

lembro já em que termos, mas pontuais, e no fim a distribuição foi toda feita de acordo sobretudo com a nossa proposta. (00:15:44)

Foi para? (00:15:44) Eu fui para Mértola (00:15:47) **Com um grupo que pelos vistos eram as “sobras”...(00:15:50)** Eram as sobras, mas constituímos um grupo curioso, até partidariamente. Naquela altura as coisas avaliavam-se muito partidariamente. Recordo-me que um dos colegas era do MRPP, um partido maoísta, mas o colega era filho de um juiz conselheiro, pertencia à alta burguesia do norte e tinha como cunhado uma pessoa muito conhecida e ligada à estrutura directiva do CDS. Esse colega nunca o tinha visto durante o curso, portanto era uma pessoa que passava por lá, mas que nunca se tinha envolvido “nessas coisas das políticas”, como à época se dizia. Um outro colega tinha fundado um partido político trotskista, da IV Internacional, tinha feito uma dissensão em relação à Liga Comunista Internacional (LCI), que resultava da III Internacional, enfim coisas que eu não sabia muito bem. O que é certo é que tinha fundado o MRML, “armas para o povo”, que só existia em Santa Maria pelo que só à volta do Hospital é que se viam inscrições murais. Era constituído por ele, pela mulher que era enfermeira, pelo mecânico dele, pela mulher do mecânico e pelo cunhado ou coisa parecida. Era um colega que eu conhecia e com o qual estabeleci relações de amizade, até hoje, e que não tem nada que ver com essas opções de vida. Depois havia ainda um outro colega que era do Alto Alentejo e membro do Partido Comunista e um tipo curioso, que tinha feito a escolaridade básica (00:17:44), na altura a 4ª classe, já no serviço militar, pois tinha sido pastor; era um pouco mais velho que nós, casado e trabalhador estudante. Não era um indivíduo rígido, com aquela imagem tradicional que se tinha das pessoas do PC – era um tipo tolerante, com certa bonomia, que gostava de conversar, de discutir, e do petisco.

E depois era eu, que era da área do Partido Socialista, embora não comprometido do ponto de vista de filiação. Havia ainda outro colega que era um pouco como eu, mas mais ligado ao MDP, um movimento um pouco satélite do PC. Juntou-se a nós também uma colega, entretanto falecida, que era da UDP, um dos partidos que esteve na origem da formação do actual Bloco de Esquerda juntamente com a LCI. E depois a seguir havia mais duas colegas (Ficheiro I: 00:09:14). (Ficheiro II: 00:00:08) que não tinham filiação partidária. Essas foram das que “passaram por lá”. Mais tarde apareceu um outro colega, por altura de Dezembro, que tinha sido chamado para o serviço militar e que também era do PCP; esse era um pouco mais rígido. Já tinha alguma diferenciação em obstetrícia e tinha intenção de seguir esta especialidade o que nos permitiu ter alguma garantia técnica, digamos assim, para começarmos a fazer partos lá em Mértola. (00:01:06) Eu estou a dizer isto com este detalhe e não é por acaso, é porque de facto a nossa equipa vivia num processo dialéctico constante – havia dissensões e alianças em função de objectivos pessoais ou políticos de cada um. (00:01:28) Por exemplo, como Mértola ficava um bocado longe (demorávamos três horas, ou três horas e tal até Lisboa e pelo menos

uma hora a Beja), combinou-se que a partir de determinado momento garantíamos a presença de um de nós ao fim de semana. Para grande espanto meu, os colegas que tinham posições políticas mais extremadas às páginas tantas tentaram boicotar essa intenção, porque entretanto tinham sido marcadas eleições nacionais e naquele período em que havia uma multidão de partidos políticos eles precisavam do fim-de-semana para fazer trabalho político. Portanto às vezes havia coligações interessantes das pessoas mais moderadas com as pessoas de um ramo mais extremista ou vice-versa, que na semana a seguir se modificavam em função desses interesses. (00:02:33)

E só fizeram mesmo Mértola, não fizeram mais localidades? (00:02:48) Eu comecei por ir à Corte de Pinto, que era uma espécie de aldeia que nunca mais ouvi falar e que tinha um posto de fronteira com Espanha, para lá da Mina de São Domingos. Entretanto estive umas semanas a dar apoio na Mina de São Domingos, há muito encerra, mas acabei por ficar com duas freguesias que ficavam para o lado de Almodôvar, que eram: São Miguel do Pinheiro e São Pedro Sólis. A São Miguel ia todos os dias, a São Pedro de Sólis como ficava mais longe ia, salvo erro, três vezes por semana. (00:03:29) Quando chegamos a Mértola tivemos a oferta de uma casa de uma Herdade, nos arredores, de que nem sequer me lembro do nome, mas alguns dos meus colegas que tinham uma atitude politicamente mais atenta, rapidamente começaram a questionar a nossa presença ali, porque essa casa pertencia a um homem que parecia ter uns negócios pouco claros em Lisboa, ligados à vida nocturna de Lisboa, de cabarés suponho, e que entretanto se soube que tinha ligações pessoais com o Dr. Mário Soares, então Ministro dos Negócios Estrangeiros e Secretário Geral do PS. Os colegas à esquerda acharam que aquilo era uma cedência intolerável, e até “uma tentativa da burguesia para nos tentar seduzir”. Isto porque não pagávamos renda e o caseiro oferecia-nos queijo fresco todos os dias, entre outras coisas. E por causa destas desconfianças passámos para a vila, ao fim de um mês ou dois.

Mas o motivo da vossa mudança não foi para estarem mais perto da população? (00:04:40) Não, mas aquilo também era uma distância curta; não era distante, nem muito demorado e nós depois dessa primeira fase sectorizámo-nos, digamos assim – cada um ficou com uma área geográfica. Uma das maiores dificuldades eram as deslocações. A maioria das estradas daquela zona era macadamizada. As únicas alcatroadas eram as nacionais, no caso a que ligava Beja ao sotavento algarvio. Eu tinha um Mini-Austin e nos dias que ia a São Miguel fazia, salvo erro, quarenta e tais quilómetros, penso que para cada lado; e nos noutros dias sessenta quilómetros porque São Pedro dos Sóis ficava mais distante. As instalações não eram todas de alvenaria – alguns dos postos da Casa do Povo eram umas barraquinhas de madeira sobreposta, sem forro e com telhado de zinco, onde eu pela primeira vez transpirei em bica ao auscultar um doente, a seguir ao almoço entre as duas e meia, três horas, no píncaro do verão alentejano, em 1975, um dos verões mais quentes. Era o que havia.

Mas essa área toda era inicialmente coberta só por um médico? (00:06:22) Não, eram três médicos – o antigo médico da Mina de São Domingos que se tinha fixado em Mértola há uns anos, com o encerramento da Mina, que nos deu um óptimo apoio e a casa de quem íamos com frequência, convivendo inclusive com a família. Havia um outro médico que a mulher era notária, salvo erro, ali em Mértola, e Almodôvar, que não residia lá e era uma pessoa menos inserida comunitariamente, passava por lá. Havia também um outro, já velhote, que tinha uma situação terminal, cancerosa, e que depois acabou por morrer. (...) Não me recordo do total da população residente mas aquilo era uma área extensíssima e com as vias de comunicação não só como já descrevi como, para alguns montes, quase picadas africanas.

Existiam outros recursos também? Administrativas? (00:07:25) Havia o Centro de Saúde e os Postos dos Serviços Médicos das Caixas de Previdência e das Casas do Povo, instituições do pré 25 de Abril, que na altura penso que se designavam de Serviços Médico-sociais. Resulta dessa realidade que ainda hoje as pessoas dizem que são os descontos para a Segurança Social que pagam a Saúde. Administrativos havia nos citados postos, para além dos do Centro de Saúde que, como já referi, tinha intervenção estrita em termos da Saúde Pública – vacinações, confirmação de atestados, vistorias às condições de salubridades das residências, etc.. Quando fala em recursos locais, recordo que havia uma só farmácia para todo o concelho de Mértola (00:08:08). Rapidamente percebemos que as pessoas eram enganadas pelo farmacêutico. Eram iletradas e para irem à farmácia aviar a receita, regra geral, só podiam no dia seguinte, através de uma camioneta que passava de manhã e regressava à tarde, para além do percurso a pé entre a aldeia e o monte. Portanto se a consulta acontecia para além da hora da camioneta as pessoas já não podiam levantar a receita nesse dia. Aparentemente ia cada uma à Vila com a sua receita, pois não possuíam um espírito gregário mínimo, penso eu, não juntando as receitas da aldeia. Às páginas tantas descobrimos que o farmacêutico desviava medicamentos das embalagens – as embalagens não iam inteiras e nós começamos a trazer as receitas e a aviá-las nós. Fazíamos de meros pombos-correios (00:09:17) mas o farmacêutico não gostou. Mas não tinha outro remédio. Ainda por cima nós aumentámos imenso a venda de medicamentos. Lembro-me que na altura houve uma epidemia de gripe, daquelas tramadas, com tosses catarrais, sem expectoração, e com uma população bastante envelhecida, que já tinham outras complicações físicas, pessoas com hérnias que tossiam dias a fio, com febre e etc., que justificavam um ou outro domicílio. Recordo-me que a minha primeira injeção intravenosa foi dada a um doente num Monte, que não me recordo do nome, de noite; o homem estava há dois dias com uma cólica renal, dolorosíssima e felizmente tinha boas veias: Eu já tinha picado uma ou outra pessoa nos estágios hospitalares, sobretudo para tirar sangue para análises, e lá consegui à primeira, com um candeeiro a petróleo como fonte de iluminação, picar a veia do senhor e dar-lhe o anti-espasmódico analgésico, que foi um êxito. As condições eram estas.

Tentámos na altura sensibilizar a Administração Distrital de Saúde (ADS), dirigida por um homem ligado, salvo erro, ao MDP, (havia, na altura, algumas nomeações políticas como é comum nestas circunstâncias), que tinha alguma sensibilidade e com quem tentamos formalizar, por exemplo, a criação de farmácias comunitárias, mas sem êxito. Nós próprios tentamos arranjar até amostras clínicas, pois na altura os laboratórios davam mais. Conseguimos por exemplo, através de uma iniciativa local e uma mais central, ultrapassar as dificuldades de comunicação que havia (00:11:23) com montes ou povos mais pequenos, que tinham que fazer longas deslocações para a consulta. Combinamos com as pessoas que alguns de nós, os que tínhamos mais sensibilidade para estas coisas, que quando houvesse um doente que não se pudesse deslocar deixavam na placa da paragem da camioneta da carreira um lenço pendurado, para não estarem ali ao sol. Recordo-me que uma das vezes, uma sexta-feira, não estava o lenço mas uma senhora a quem eu tinha visto a mãe uns dias antes, uma sexagenária ou para aí (na altura as pessoas sexagenárias tinham um aspecto mais idoso), de pernas arqueadas, uma velhota simpática que me manda parar e a quem pergunto: “Então mas a sua mãe está pior?” “Não, não senhor doutor. Tenho aqui este *lanchinho* para si e para a sua família.” E então o que era o *lanchinho*?! Era uma caixa de sapatos com um queijinho, meia dúzia de ovos, que ela insistia que eram caseiros, não sei se um pãozinho e um paio, o reconhecimento, que me deixou emocionado, de eu ter ido ver a mãe a casa.

Outra coisa que nós conseguimos depois de determinado momento com Beja, que era o nosso Hospital de referência e onde se trabalhava com qualidade, em que vários médicos diferenciados se tinham transferido do Hospital de Santa Maria, (00:12:59) onde os conhecera como Assistentes, como o Dr. Flores que era um óptimo cirurgião, cirurgião cárdio-torácico, o Dr. Brito Lança, de medicina interna, o Dr. Covas de Lima, filho, um Radiologista de 1ª água. Dos restantes recordo o Dr. Apolínio, cirurgião, que depois foi director do hospital, um obstetra e um pediatra dos quais também não me recordo dos nomes, e que eram pessoas com carreira médica. Realço isto porque até 1974 muitos dos hospitais das sedes dos distritos e sobretudo concelhios, eram das Misericórdias não sendo obrigatório terem pessoal das carreiras médicas, socorrendo-se com frequência de médicos locais, (00:13:35) que muitas vezes não eram especialistas nas áreas em que intervínham, e que tinham ficado *experts* para as populações locais, eventualmente na sequência de treinos específicos sobretudo nas especialidades médicas básicas. Dos médicos do Hospital de Beja admirava particularmente o Dr. Cóvas de Lima, filho, um homem encantador, que fora meu assistente de Radiologia, para o que se deslocava todas as semanas a Lisboa; dava umas óptimas aulas, muito simpático, um fumador inveterado. Fora do Hospital Distrital havia um colega um ano mais velho (00:14:20) que trabalhava em Aljustrel, o António Cardoso Ferreira, que actualmente vive na zona da Serra da Estrela, em Gouveia, com a mulher, a Maria José; não tenho a certeza qual deles era o Delegado de Saúde e qual era o director do

Centro de Saúde. Conhecia bem a sua atitude humanista e interveniente na estrutura social, o que permitiu que nós, tal como outras Equipas em SMP, conseguíssemos agilizar os processos burocráticos e alcançar respostas mais rápidas e eficazes na nossa intervenção. Por exemplo, pedíamos um Raio-x, que era feito no Hospital; a pessoa demorava X's dias para o ir fazer, e demorava N' dias para receber o relatório. Com a ajuda do Cardoso Ferreira e do Cóvas de Lima o processo era francamente agilizado. Um dia ou dois por semana o Cardoso Ferreira ia ter com o Cóvas de Lima, à noite ao Hospital, quando ele estava na urgência ou coisa parecida, e ele via os RAIO-X e ditava para o gravador para a secretária dactilografar. Simultaneamente o Cardoso Ferreira tomava uma s notas com os aspectos essenciais que nos ditava por telefone, referenciando se havia uma situação clínica emergente ou se era necessário um esclarecimento clínico adicional. (00:15:35) Os colegas de Odemira tinham lá uma colega, que aliás depois foi para investigação e penso que ainda está em Paris, a Benedita, que tinha uma sensibilidade apurada para os exames de diagnóstico complementares. Descobriram que havia no mercado umas coisas que desconhecíamos, uns kits que hoje já são vulgares, para fazer análises, de custo reduzido, com que se conseguiam fazer glicemias, ureias e não sei mais quê na hora... Lembro-me de um outro caso, talvez no Ribatejo, em que os Colegas descobriram que os leites que na altura eram distribuídos para os bebês, estavam a ocupar a cave da Delegação de Saúde e não eram distribuídos por mero descuido. A situação foi denunciada e resolvida. Havia um empenhamento no confronto com a realidade pura e dura que motivou alguns dos colegas que não tinham grande sensibilidade inicial para a intervenção, a ficaram estupefactos com algumas práticas médicas e os comportamentos de alguns Colegas mais velhos, transformando-se em militantes de uma certa medicina comunitária.

E as populações ficaram felizes? (00:16:54) Claro, as populações depois não nos queriam deixar sair de lá. Não foi, felizmente, apenas com a Equipa de Mértola esse entrosamento com a população, mas exemplificando com outra situação nossa, recordo que, de seguida à nossa saída do tal monte, pouco depois da nossa chegada, surgiu-nos de repente a casa do senhor Prior para alugar, a casa paroquial de Mértola. Era relativamente nova, à entrada de Mértola, num pequena colina sobre o Guadiana e a ponte que permitia ir à Mina de S. Domingos. Parece estranho mas era o único sítio em Mértola que tinha um pomar e vinha! Como nós dizíamos era o único habitante de Mértola que não era alentejano, tendo deitado mão ao que era óbvio – buscar água ao rio. Ali tão perto. De facto os alentejanos tinham, hoje já apresentam mais espírito de iniciativa, uma adaptação muito pouco dinâmica, muito passiva ao ambiente. O senhor Prior, que era do norte, é que tinha tomado a iniciativa de aproveitar o rio do Guadiana, que ali apresentava um caudal impressionante. Aliás era por ali que íamos tomar banho, sobretudo de início, em que não tínhamos condições na tal casa do Monte. E o senhor Prior, que era um homem inteligente, deve ter tido receio com aquelas coisas dos comunistas e dos revolucionários,

que pudessem ocupar a casa paroquial, e para não a perder considerou que alugá-la aos médicos era seguro. Nós fizemos questão de fazer um contrato formal de arrendamento. (00:18:22) Passados uns tempos, porque o hospital era num edifício muito antigo, na subida para o castelo, numa zona íngreme, tomámos uma iniciativa comum ao espírito revolucionário daquele duplamente muito quente final do verão de 75 – acabámos por sugerir às forças vivas da terra, dos partidos de esquerda, uma manifestação popular que, a pretexto já não sei do que, acabou por ocupar a casa paroquial que nós tínhamos arrendado e onde vivíamos, para ali ficar instalado o Hospital Concelhio, enquanto fizemos a transferência dos nossos pertences para o antigo hospital da Misericórdia. Fizemos questão de continuar a pagar a renda ao senhor prior e de formalizar um contrato de arrendamento com a Santa Casa da Misericórdia.

E começaram a organizar a assistência às pessoas ali localizando o ... (00:19:52) Sim, porque é importante ter em linha de conta que algumas das decisões que tomámos podem parecer hoje aventureiras, mas de facto a qualidade das comunicações com Mértola era muito mais deficiente do que é hoje. Para ir de Mértola a Beja, que era o hospital mais perto, demorava-se um tempo infindo, não me recordo bem mas os cerca de 50 quilómetros faziam-se em cerca de uma hora, com estradas com curvas e contra-curvas e um doente grave que ainda por cima se viesse de um dos montes nos confins do concelho, quer junto da fronteira com Espanha, a serra algarvia ou de Almodôvar eram tempos infindos, inclusive com sítios onde a ambulância não chegasse tal como os automóveis. Foi por isso que fomos tentando criar ali algumas infra-estruturas, como foi o caso da obstetrícia, após a chegada do tal colega que tinha terminado o serviço militar perto do fim de 1975, e que tinha alguma diferenciação nessa área clínica, através de uma prática de vários anos na Maternidade Magalhães Coutinho, numa equipa muito famosa (00:21:14), chefiada pela Dra. Idália Correia, onde eu também fiz estágio, e aprendi efectivamente a fazer partos. Naquela época não sabíamos se conseguíamos ingressar na carreira médica hospitalar, e se fossemos mobilizados para a Guerra Colonial o que teríamos de fazer em termos clínicos. Eu, por exemplo, para além dos partos aprendi algumas coisas de cirurgia, especialidade em que não ingressei porque não quis, mas fui estimulado a isso, em particular pelo Dr. Galhordas, um reputado Cirurgião dos HCL, onde realizei o estágio de licenciatura. Na altura já estava interessado na psiquiatria, sobretudo na perspectiva psicoterapêutica, concretamente em grupanálise, e portanto não me deixei, digamos assim, seduzir por esse convites, mas como ajudante, ia ao bloco operatório com frequência, para além da pequena cirurgia na Urgência do H. de S. José. Mas voltando a Mértola, começamos a fazer partos desde que a chegada desse colega nos garantiu, digamos assim, segurança clínica nesse âmbito

E também faziam internamentos? (00:22:23) Fazíamos internamento em situações comuns, quando achávamos que tínhamos condições e com a colaboração de Beja, com quem também tentamos criar o

que agora se designam as “vias verdes”, quando tínhamos dúvidas. Nem sempre tínhamos um feedback satisfatório; sentíamos-nos de facto um pouco marginalizados, porque estávamos no extremo do distrito, logo a cesso e o estilo de vida eram muito diferente de quem estava perto de Beja.

As diferenças eram notórias? (00:23:05) Sim, sim. **E quando estavam com as pessoas tentaram ensinar-lhes como é que elas podiam tomar conta da própria saúde?** (00:23:14) Sim, obviamente. Na altura a medicina preventiva não tinha tanta expressão como foi tendo; também não havia estágios de saúde pública – uns dois ou três anos depois começaram a integrar o internato policlínico, salvo erro. Contudo, aqueles de nós que tinham mais sensibilidade para a saúde das populações, estávamos mais ou menos atentos à vertente preventiva e à importância da intervenção extra-hospitalar. Na altura havia a licenciatura de 6 anos de aproveitamento universitário mas para ter a inscrição na Ordem dos Médicos o estágio hospitalar de 1 ano era obrigatório. Para quem fosse para as carreiras médicas o internato de policlínica era obrigatório, perfazendo no meu tempo 14 meses. Grande parte de nós, como tinha origens na periferia dos grandes centros tinham maior sensibilidade para as questões da saúde pública, para a importância das vacinas e dos boletins das vacinas, saúde escolar e introduzir conceitos de educação para a saúde, (00:24:23). Naquele tempo, por exemplo, era comum sempre que se receitava um antibiótico darem-se umas vitaminas. Um disparate não só económico, mas também terapêutico, pois nalguns casos até podia ser contra indicado. Procurar contrariar esse comportamento não era fácil, sendo frequente sermos considerados “maus médicos” por não receitarmos as vitaminas.

Foi também por estas preocupações que foi difícil sair no fim do período de SMP, mesmo só tendo saído quando o outro grupo lá chegou – tínhamos criado laços, eram pessoas agradáveis, que nos tratavam bem. (00:25:00)

Pois, mas já tinham preparado um caminho para os outros? Sim, sim, o trabalho de base estava feito. **Quando lá chegaram já tinham casa onde ficar e tudo mais?** Sim, sim isso foi tudo transferido (00:25:13) **Mas quando chegou lá o que é que foi um choque, já disse que tinham estradas macadamizadas?** Era, só a estrada de Lisboa para Beja e de Beja para Mértola e para o Algarve é que eram alcatroadas, praticamente.

As condições de então são hoje imagináveis? Suponho que é difícil mas se calhar ainda há zonas que são um pouco assim. Mas de qualquer modo o ser mais difícil do que hoje também tinha o seu enlevo. Porque, enfim, permitiu estimular o espírito de grupo e de inter-ajuda, o gosto de sermos úteis e de nos sentirmos reconhecidos. Mas achei curioso, mais tarde, quando fui Director de Serviços de Saúde Mental na Direcção Geral de Saúde, em 1996 ou 97, numa vez que ia em viagem para o Porto, a acompanhar a senhora Ministra Dra. Maria de Belém, ouvi na rádio o então secretário-geral do CDS,

Dr. Manuel Monteiro, que tinha começado a fazer viagens temáticas pelo país, sendo essa sobre a saúde. Então ouvi-o a lamentar-se dos políticos, que não referenciou, que tinham acabado com o SMP, que nessa análise pelo país real tinha concluído que, para ele, era das poucas coisas boas que tinham surgido no pós 25 de Abril. Lamentavelmente o então responsável do CDS não sabia que foi num Governo de coligação do seu partido com o PSD que o então Secretário de Estado da saúde, seu correligionário, cedeu à pressão da sua base de apoio médico e extinguiu o SMP. Em consciência não acho que o SMP tenha sido uma das poucas coisas boas, pois para mim, quer na Saúde quer em todas as áreas muito mudou para melhor pós 25 de Abril. O dito Secretário de Estado do CDS, (00:27:26) que conheci como Assistente de Cirurgia em Santa Maria, tinha pouca sensibilidade para a saúde pública, era um homem de Lisboa, que foi muito influenciado, nomeadamente, por um interno de cirurgia de um curso mais novo do que o meu, seu Assessor. Este Colega era filho único de um grande latifundiário alentejano, daqueles que tinham casa em Lisboa e uma herdade no Alentejo, que durante a Faculdade andava de Jaguar, Porshe ou coisa parecida, e para ele tinha sido um enorme incómodo ter sido obrigado a fazer o SMP! Foi esse Secretário de Estado do CDS que com a ajuda de algumas mães de família e de uma ou outra colega em que o pós 25 de Abril e o Serviço Médico na Periferia tinham induzido o divórcio de casamentos só aparentemente estáveis, o que na altura era uma alternativa indesejável, que provocaram o fim do SMP. De facto alguns de nós já estávamos casados, mas com todo o constrangimento cultural e social até ao 25 de Abril a que se seguiu, de rompante, toda aquela abertura, estes movimentos, que considero efectivamente reaccionários, de jovens licenciados compelidos a exercer a profissão por vários pontos do país, tal como acontecia há muito com os magistrados, quer Juízes quer os do Ministério Público e com os professores, parece terem expressado o sentimento de que se iniciava um atentado aos privilégios tradicionais da classe médicos. Os que defendíamos o SMP éramos considerados, ou pelo menos sentidos, como uns traidores dos benefícios que a classe tradicionalmente usufruía, então apenas manifestado como um atentado à estabilidade matrimonial e afectiva dos filhos (00:29:20). Foi por ter consciência de tudo isto que eu achei curiosa a crítica, cerca de 15 anos depois da extinção do SMP, do então Secretário-Geral do CDS, Dr. Manuel Monteiro, ainda por cima sugerindo que tinha sido o PS a fazê-lo. (00:29:35)

Mas em 82 quando é extinto o Serviço Médico à Periferia, NA Periferia. (risos) NA periferia, também se criou a carreira médica de clínica geral e os médicos de clínica geral defendem que assim tudo tomou um decurso normal. O Dr. Álvaro de Carvalho considera que hoje não existem condições para se realizar o SMP? O que eu oiço dizer, neste momento estou um bocado afastado, não perspectiva essa evolução. (00:30:10). Mas deixe-me fazer um pouco mais de história – eu mantive-me ligado ao SMP, porque fui convidado, com mais dois colegas para, em part-time, a colaborarmos com a coordenação do SMP através das Comissões Inter-Hospitalares, que eram órgãos

da Direcção Geral dos Hospitais para apoio à gestão e alguma a coordenação dos hospitais concelhios e distritais. Eu estive na Comissão Hospitalar de Lisboa até Abril de 79, tendo saído por iniciativa própria por se afigurar difícil a acumulação com o internato complementar de Psiquiatria, que iniciara em Setembro de 1976, a pós o termo da Periferia. Na altura ainda não havia a Carreira de Clínica Geral; se houvesse seria provavelmente essa a minha opção, tal o empolamento da experiência, (00:31:02) pois a Carreira de Saúde Pública, não tinha bem uma noção do que era. Tinha tido um contacto efémero com o Prof. Sakellarides que tinha sido o coordenador do meu ano de SMP e, depois, como director do Centro de Saúde de Santa Isabel. Entretanto privava ocasionalmente com o Prof. Correia de Campos, então Secretário-geral adjunto do Ministério da Saúde, para além da Prof.^a Fernanda Navarro, a paladina da Saúde Escolar na DGS e que desde a primeira hora integrou a coordenação nacional do SMP. Em suma, fui conhecendo pessoas com ideias arejadas sobre Saúde e a gestão no sector (00:32:14), defensores de uma Saúde Pública não estritamente de “autoridade de saúde”. Mas nesse período na Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa fui também acompanhando, intervindo, por exemplo na criação dos internatos da especialidade nos hospitais distritais, que foi, essa sim, uma consequência directa do SMP, porque vários dos colegas, sobretudo de cursos mais novos que o meu, começaram a perceber que havia hospitais distritais com especialistas competentes, com graus da carreira médica hospitalar e conceituados, que as condições de vida na então designada “província” eram inesperadamente muito melhores do que em Lisboa, porque tinham tempo para praticar desporto, ir ao café, vir a Lisboa ter com amigos, ir ao cinema e ao teatro, integrar-se ou desenvolver actividades culturais locais (00:33:00) **E realizar casamentos lá!** E realizar casamentos lá ou instalar-se com a família constituída por lá, porque no pós 25 de Abril com os receios revolucionários houve, sobretudo no Alentejo, proprietários de casas óptimas que as arrendaram por *tuta e meia* ou que as venderam. Fiz parte da comissão multidisciplinar da Região Sul que, com médicos na altura famosos, como o Dr. Botelho, ortopedista, o Dr. Gomes Rosa, cirurgião dos Hospitais Cívicos, que (00:33:38) percorreu os hospitais todos do sul para definir a idoneidade formativa e que foi um enorme contributo para a fixação de médicos hospitalares na periferia, que é uma coisa que se tem vindo a perder. No verão de 1979 ainda tive uma “recaída”, com o Prof. Correia de Campos, em que fui assessor dele enquanto Secretário de Estado da Saúde, no Governo da Dra. Maria de Lurdes Pintassilgo, que foi um governo de cem dias que na Saúde teve como principal incumbência regulamentar o SNS. Foi neste âmbito que pela primeira vez foi criada a carreira de clínica geral, que o Governo a seguir, o mesmo que extinguiu o SMP, meteu na gaveta, como à restante legislação produzida. Nesse trabalho destaco o papel do Dr. Pinho da Silva, que era (00:34:17) Chefe de Gabinete do do Secretário de Estado e mais tarde presidente da ARS Norte, e um Colega do Porto, também Psiquiatra, um ano mais novo, o Dr. António Leuschner, que também foi coordenador do SMP na Inter-Hospitalar do Porto. (00:35:00). Isto para lhe dizer que as resistências à mudança eram

muitas. Aliás importa dizer que o Secretário de Estado responsável por essas medidas reaccionárias, é o termo na minha perspectiva, estava muito ligado à Ordem dos Médicos. Só de facto mais tarde é que houve condições políticas e os partidos do centro-direita descobriram a importância da carreira da clínica geral, em que curiosamente vim a colaborar na formação, ao nível da Saúde Mental, através do serviço universitário a que estou ligado. Actualmente, pelo que oiço dizerem, quer pessoas avulsas quer responsáveis políticos e da Saúde, em circunstâncias variadas, de facto tinha havido toda a vantagem em ter mantido o SMP porque: primeiro, era uma forma de garantir que os médicos se apercebessem da realidade efectiva da saúde em Portugal; em segundo, de darem uma contribuição importante, como nós demos, quando revolucionámos as terapêuticas, os diagnósticos e os exames complementares, eventualmente com alguns excessos num ou noutro ponto mas melhorando indiscutivelmente a assistência médica da população, até nos locais mais recônditos; e terceiro na transformação das relações entre médicos e população e conseqüentemente na percepção da imagem do médico, por si próprio e pelos utentes. Portanto era uma aprendizagem importante, (00:36:09) de confronto entre a perspectiva académica/universitária e a realidade da vida, como será para os magistrados e eventualmente para os professores, que teria permitido que não se tivesse invertido o movimento de fixação de médicos na periferia, pois sem a existência destas condições, as pessoas a serem compelidas a viverem na periferia, a terem lá a sua casa, dificilmente quem tem vida constituída nas grandes cidades vai emigrar portanto para as cidades do interior, mesmo que tenha aí as suas origens. É por isto que (00:36:34) de facto acho que houve um retrocesso. E insisto, ainda há pouco tempo, lembro-me de ter ouvido nos *mass media* referências a que um dos marcos do pós 25 de Abril foi o Serviço Nacional de Saúde e o Serviço Médico à Periferia e quem o disse eram pessoas que me pareceram insuspeitas, o que quer dizer que o impacto foi muito positivo se não tinha sido esquecido nestes 15 anos. (00:36:59)

Quando me falou há pouco que foi trabalhar na Comissão, quais eram as funções dessa Comissão? (00:37:05) Eu estava na Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa que era um órgão da Direcção Geral dos Hospitais, de descentralização, uma em Lisboa, para a Região Hospitalar Sul, outra no Porto, para a Região Norte e outra em Coimbra para a Centro. Como disse antes tinha um papel de apoio técnico sobretudo à gestão dos hospitais concelhios e distritais. Tinha juristas, contabilista, um médico, uma enfermeira, várias administrativas e procuravam criar alguma dinâmica, enfim... Era um órgão sobretudo burocrático, para questões de orçamento e etc. que teve maior protagonismo, embora muito centralizador, com a nacionalização dos hospitais das Misericórdias (00:37:41) Portanto a minha função enquanto como coordenador do SMP era a de procurar acompanhar a colocação dos novos grupos e apoiá-los no seu exercício, mas acabámos por colaborar com a Direcção Geral dos Hospitais, ao fim de um ano, também para os concursos de ingresso para o

internato geral e o das especialidades hospitalares, em que reeditámos o programa inicial de distribuição dos médicos pelo país. (00:38:03) Aí fomos afinando a malha e criamos objectivos mais realísticos para a entrada nos internatos de especialidade hospitalar. Ao que sei essa metodologia ainda se mantém.

Mas voltando à sua pergunta anterior, sobre a eventual sequência do SMP na Carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar, estou convencido que o SMP fosse reactivado, com um apoio agora mais viável do que o que existiu, haveria sim muitos mais candidatos àquela carreira médica e, seguramente, na de Saúde Pública, quase estiolada. O que leva os recém licenciados a procurarem não sair dos hospitais é o conforto do conhecido, a aparente comodidade de não sair de uma grande cidade, a inércia à mudança. Se estivesse inequivocamente estabelecido que o SMP era obrigatório para singrar numa das carreiras médicas as pessoas adaptavam a sua vida, como fazem os Magistrados Judiciais e os Professores.

Eram elaborados documentos? Recordo-me que havia um relatório final, avaliado oralmente no final, em cada sede de Distrito, que para mim foi trâmite útil em termos de conhecimento da realidade da zona sul do país. (00:39:25) Lembro-me perfeitamente, agora que me está a perguntar. No fim de cada ano deslocava-me a Beja, Portalegre, Évora, Faro e Setúbal para discutir com a Administração Regional de Saúde, melhor, com a Sub-região de Saúde, e antes delas com o Director Distrital de Saúde, que era o responsável da saúde pública distrital e o Director Clínico do Hospital. Era um acto público, com um representante de cada equipa e em que os responsáveis locais, por vezes um pouco a contra gosto, assumiam que as coisas não estavam bem, quando era o caso (00:40:00) e haviam de melhorar assim ou assado em termos de saúde das populações, Fundamentalmente deu uma dinâmica interessante e inovadora. Penso que isso depois se perdeu porque esses relatórios deixaram de se fazer, bem como essa avaliação, ainda antes do SMP estra irremediavelmente perdido. (00:40:27)

Considera que o SMP contribuiu para a formação como pessoa, como médico? Foi basilar enquanto profissional, com o ter de gerir muitos receios e ansiedades, e em que o facto de termos uma equipa com tendências relativamente pluridisciplinares também permitiu que trocássemos impressões ampliadas, depois, com as tais ajudas do hospital distrital, difíceis na altura porque não havia sequer acesso fácil ao telefone, que era apenas fixo e que também não podíamos utilizar muito por causa dos custos, e da compatibilização da disponibilidade dos interlocutores. Foi uma forma de, em exercício, testar os meus conhecimentos técnicos com a aplicação prática, de resolver, no “quente” do sofrimento do doente, algumas deficiências, de descobrir algumas estratégias e a importância do saber livresco, finalmente conferido com a realidade da clínica. Em suma, descobrir e praticar a arte da medicina. Do ponto de vista pessoal obviamente que foi importante porque permitiu que eu testasse as minhas

capacidades como pessoa e cidadão, até na gestão de conflitos, de iniciativa, de inserção social, etc. Do ponto de vista familiar houve alguma turbulência – tinha casado em Setembro de 74, aluguei a minha casa curiosamente na noite de 24 de Abril de 74, em Lisboa e a minha então mulher era do Curso mais novo e portanto no ano seguinte foi ela para a periferia e até por isso continuei a acompanhar de perto a situação, agora noutra concelho (00:42:12)

Aliás o meu primeiro filho nasceu durante o meu SMP, em Novembro, de 75. Admito que o facto de sermos ambos da mesma área profissional e muito investidos nas mudanças sociais, tenha tornado a situação menos turbulenta. Mas recordo vários Colegas de curso, casais ou não, para quem o SMP foi de facto um “25 de Abril” – a descoberta do país real, do prazer de intervir positivamente junto de cidadãos anónimos, da responsabilidade social da denúncia de injustiças, do usufruir do afecto espontâneo e do respeito pela nossa intervenção profissional e por vezes social. Em suma, o SMP foi enriquecedor para quem o usufruiu, como profissional e utente, uma experiência séria e prática da riqueza da Democracia e da Liberdade, realidades até aí sistematicamente estioladas e desvalorizadas em Portugal, pelas quais alguns de nós, com mais ou menos risco e muito idealismo, havíamos lutado.

Data da entrevista: 20 de Maio de 2008

Local da entrevista: Escola Nacional de Saúde Pública

Hora de Início: 16:00

Hora de término: **16:40**

Nome: José Luís Biscaia

Sexo: Masculino

Idade: 52 anos

Profissão: Médico de clínica geral

Naturalidade/Nacionalidade: Figueira da Foz/Portuguesa

Localidade de residência: Figueira da Foz

Gostava que puxasse pela memória e me contasse como foi feita a colocação do SMP, como é que tudo aconteceu? (00:00:16) Eu acabei o curso em 1979 e fui para a periferia em 1982, na altura fui no chamado P3. Nessa altura as escolhas eram feitas por sorteio, ou melhor, havia um processo de candidatura para as vagas disponíveis, as pessoas candidatavam-se e a seguir se estavam a mais em determinado sítio, ia-se a sorteio, naquelas salas, nos anfiteatros daquelas alas magnas da Faculdade de Medicina, e outras que tais. Na altura, a minha expectativa pessoal, estamos a falar de há 26 anos atrás, comecei a pensar, Portugal não era o que é hoje, em termos de acessibilidade, eu gostava, e gosto de fazer um conjunto de actividades, não estava a ver-me enfiado, nessa altura, apesar de ser uma experiência estimulante na altura, em termos profissionais, ir-me enviar num canto qualquer do país sem acessibilidade, sem acesso à praia, que era o que eu queria. Portanto a minha opção foi clara, como não conhecia os Açores, escolhi os Açores logo à partida, e portanto não fui a sorteio, o que foi óptimo, fiquei logo sem stress durante o restante tempo. Escolhi a Ilha terceira, a Praia de Vitória. O que foi uma questão gira porque metade das pessoas que foram tinha escolhido os Açores por opção, num espírito de “vamos conhecer as ilhas e vamos viver lá, e vai ser giro, e diferente”. Aqueles que foram porque saiu em sorteio, tinham feito outras opções, e que por causa do sorteio foram para lá, eram uma minoria.” Para mim foi fácil.

Mas ainda foram em grupo? (00:01:42) Fomos em grupo, sim. Para os Açores iam sempre em grupo. Éramos 4 da Zona Centro, da Universidade de Coimbra, e íamos já com alguns de Lisboa e outros do Porto, e portanto lá desembarcávamos. Fomos recebidos pela autoridade de

então nos Açores, que nos distribuiu. Durante dois ou três dias, estávamos num processo de ambientação, e nesse tempo falávamos com os nossos colegas mais velhos. É importante realçar, por exemplo a imagem real, ou que eram os Açores nessa altura, o Hospital onde nós íamos trabalhar era um hospital concelhio que era dirigido pelo médico naquela altura, um P4, e nós íamos substituí-lo. Alguns destes médicos ficaram por lá, fosse pelo lado familiar, fosse porque ficavam lá a trabalhar até poderem escolher uma especialidade, e portanto nós fomos. As *levas* dos P3 substituíam os outros, tudo em hospitais concelhios, não havia a rede dos hospitais existem actualmente. **Mas já havia algumas infra-estruturas?** (00:02:38) Sim, havia. Existiam os Centros de Saúde, os postos de serviços de saúde, o Hospital de Angra, e o Hospital para onde eu fui, que era um hospital concelhio, e era gerido, ou tinha as 3 ou 4 religiosas, as habituais da praxe. **E a equipa que ficou lá a trabalhar?** (00:02:57) Era uma equipa excelente, dois ou três eram meus colegas de curso, havia ainda uma de Lisboa. Depois de nos terem distribuído as casas, não sei se na altura terei ficado sozinho, eu fiquei numa moradia, na Rua 25 de Abril, era a rua que colava directamente à base das Lajes ao pé do aeroporto, com um espaço exterior, e eu fiquei sozinho na casa. Fomos arranjando os nossos transportes, as nossas deslocações. No primeiro dia de serviço foi uma das nossas colegas que lá ficou, nós solidários ficamos com ela à noite, claro que logo naquele dia tinha que acontecer um problema, uma senhora que tinha sido internada nesse dia, infelizmente acabou por morrer nessa noite, mas de resto foi logo uma experiência importante. Nós tínhamos sido lançados “aos bichos”. **Como é que organizaram depois? Aproveitaram alguma coisa das outras equipas?** (00:03:44) Nós integrámos o que era considerado a rotina habitual, e depois fomos a pouco e pouco introduzindo algumas ideias novas, ou formas diferentes de fazer. Até porque já tínhamos visto o que é que tinha corrido bem e mal, e portanto não houve problema. Essencialmente o que fizemos foi distribuir as tarefas que havia naquele hospital concelhio, com alguns internados, e nos postos onde tínhamos que fazer as consultas. Como hoje há nas grandes comunidades de pessoa. Nós saíamos de manhã no carro com os enfermeiros, o carro era uma 4L. Havia um enfermeiro que ia com os médicos e havia um outro, no outro carro para quando era necessário nos ajudar com alguma coisa, e que nos ia levando às populações.

Tenho uma história giríssima, logo da primeira vez que fui, fui ao fim de uma semana, houve um hiato de uma semana em que não houve consultas, claro que a procura não é o que é hoje.

Eu saí no carro dos médicos, que era um Citroen Diane, e chegamos ao sítio, um pequeno lugar, uma pequena aldeia ali nas bordas da praia Vitória e parámos ao pé da casa do povo, que era onde habitualmente ficávamos situados, era, também, o sítio onde se via a matança do porco e onde havia os arraiais e tal. Estavam três senhoras sentadas com xailes pretos e viram-me sair do carro, elas viram que era o carro da unidade de saúde, este era identificado, e eu perguntei-lhes: “é aqui que se realizam as consultas?” elas responderam: “é sim, mas o senhor doutor ainda não chegou” e eu calei-me, claro. Fiquei à espera e passado um bocado chegou o carro com os enfermeiros, que tinham ido distribuir umas vacinas, uma das enfermeiras quando me viu disse: “bom dia, o senhor doutor por aqui?” eu entrei com ela, perguntei como é que as coisas funcionavam; aquilo era um gabinete, não era grande, era um espaço de azulejo onde, também, se faziam uns arranjos para as cozinhas, quando havia festas; ela respondeu-me: “costumam vir cá umas pessoas, à consulta, e se depois precisar de alguma coisa, eu estou aqui”. Eu sentei-me lá dentro e estive a ler o simpósio. Naquela altura, as coisas que levei foram: o simpósio, o estetoscópio, o otoscópio, umas revistas, e um manual que nós, nessa altura, tínhamos todos. Tinham se realizado vários cursos e tínhamos que nos preparar para a periferia, e para o internato, e para esse efeito tínhamos vários pequenos manuais, *tipo sebatas*, com coisas de consulta rápida, com indicações de coisas a fazer numa situação ou noutra que era para sermos precavidos.

Bem, lá fiquei, naquele espaço, onde passado um bocado entrou uma velhinha, e eu de seguida fui ter com a enfermeira e perguntei: “desculpe, mas não está aqui ninguém”, ao que a enfermeira me respondeu: “*estavam ali três senhoras, que perceberam que o senhor doutor é que era o médico e acharam que era muito novinho e disseram que não estavam habituadas, e foram-se todas embora*”, ao que eu perguntei “*então e agora?*” e a enfermeira respondeu: “*agora temos que esperar que o carro venha*”. E portanto estivemos ali 4 horas até à uma hora da tarde à espera que o carro viesse, do outro lado da ilha, para receber os diferentes profissionais... **(e) mas algum dia chegou a realizar consultas:** (00:06:33) Claro, nas vezes que se seguiram. As pessoas acabaram por ultrapassar a sua desconfiança, aquela de eu ser um rapazinho novo. Afinal, eu era médico, e sempre as podia ajudar em qualquer coisa. **Mas a população, em geral, recebeu-o bem?** (00:06:47) Muito bem.

Sentiu alguma diferença no contacto com as pessoas, que as pessoas estranhassem os tratamentos médicos ou que tivessem algum tipo de crenças noutra tipo de tratamentos?

(00:07:07) Uma coisa é as pessoas terem as suas crenças, enfim os seus hábitos, nesta questão da sua doença, agora em relação à prática médica em si, o meu curso não foi o primeiro a realizar o SMP, foi o quarto ou quinto, foi em 82, não sei agora dizer-lhe de cor, e portanto já havia, não diria uma tradição, mas já havia uma acta da nossa cultura médica. Por outras palavras nós íamos fazer ciência num contexto, não chocámos ninguém a fazer coisas muito diferentes. Penso que eventualmente os primeiros poderiam ter tido essa percepção, mas já havia a perspectiva local de médicos novos que vinham para fazer as coisas, penso que nessa altura na periferia já se tinha institucionalizado. Esta questão do SMP que se faltasse, e penso que isto também foi uma das coisas importantes para a carreira de medicina geral e familiar, foi a percepção de que sem os médicos que estavam na periferia a curva dos cuidados sanitários afundava-se outra vez. E aí o que havia e o que eles criaram foram novas legas, mas haveriam uns mais bem sucedidos que outros e com melhor relação pessoal, mas não houve um grande choque. **Soube se houve casos de recusa, pessoas recusarem fazer o SMP?**

(00:08:10) Acho que houve médicos que sofreram muito, mas casos de recusa não sei, porque na altura tinha que se fazer o SMP para se poder continuar a subir na carreira e portanto acho que houve algumas pessoas que por opção foram fazer estágio para o estrangeiro ou que tinham acesso a outras formas de exercício e portanto saíram. Recusa no sentido de não ir para determinado local não me lembro, mas eventualmente poderá ter acontecido. **Apesar de ter dito que havia uma rotina estabelecida, pelos cursos anteriores, houve alguma mudança que tivesse imposto ou implementado?** (00:08:45) Funcionávamos em grupo, não

havia assim nenhum de nós que fosse o director, ou o líder, como sabe a nossa aprendizagem era mesmo muito inicial. Portanto pequenas coisas que introduzimos foi mesmo de gestão nos horários, de optar, até porque éramos um grupo que já nos conhecíamos e portanto negociámos as coisas de forma que nos fosse mais confortável, não no sentido pessoal do termo do comodismo, mas que facilitasse o estarmos juntos e nos apoiarmos na prática. Na altura eu não fiz a periferia até ao fim, porque fui chamado para o serviço militar, infelizmente. Contudo, ao fim de um ano era normal que houvesse um à vontade, as pessoas sentiam-se seguras e portanto era natural que utilizassem e se organizassem de forma que fosse mais confortável individualmente. Nós, no início, tínhamos uma necessidade de protecção, de nos apoiarmos e portanto fazíamos os horários, e a distribuição das tarefas mais ou menos em conjunto, para um de nós estar sempre presente. Ora um estava de serviço, ora nas consultas, se um tinha que ir fazer consultas não sei onde, verificava-se se ia ficar isolado

e como é que podíamos contactá-lo, nessa altura não havia telemóvel, nem nada dessas coisas, portanto foi completamente diferente. **É capaz de descrever um quadro do que encontrou lá a nível de estruturas? Como é que encontrou o local?** (00:10:07) As estruturas era semelhantes aquelas que nós conhecíamos do continente, era uma zona rural, os Açores, rural por natureza. A cidade de Ilha Terceira, que é Angra, era uma cidade pequena, menos desenvolvida do que está hoje, o SMP ainda foi antes do terramoto, depois do SMP houve a recuperação. Tinha o Hospital de Angra que estava a começar, tinha alguns especialistas das especialidades, digamos, generalistas e básicas. Nós tomámos conta do hospital concelhio, na Praia da Vitória, e depois fomos responsáveis pelas povoações limites até ao nordeste, os serviços estavam mais longe. A questão não era muito diferente da de Portugal Continente de ir até Castro de Aire ou até outro sítio qualquer.

Recorda-se se quando chegou ao local onde realizou o SMP se verificou uma mobilização de recursos? (00:11:23) Nós tivemos, não digo uma recepção, mas um encontro informal com o Presidente da Câmara, e o da Junta da Freguesia, não sei se na altura Praia da Vitória era uma terra, mas fomos apresentados. Chegámos todos, fomos a Angra e depois fomos distribuídos para os diferentes sítios. Até estou a ver uma recepção com todos os médicos que chegavam à periferia para falar, explicar, e para resolver a parte logística, esta encontro serviu para indicar o local onde é que nós íamos ficar. O alojamento foi sempre oferecido pela autarquia, nomeadamente nos Açores, e portanto isto tudo levou a uma conversa, ou um contacto com três ou quatro agentes, ou actores sociais dali da zona, que facilitou e ajudou a resolver os problemas, sempre com grande disponibilidade. Volto a referir que nós “éramos os senhores doutores, vindos do continente, médicos novos e tal, que viemos para cá, para os ajudar, porque nós não tínhamos cá ninguém” e portanto havia uma grande disponibilidade e receptividade. **Considera que a prestação deste serviço foi um processo de mudança nos locais, nas populações e nos médicos?** (00:12:31) Claramente, claramente. Para as populações, foi óbvio porque ofereceu uma coisa que não havia, a criação do Serviço Médico na Periferia, levou cuidados de saúde a sítios que nem se pensavam; depois para os médicos, é preciso ver a fase em que decorreu, no período pós 25 de Abril, pessoas motivadas com alguma disponibilidade, experiências novas, e etc. Depois fomos largados em sítios que eram muito diferentes daqueles onde tínhamos aprendido a ser médicos, mas íamos com aquele gás todo, de querer fazer e ver coisas, sempre encontrávamos alguma dificuldade e

estávamos sozinhos. Isto é a mesma coisa que acabar o internato em Santa Maria ou em São José ou em Coimbra no Hospital da Universidade de Coimbra e fazer uns bancos em que nos deixavam sozinhos. No P1 e no P2, no hospital, havia sempre o recurso de telefonar para alguém, ou o chefe de equipa vinha, ali virávamo-nos para o colega ao lado que era igual a nós, e estávamos sozinhos em muitas situações. Portanto isso foi um exercício de autonomia, de uma capacidade de nos obrigar a pensar o que é que iríamos fazer. Foi um processo de aprendizagem excelente, basta dizer que toda essa geração, que fez o SMP, ficou muito marcada por essa mudança, acho que foi também do ponto de vista não só profissional, mas afectivo. Foi também um período complicado e muito interessante porque muita gente que foi passou a viver em pequenas comunidades, em alguns sítios no interior do país, quando digo interior é mesmo interior, sem as acessibilidades que hoje existem. Hoje eu demoro de Coimbra a Viseu meia-hora, três quartos de hora, naquele tempo demorava duas a três horas, portanto não tem nada a ver com o presente. Mas alguns ficaram a viver com a comunidade onde fizeram o SMP. Já deve ter ouvido que o SMP criou muitos casamentos e divórcios. Foi uma experiência.

Durante o período que realizou o SMP houve preocupação em “educar” as pessoas para cuidarem da sua saúde ou da sua doença? (00:14:35) Eu penso que sim, quer dizer eu até posso estar a contaminar um bocadinho a minha memória com o que eu penso hoje, de como é que se deve pensar os cuidados de saúde, enfim de autonomia e de cidadania, porque na altura ainda não tínhamos aculturado, não tínhamos integrado o que hoje pensamos sobre a capacitação. O tomar a saúde nas mãos, e todas essas coisas, e portanto ainda era um pouco incipiente, e a procura não tinha nada a ver com o que tem hoje, nós criávamos as necessidades das pessoas, nós procurávamos identificar, e as pessoas nas zonas rurais viviam com o que sempre tinha sido. Portanto era considerado um processo natural acontecerem estas coisas, o morrerem as pessoas de *certa* maneira, a esperança média de vida não tinha nada a ver com o que é hoje. Se as doenças aconteciam era normal, não se queixavam de subir as escadas, porque era normal sentir um bocadinho de dor aos 60 anos e portanto havia uma expectativa e havia uma forma de ver este equilíbrio de saúde e doença completamente diferente do que há hoje. Portanto nós talvez fôssemos um pouco biomédicos na altura. Se utilizarmos a terminologia actual. Decidíamos um pouco a medo, mas claro como não tínhamos muitos recursos e tínhamos que nos desenrascar, como é evidente não havia outra

forma de se fazer. Houve várias experiências, muito interessantes, de intervenções comunitárias, de pôr as pessoas a fazer, de criar redes de apoio, etc., que hoje tem uns nomes sofisticadíssimos mas que naquela altura era uma coisa muito simples, que era arranjar alguém que podia ajudar a ir à casa do vizinho, que iria fazer algo. E isso aconteceu de uma forma não organizada, não conceptualizada, diferente da maneira como fazemos agora. Nós investimos nas vacinas, na mudança dos hábitos alimentares em comportamentos de saúde, obviamente que já falávamos de comer pouco sal, não existia esta questão do consumo do tabaco, o álcool era um problema, como ainda é hoje na zona dos Açores. Era um problema muito grande, porque não tínhamos uma intervenção directa, mas nós fizemos estas coisas todas. Essa intervenção na área preventiva foi feita, considerámos a educação para a saúde de uma forma que eu chamaria de mais clássica. Os velhos cartazes, as campanhas, como hoje, também se ia às escolas, mas sem a dimensão, o folclore, e a conceptualização com os termos, mas todas essas coisas nós aprendemo-las a fazê-las ali.

Como caracterizaria este serviço profissional e os resultados que dele advieram?
(00:17:12) Foi uma das, se utilizar um chavão, conquistas de Abril. De facto o SMP levou cuidados de saúde, não levou saúde, levou cuidados de saúde às populações que não tinham este tipo de cuidados. Mudou e criou uma necessidade de saúde na expectativa do que é que podia ser o direito à saúde, que nessa altura, em 1982, já estava consignada na Constituição. O ter direito à saúde era ter acesso a médicos, a cuidados de saúde, medicamentos e havia pessoas que necessitavam deles. Começou a discutir-se onde é que se podia ter os bebés, se em casa ou nas maternidades, que os bebés deviam ter consultas nos primeiros anos de vida, também se discutiu a questão das vacinas, se os bebés não fossem ao centro de saúde se alguém os ia vacinar a casa, todas estas coisas, que marcaram a mudança que foi feita ao longo desses anos. Foi uma mudança radical no padrão social em termos de um sistema, se quiser, de saúde. Em termos profissionais para todos os médicos que passaram foi uma experiência de um enriquecimento profissional, e enquanto pessoas, muito importante. Em termos de política de saúde penso que foi um dos factores essenciais. Que terá levado à sustentação da carreira de clínica geral. Eventualmente se não tivesse havido SMP, a aposta clara em haver uma carreira de clínica geral teria sido muito mais difícil de vingar. O SMP criou outra coisa, além da ideia de haver a carreira de clínica geral, estava identificada outra coisa, precisamos de médicos aqui, médicos que tratem de nós enquanto pessoas, que nos

tratem dos problemas. Além desta questão todos os médicos, e veja que a maioria dos médicos de família que hoje temos, este problema de recursos humanos, estamos todos na casa dos 50 cinquenta anos, todos estes que entraram quase ao mesmo tempo para a carreira que foi criada em 82, todos eles fizeram SMP. Portanto todos eles tiveram uma experiência real, essa sim e não como a actual, com os estágios do P1 e do P2 nos internos dos anos comuns portanto foi uma experiência real de prática de medicina comunitária, de ambulatório que não era uma palavra que na altura se usasse. (00:19:30)

(Ficheiro 2 - 00:00:02) E em termos de política de saúde penso que foi um sustentáculo importante. Porque teve estas duas questões: politicamente as pessoas perceberam que era impensável retirar o que as pessoas já sentiam, e não se esqueça que na altura estas coisas dos movimentos populares tinham um peso diferente do que tem hoje. Não se podia retirar este serviço oferecido às pessoas. Era inaceitável, as pessoas manifestavam-se contra isso, portanto politicamente esta era a situação. Por outro lado os profissionais havia neste momento uma situação que era o facto de haver recursos humanos. Quando surgiu a carreira eu tinha duas portas de entrada: fazer o internato da especialidade que eu fiz. Dois terços dos meus colegas são hoje médicos de família, do meu curso, entraram pela chamada via curta, e foram directamente para a clínica geral, para todos os lugares do país, portanto não houve nenhuma rotura, e isso não foi coincidência, foi contemporaneidade. Houve uma leitura política da situação, foi criada uma necessidade de saúde que era expressa e sentida “não queremos perder isto”, e que é sentido como uma mais-valia importantíssima que tinha mudado o padrão dos cuidados de saúde. Haver recursos humanos que estavam disponíveis para continuar a fazer aquilo, agora com uma carreira, com um estatuto quer dizer foi um facto, penso eu importante, talvez o mais relevante.

Lembra-se quais foram os motivos que estiveram na origem do SMP? (00:01:28) Isso por acaso não sei dizer. **Esta experiência contribuiu para a sua formação pessoal e profissional?** (00:01:45) Muito da maneira que já lhe disse, em termos pessoais porque nos obrigava a tomar decisões sem rede, baseado no que conhecíamos, tem uma lógica de trabalho não chamaria equipa, mas em grupo em apoio, de trabalho de interpares de nos podermos apoiar, e de solidariedade que é muito importante. Hoje acaba-se por perder um bocado com a maneira com que a nossa sociedade tem vindo a evoluir, muito mais competitiva do que no tempo do SMP. Ali não tínhamos competição tínhamos que prestar um serviço. Estávamos ali

para resolver e quanto melhor resolvêssemos quanto melhor era para nós e para as pessoas, tinha um contexto claramente diferente.

Aprendi várias coisas do ponto de vista profissional, foi muito importante, sedimentou, fazíamos clínica, fazíamos medicina mesmo com as pessoas à frente, com as pessoas que havia e às quais íamos resolver os problemas, portanto foi uma aprendizagem a perceber: “o que é que eu faço de forma diferente para garantir que aquilo não aconteça”. Foi excelente! (00:02:37)

Há pouco estava a falar da criação da carreira médica de clínica geral, porque é que foi extinto o SMP? Acha que uma coisa está relacionada com a outra? (00:02:49) Sim as coisas estavam ligadas, porque uma coisa depois é a causa e efeito em simultâneo, é uma pescadinha de rabo na boca. Porque quando foi criado o Serviço Nacional de Saúde, e a lógica das carreiras, foi preciso criar a carreira de clínica geral. Havia os recursos que podiam fazer aquilo, depois os sítios já estavam ocupados com mais de um ano de rotação, os médicos podiam voltar e escolher aqueles locais outra vez, depois como a estrutura da formação médica de seis anos, dois anos de internato geral também foi alterada, os do internato geral já iam aos cuidados de saúde primários, aos centros de saúde como se chamava então, iam fazer um estágio de três meses, com médicos de família que já estavam a ficar colocados, não tinha lógica de manter uma duplicação portanto tinha que se aproveitar quer os recursos médicos que já existiam e que estavam a dizer temos que criar uma carreira, temos que ter igualdade a uma carreira de hospital nas diversas áreas, e portanto foi por aí. (00:03:55)

Acha que existiria a possibilidade de repetir o SMP? (00:03:58) Não, neste momento não.

Está actualmente familiarizado com a reorganização dos centros de saúde? Sim. Revê no espírito da actual reforma dos cuidados de saúde primários alguma semelhança ou paralelismo com o espírito que motivou a criação do Serviço Médico à Periferia? (00:04:31) Com o espírito não sei, mas que a questão é a mesma, é. A matriz é a mesma se centrarmos isto na matéria emocional -seis médicos iam para a Praia da Vitória, tinham que se organizar, prestar cuidados de saúde a uma população, na altura enfim sem as suas equipas, os enfermeiros já lá estavam, não tinham esta rotação, eram as enfermeiras, algumas autóctones, e revendo num caso concreto os Açores, os próprios organizavam a actividade, no fundo eram responsáveis pelo que estavam a fazer- não tínhamos esses instrumentos, os contratos

programa, não contratualizávamos resultados, era suposto prestar cuidados de saúde. É interessante ver que também não havia esta noção de exactamente qual era a carteira de serviços. Nem do lado da população, nem do lado gestora íamos buscar cuidados. Havia portanto alguns grandes programas: vigiar as verbas, manter a linha que já vinha do Prof. Arnaldo Sampaio na altura dos centros de saúde, e dos dispensários, ainda não tinha sido criado a reforma dos centros de saúde de segunda geração, eram ainda os serviços médico-sociais e os dispensários, a integração foi feita depois, e portanto nós trabalhávamos nos hospitais concelhios, tínhamos que integrar a vertente, digamos, preventiva que tinha que ver com os enfermeiros, onde se distribuía os leites, as vacinas, etc., dava conselhos a algumas grávidas com a parte decorativa que ia começando a surgir com alguma visibilidade e sentida como necessidade que era ou dos serviços médicos sociais ou dos hospitais concelhios que eram regidos pelas religiosas, pela Santa Casa da Misericórdia e depois nós passamos não a ser os donos, mas nós a gerir primeiro pela via técnica normal. O que acontece hoje se vir em determinadas USF é a grande diferença é que já se sabe, já há uma expectativa bem ou mal sobre qual é o seu contrato. Sobre qual é a expectativa em termos de saúde ou não, às vezes adequada, mas já há essa expectativa. De resto se quiser assim o *caldinho* com que isto mexe é assim um pouco parecido, no fundo é dar um espaço de autonomia a profissionais para se organizarem de uma forma mais amadurecida, multiprofissional. Não são só os médicos que decidem, na altura nós falávamos com os enfermeiros, mas nós saíamos, tínhamos que fazer. Hoje em dia, é um espaço multiprofissional, muito mais real. Médicos, enfermeiros, secretariado decidem como é que vão organizar a Unidade, os diferentes procedimentos, etc. a complexidade também da própria prestação com o sistema, o sistema administrativo mudou completamente, e portanto é diferente. Mas há alguns pontos de ligação, há alguma ligação, claro que no fim os meios não são os mesmo, prestar cuidados de saúde globais, integrais continuados à população. A finalidade é a mesma, foram formas, no tempo, diferentes, se calhar de uma forma mais objectiva, agora tendente à mesma questão de resolver isso.

Até porque continuam sempre preocupados com a população (00:07:24) Claro. Disse-me que teve que ir cumprir o Serviço militar e interromper o SMP, quanto tempo é que durou o SMP? (00:09:35) Cinco meses, infelizmente. Infelizmente pelo gozo profissional que me estava a dar, pela situação financeira, no SMP ganhávamos bem, os médicos todos e nos Açores tínhamos um subsídio por estar nos Açores, e portanto ganhava muito bem. Os

Açores são território português, onde se fala o português, mas com uma pronúncia bastante acentuada, o que podia dificultar a comunicação, teve alguma dificuldade de adaptação? (07:07:55) As pessoas nos Açores são reservadas enquanto estranhavam. Aquilo do *nhu*, *hunhmmm*, é uma estratégia, mas rapidamente passa, com o tempo, as pessoas estavam interessados em conversar connosco, era mais um mecanismo de defesa, só em certas alturas é que carregavam no sotaque. (00:08:12)

ANEXO IV- GRELHA DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

Entrevistados		Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3	Entrevistado 4	Entrevistado 5
Categorias		Médico de Clínica Geral e Familiar	Presidente da Câmara Municipal	Médico de Medicina Interna	Psiquiatra	Médico de Clínica Geral e Familiar
	Análise					
Existência de necessidades básicas para satisfazer	necessidades cuja não satisfação põe em risco a sobrevivência colectiva e individual	X	x	x	X	x
Recursos	Endógenos recursos locais	X	x	x	X	x
	exógenos Recursos externos ao local	X	x	x	X	x
Participação	União de esforços: criação de parcerias, envolvimento da comunidade.	X	x	x	X	x
Capacitação	Processo de consciencialização de potencialidades, limites e capacidades utilizadas para a autonomia e sustentabilidade.	X	x	x	X	x
Impacto	Resultados obtidos; efeitos a curto e a longo prazo.	X	x	x	X	x

Categoria	Existência de necessidades básicas para satisfazer
Análise	Necessidades cuja não satisfação põe em risco a sobrevivência colectiva e individual
Entrevistado 1 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>"...e portanto eles precisavam de médico lá. E, nessas situações era necessário garantir os cuidados médicos básicos. Em alguns casos havia uma enfermeira no posto e administrativos, mas noutros ainda não havia, era o médico sozinho."</p> <p>"portanto eu ia para sítios onde pura e simplesmente não havia médicos. E aqueles locais estiveram anos sem médico nenhum isto, porque os médicos mais antigos tinham-se reformado. Aconteceu isso." (05m:43s)</p>
Entrevistado 2 Presidente da Câmara Municipal	<p>Esses médicos foram à Câmara, para pedir algum apoio porque tinham muitas carências. Levavam uma proposta que a Câmara aceitou, porque nos pareceu que iria resolver muitos problemas da população do concelho.</p> <p>Do que me recordo, e acho que foi uma das coisas mais importante foi que eles começaram a fazer pequenas cirurgias, a extracção de um quisto e pequenas coisas desse tipo, porque a Câmara comprou o equipamento que eles haviam solicitado. Recordo-me que o equipamento foi muito mais caro do que inicialmente tinha sido programado, por exemplo para fazerem essas cirurgias eles tinham que estar ligados a determinado tipo de equipamento, e a Câmara teve que comprar esse equipamento também. No entanto, à medida que os anos foram passando a Câmara foi sendo espoliada desse equipamento, que era do Concelho, da população do Concelho.</p>
Entrevistado 3 Médico de Medicina Interna	<p>Encontrei a vila de Odemira e o concelho com uma realidade próxima daquela que eu tinha imaginado, se bem que nunca tivesse vivido, em termos de vida do dia-a-dia, em zona rural. Mas, devo-lhe dizer que isso foi de tal maneira importante para mim, representou uma atracção tão forte, a saída da cidade e a realidade rural do País, bem entendido, que me motivou para sempre e que me levou a decidir continuar depois de terminar o SMP. Continuei a trabalhar em zonas do Baixo Alentejo, como aconteceu. (00:06:04)</p> <p>Guardo na minha memória situações de gravidade, sobretudo em crianças, que na altura ainda tinham doenças que precisavam de cuidados médicos mais intensos, e isso foi, diria, uma grande melhoria para a população que passou a dispor, de um momento para o outro, de mais treze médicos que prestavam cuidados gratuitos. Passou a ter mais treze, sublinho. Foi uma grande melhoria, foi um passo em frente decisivo. (00:12:38)</p>
Entrevistado 4 Psiquiatra	<p>que no contexto do pós 25 de Abril achou que esta era uma forma de assegurar uma melhoria das condições de saúde às populações periféricas,</p> <p>(00:08:37) Penso que era o motivo principal a assistência médica ambulatória era significativamente deficiente, baseava-se nos hospitais das Misericórdias e nos postos médicos da Segurança Social – as célebres “Caixas de Previdência”, em que os médicos eram mal remunerados e para sobreviverem saltavam de posto para posto, onde faziam contratos de duas horas mas quase nunca sem ultrapassarem as áreas suburbanas de Lisboa, Porto e Coimbra. Com a Revolução e a democracia a melhoria da assistência médica era uma das bandeiras mais desejada e propagandeada pelos partidos políticos.</p>
Entrevistado 5 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>Esta questão do SMP que se faltasse, e penso que isto também foi uma das coisas importantes para a carreira de medicina geral e familiar, foi a percepção de que sem os médicos que estavam na periferia a curva dos cuidados sanitários aprofundava-se outra vez.</p> <p>De facto o SMP levou cuidados de saúde, não levou saúde, levou cuidados de saúde às populações que não tinham este tipo de cuidados. Mudou e criou uma necessidade de saúde na expectativa do que é que podia ser o direito à saúde, que nessa altura, em 1982, já estava consignada na Constituição.</p>

Categorias	Recursos
Análise	Exógenos (recursos externos ao local)
Entrevistado 1 Médico de Clínica Geral e Familiar	Estávamos por nossa conta e portanto procurávamos fazer o melhor possível dentro das limitações, dos recursos. Havia entusiasmo e ideias de fazer bom serviço, para organizar coisas novas, para organizar a prevenção, para melhorar o sistema de vigilância dos grupos com necessidades especiais. (04m:34s)
Entrevistado 2 Presidente da Câmara Municipal	<p>Mas estes que vieram foram à Câmara pedir ajuda porque eles estavam, de facto, interessados em fazer outro tipo de coisas, nomeadamente nas cirurgias, mas para isso precisavam de apoios e de equipamentos que não tinham. A Câmara disponibilizou-se para ajudar, eles entregaram uma relação daquilo que queriam, a câmara satisfiz-lhe todos os pedidos que eles fizeram, rigorosamente todos. Até ultrapassamos porque havia uma ambulância velha e a Câmara tomou a iniciativa de comprar mais uma ambulância, compramos mesa operatória, material cirúrgico, compramos uma incubadora para partos imaturos, compramos electrocardiógrafo, montamos RAIO-X, fizemos isso numa casa que tínhamos, foram feitas as obras necessárias para ser feita a montagem do RAIO-X e funcionou tudo. (00:05:39)</p> <p>"Esse serviço médico, que é para aquilo que pediu a minha opinião, funcionou, foi uma coisa maravilhosa. De facto houve um interesse dos médicos que para aqui vieram, que fizeram um trabalho excepcional, na minha opinião." (00:08:21)</p>
Entrevistado 3 Médico de Medicina Interna	(00:02:25) Éramos muitos. Ao todo 13. Eram 13 pessoas que viviam na mesma casa em Odemira.
Entrevistado 4 Psiquiatra	<p>Eu fui para Mértola (00:15:47) Com um grupo que pelos vistos eram as "sobras"...(00:15:50) Eram as sobras, mas constituímos um grupo curioso, até partidariamente. Naquela altura as coisas avaliavam-se muito partidariamente. Recordo-me que um dos colegas era do MRPP, um partido maoísta, mas o colega era filho de um juiz conselheiro, pertencia à alta burguesia do norte e tinha como cunhado uma pessoa muito conhecida e ligada à estrutura directiva do CDS. Esse colega nunca o tinha visto durante o curso, portanto era uma pessoa que passava por lá, mas que nunca se tinha envolvido "nessas coisas das políticas", como à época se dizia. Um outro colega tinha fundado um partido político trotskista, da IV Internacional, tinha feito uma dissensão em relação à Liga Comunista Internacional (LCI), que resultava da III Internacional, enfim coisas que eu não sabia muito bem. O que é certo é que tinha fundado o MRML, "armas para o povo", que só existia em Santa Maria pelo que só à volta do Hospital é que se viam inscrições murais. Era constituído por ele, pela mulher que era enfermeira, pelo mecânico dele, pela mulher do mecânico e pelo cunhado ou coisa parecida. Era um colega que eu conhecia e com o qual estabeleci relações de amizade, até hoje, e que não tem nada que ver com essas opções de vida. Depois havia ainda um outro colega que era do Alto Alentejo e membro do Partido Comunista e um tipo curioso, que tinha feito a escolaridade básica (00:17:44), na altura a 4ª classe, já no serviço militar, pois tinha sido pastor; era um pouco mais velho que nós, casado e trabalhador estudante. Não era um indivíduo rígido, com aquela imagem tradicional que se tinha das pessoas do PC – era um tipo tolerante, com certa bonomia, que gostava de conversar, de discutir, e do petisco.</p> <p>E depois era eu, que era da área do Partido Socialista, embora não comprometido do ponto de vista de filiação. Havia ainda outro colega que era um pouco como eu, mas mais ligado ao MDP, um movimento um pouco satélite do PC. Juntou-se a nós também uma colega, entretanto falecida, que era da UDP, um dos partidos que esteve na origem da formação do actual Bloco de Esquerda juntamente com a LCI. E depois a seguir havia mais duas colegas (Ficheiro I: 00:09:14). (Ficheiro II: 00:00:08) que não tinham filiação partidária. Essas foram das que "passaram por lá". Mais tarde apareceu um outro colega, por altura de Dezembro, que tinha sido chamado para o serviço militar e que também era do PCP; esse era um pouco mais rígido. Já tinha alguma diferenciação em obstetrícia e tinha intenção de seguir esta especialidade o que nos permitiu ter alguma garantia técnica, digamos assim, para começarmos a fazer partos lá em Mértola. (00:01:06) Eu estou a dizer isto com este detalhe e não é por acaso, é porque de facto a nossa equipa vivia num processo dialéctico constante – havia dissensões e alianças em função de objectivos pessoais ou políticos de cada um. (00:01:28)</p>
Entrevistado 5 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>Existiam os Centros de Saúde, os postos de serviços de saúde, o Hospital de Angra, e o Hospital para onde eu fui, que era um hospital concelhio, e era gerido, ou tinha as 3 ou 4 religiosas, as habituais da praxe.</p> <p>O alojamento foi sempre oferecido pela autarquia, nomeadamente nos Açores, e portanto isto tudo levou a uma conversa, ou um contacto com três ou quatro agentes, ou actores sociais dali da zona, que facilitou e ajudou a resolver os problemas, sempre com grande disponibilidade. Volto a referir que nós "éramos os senhores doutores, vindos do continente, médicos novos e tal, que viemos para cá, para os ajudar, porque nós não tínhamos cá ninguém" e portanto havia uma grande disponibilidade e receptividade.</p>

Categorias	Participação
Análise	União de esforços: criação de parcerias, envolvimento da comunidade.
Entrevistado 1 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>Depois dos colegas que foram para Montemor, alguns arranjaram lá instalações. Em alguns concelhos havia “a casa dos médicos”, porque as autarquias disponibilizavam uma casa, por vezes palácios antigos ou casas senhoriais que eram recuperadas, ou casas grandes.</p> <p>No meu caso foram os contactos que tive com os líderes das cooperativas e com o padeiro e organizar os rastreios com a senhora particular, que era uma líder local. Esses três pontos ficaram marcados na minha memória, porque o resto foi um pouco a obrigação profissional “normal” de organizar da melhor maneira o que havia para fazer. É possível que onde houve grupos que tinham, por exemplo, um concelho a seu cargo, e por vezes mais, talvez mais periféricos pudessem haver outras dinâmicas. (00:28:56) O meu SMP, embora feito em freguesias rurais do concelho de Évora, foi uma periferia relativa. Évora já não era periferia! O SMP foi um passo na evolução do sistema de saúde que temos hoje. Marcou uma geração de médicos, muitos dos quais dirigem actualmente os serviços de saúde do país.</p>
Entrevistado 2 Presidente da Câmara Municipal	<p>E: Foi com alegria e isso era uma reacção natural. As pessoas viam um enfermeiro quando o rei fazia anos, a partir dessa altura foi feito uma programação e quase todos os dias havia médicos e enfermeiros a fazerem serviço. E os médicos iam aos lugares mais distantes. E quando não tinham transportes a Câmara disponibilizava os transportes, para os médicos se deslocarem. Correu sempre bem.</p> <p>"Por exemplo aqui num local onde fizemos a rede águas e a rede de esgotos, foram as próprias pessoas que fizeram os ramais, elas é que abriram as valas para os ramais domiciliários, toda a gente se empenhou e foi assim que se conseguiu. e: houve outras instituições que também se preocuparam e que também poderiam ter ajudado... (00:37:03) E: Estava tudo afastado. A Misericórdia não tinha dinheiro para se meter nisso, eles também precisavam da ajuda da Câmara. Quando se tratava de resolver os problemas das pessoas, a Câmara esteve sempre disponível, mas atenção era obrigatório dizer qual é a finalidade do dinheiro. Porque o dinheiro não é meu, era da população, temos que prestar contas." (00:38:09)</p>
Entrevistado 3 Médico de Medicina Interna	<p>Estávamos em pleno período de reforma agrária, de ocupação de terras, de organização de cooperativas e de reuniões sucessivas de organização das populações antes mesmo das primeiras eleições para as autarquias locais, e, portanto, havia ali um processo muito vivo de organização, diria, de base, a um nível muito periférico.</p> <p>Recordo perfeitamente que em Santa Clara havia uma casa de frangos que tinha um frango excelente, como o nome indica, e depois à noite partilhávamos um jantar melhor organizado, sobretudo pelas colegas que estavam na equipa e por vezes depois do jantar íamos assistir a reuniões, umas de organização de carácter mais autárquicas, outras políticas. (00:20:24) Um de nós interessou-se muito pelas questões relacionadas à autarquia local, de tal maneira que depois ficou como presidente da Câmara,</p> <p>Em todas as equipas há experiências diferentes, mas estou seguro de que a identificação da necessidade de se trabalhar com todos os recursos é um dado comum, por exemplo a ligação que passamos a ter aos representantes das estruturas autárquicas, a nível de freguesia, das casas de povo, a nível das misericórdias, aos bombeiros. A nossa ligação ao bombeiro, ao condutor da famosa ambulância dos bombeiros de Odemira onde muitas crianças nasceram devido exactamente às distâncias, a nossa ligação ao corpo dos bombeiros e aliás a alguns deles, como cidadãos, ficou marcada para sempre.</p> <p>mas vai a caminho de um processo de maior participação e de maior igualdade. O simples facto de um aperto de mão a um qualquer cidadão por parte de um médico já foi, para muitos, um dado novo.</p>

Entrevistado 4 Psiquiatra	<p>Tentámos na altura sensibilizar a Administração Distrital de Saúde (ADS), dirigida por um homem ligado, salvo erro, ao MDP, (havia, na altura, algumas nomeações políticas como é comum nestas circunstâncias), que tinha alguma sensibilidade e com quem tentamos formalizar, por exemplo, a criação de farmácias comunitárias, mas sem êxito. Nós próprios tentamos arranjar até amostras clínicas, pois na altura os laboratórios davam mais. Conseguimos por exemplo, através de uma iniciativa local e uma mais central, ultrapassar as dificuldades de comunicação que havia (00:11:23) com montes ou povos mais pequenos, que tinham que fazer longas deslocações para a consulta. Combinamos com as pessoas que alguns de nós, os que tínhamos mais sensibilidade para estas coisas, que quando houvesse um doente que não se pudesse deslocar deixavam na placa da paragem da camioneta da carreira um lenço pendurado, para não estarem ali ao sol.</p> <p>"...conseguíssemos agilizar os processos burocráticos e alcançar respostas mais rápidas e eficazes na nossa intervenção. Por exemplo, pedíamos um Raio-x, que era feito no Hospital; a pessoa demorava X's dias para o ir fazer, e demorava N' dias para receber o relatório. Com a ajuda do Cardoso Ferreira e do Cóvas de Lima o processo era francamente agilizado. Um dia ou dois por semana o Cardoso Ferreira ia ter com o Cóvas de Lima, à noite ao Hospital, quando ele estava na urgência ou coisa parecida, e ele via os RAIO-X e ditava para o gravador para a secretária dactilografar. Simultaneamente o Cardoso Ferreira tomava uma s notas com os aspectos essenciais que nos ditava por telefone, referenciando se havia uma situação clínica emergente ou se era necessário um esclarecimento clínico adicional." (00:15:35)</p>
Entrevistado 5 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>(00:03:44) Nós integrámos o que era considerado a rotina habitual, e depois fomos a pouco e pouco introduzindo algumas ideias novas, ou formas diferentes de fazer. Até porque já tínhamos visto o que é que tinha corrido bem e mal, e portanto não houve problema. Essencialmente o que fizemos foi distribuir as tarefas que havia naquele hospital concelhio, com alguns internados, e nos postos onde tínhamos que fazer as consultas. Como hoje há nas grandes comunidades de pessoa. Nós saíamos de manhã no carro com os enfermeiros, o carro era uma 4L. Havia um enfermeiro que ia com os médicos e havia um outro, no outro carro para quando era necessário nos ajudar com alguma coisa, e que nos ia levando às populações.</p> <p>Houve várias experiências, muito interessantes, de intervenções comunitárias, de pôr as pessoas a fazer, de criar redes de apoio, etc., que hoje tem uns nomes sofisticadíssimos mas que naquela altura era uma coisa muito simples, que era arranjar alguém que podia ajudar a ir à casa do vizinho, que iria fazer algo. E isso aconteceu de uma forma não organizada, não conceptualizada, diferente da maneira como fazemos agora. Nós investimos nas vacinas, na mudança dos hábitos alimentares em comportamentos de saúde, obviamente que já falávamos de comer pouco sal, não existia esta questão do consumo do tabaco, o álcool era um problema, como ainda é hoje na zona dos Açores. Era um problema muito grande, porque não tínhamos uma intervenção directa, mas nós fizemos estas coisas todas. Essa intervenção na área preventiva foi feita, considerámos a educação para a saúde de uma forma que eu chamaria de mais clássica. Os velhos cartazes, as campanhas, como hoje, também se ia às escolas, mas sem a dimensão, o folclore, e a conceptualização com os termos, mas todas essas coisas nós aprendemo-las a fazê-las ali.</p>

Categorias	Capacitação
Análise	Processo de consciencialização de potencialidades, limites e capacidades utilizadas para a autonomia e sustentabilidade.
Entrevistado 1 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>Numa das aldeias era a própria senhora que emprestava a casa, que fazia marcações para consultas e para rastreios. Ela própria fazia as convocatórias, a aldeia resumia-se a três ou quatro ruas, o pessoal ia lá e apreciava aquilo.</p> <p>Sim, sim, inclusivamente eu levava colegas do internato geral, chamados "P1" e "P2" que exerciam a medicina tutelada, mas uma das coisas que podiam fazer era esse trabalho dos rastreios e, depois, também davam alguma informação sobre alimentação, sobre a questão dos lípidos, sobre as vacinas, ...Estes médicoa não pertenciam ao SMP, estavam apenas em estágio. Eu enquadrava estes médicos, mais jovens e muitos grupos enquadraram-nos também, porque eles tinham que fazer um estágio de saúde pública, no internato de "P1" e "P2" e eu penso que na maior parte dos grupos, nessa altura, havia já grande preocupação com a educação para a saúde. Penso que muitos grupos implementaram muitas coisas que eram novidade para a população em termos de informação, de protecção e de promoção da saúde, outros não, mas creio que a maior parte o fez. (13m:45s)</p>
Entrevistado 2 Presidente da Câmara Municipal	<p>"toda a gente se empenhou e foi assim que se conseguiu."(00:36:26)</p> <p>"Exigiam aquilo a que tinham direito, eu incentivava-os a reclamarem. Reclamem aquilo que é um direito vosso." (00:10:06)</p>

Entrevistado 3 Médico de Medicina Interna	<p>As populações organizavam-se no sentido de mudarem e melhorarem as condições de vida. Tinham esse direito.</p> <p>"E isto tudo para lhe dizer que me lembro das estruturas, dos habitantes e dos trabalhadores se organizarem em pequenos grupos, em pequenas comissões sempre com a perspectiva de atingirem melhores condições de vida familiar e colectiva."</p> <p>(00:25:05) Eu estou convencido que esse trabalho foi logo a seguir, uma vez diagnosticada a situação essa preocupação surgiu. Não lhe posso garantir que fosse uma preocupação inicial, estou convencido, que são os primeiros relatórios elaborados no final do SMP que identificaram essas questões.</p> <p>diria que há ali um processo natural. Uma das primeiras iniciativas do Movimento das Forças Armadas foi também essa, eles próprios estavam a fazer campanhas de carácter educativo nas zonas mais isoladas do país e portanto este movimento do SMP decalca muito daquilo que se terá passado nessas campanhas do MFA. (00:13:10)</p>
Entrevistado 4 Psiquiatra	<p>Na altura a medicina preventiva não tinha tanta expressão como foi tendo; também não havia estágios de saúde pública –</p> <p>Contudo, aqueles de nós que tinham mais sensibilidade para a saúde das populações, estávamos mais ou menos atentos à vertente preventiva e à importância da intervenção extra-hospitalar.</p> <p>Grande parte de nós, como tinha origens na periferia dos grandes centros tinham maior sensibilidade para as questões da saúde pública, para a importância das vacinas e dos boletins das vacinas, saúde escolar e introduzir conceitos de educação para a saúde, (00:24:23). Naquele tempo, por exemplo, era comum sempre que se receitava um antibiótico darem-se umas vitaminas. Um disparate não só económico, mas também terapêutico, pois nalguns casos até podia ser contra indicado. Procurar contrariar esse comportamento não era fácil, sendo frequente sermos considerados "maus médicos" por não receitarmos as vitaminas.</p>
Entrevistado 5 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>(00:14:35) Eu penso que sim, quer dizer eu até posso estar a contaminar um bocadinho a minha memória com o que eu penso hoje, de como é que se deve pensar os cuidados de saúde, enfim de autonomia e de cidadania, porque na altura ainda não tínhamos aculturado, não tínhamos integrado o que hoje pensamos sobre a capacitação. O tomar a saúde nas mãos, e todas essas coisas, e portanto ainda era um pouco incipiente, e a procura não tinha nada a ver com o que tem hoje, nós criávamos as necessidades das pessoas, nós procurávamos identificar, e as pessoas nas zonas rurais viviam com o que sempre tinha sido. Portanto era considerado um processo natural acontecerem estas coisas, o morrerem as pessoas de <i>certa</i> maneira, a esperança média de vida não tinha nada a ver com o que é hoje. Se as doenças aconteciam era normal, não se queixavam de subir as escadas, porque era normal sentir um bocadinho de dor aos 60 anos e portanto havia uma expectativa e havia uma forma de ver este equilíbrio de saúde e doença completamente diferente do que há hoje. Portanto nós talvez fôssemos um pouco biomédicos na altura. Se utilizarmos a terminologia actual.</p>

Categorias	Impacto
Análise	Resultados obtidos; efeitos a curto e a longo prazo.
Entrevistado 1 Médico de Clínica Geral e Familiar	<p>(06m:45) E.: Foi o acesso a cuidados médicos. As pessoas estavam ávidas, não é? Porque todas as pessoas têm necessidades sentidas, têm padecimentos, e também há aquela noção de se sentirem protegidas. Algumas percepções são ilusórias, outras são reais.</p> <p>"foi um processo de mudança em vários sentidos. Primeiro porque as populações contactaram com uma geração mais jovem, com pessoas com uma forma de estar na vida diferente dos médicos antigos, não é? Menos paternalistas, mais abertos a várias coisas, por exemplo ao planeamento familiar, a certos problemas e eu penso que isso fez alguma diferença; por outro lado criou nas populações novas necessidades, nomeadamente cuidados preventivos. Por exemplo, muitas vezes atraíamos pessoas, porque sabiam que se fazia o rastreio da diabetes durante uma semana ou duas ou se fazia o rastreio da hipertensão. Portanto organizavam-se as coisas para além das consultas normais, depois de satisfeitas as necessidades mais imediatas, as doenças agudas... e quando as coisas estavam mais calmas e havia mais tempo, tentávamos ser mais pró activos" (11m:46s).</p> <p>(17m:57s) E: Ele foi extinto porque deixou de ser necessário. Porque a partir do momento em que se criou, o problema do SMP era que todos os anos mudavam os médicos e portanto lá vinham caras novas e começava tudo de novo, não é? A inexperiência recomeçava todos os anos. Por outro lado os turnos terminavam e os médicos ficavam a aguardar entrada nas carreiras médicas no SNS. Houve várias tentativas em 1977 e em 1979 de criar uma carreira de clínica geral, que era a forma de assegurar a assistência médica e cobertura do país, com carácter permanente. Quando foi criada a carreira em 1982, nesse ano foram colocados milhares de médicos por todo país. Entre 82 e 85 foram colocados uns 5000 a 6 000 médicos que são mais do que os que actualmente estão ao serviço. Nesse período de tempo fez-se a cobertura do país com uma parte dos médicos que tinham feito o SMP. Outros médicos seguiram as especialidades hospitalares. Ora estando assegurada a cobertura por médicos que não tinham que mudar todos os anos não fazia sentido manter o SMP. Puro e simplesmente acabou por se tornar desnecessário, por ter sido criada uma alternativa melhor.</p>

<p>Entrevistado 2 Presidente da Câmara Municipal</p>	<p>(00:27:47) E: A Câmara não lhes pediu nada, sabíamos que normalmente isso não funcionava. Embora as relações fossem boas com a Administração Regional de Saúde e os serviços de saúde. Eram excelentes com o Hospital de Beja porque o Hospital de Beja teve ali uma grande equipa de médicos, na mesma altura. Alguns deles foram para Lisboa, outros foram e regressaram e alguns ocupam lugares na Câmara. No hospital de Beja havia ali uma equipa de médicos com quem a gente contava. Bastava telefonar ou falar que os apoios iam e vinham, e parece-me que correu sempre tudo bem, uma maravilha de facto. (00:28:52) e: Na sua opinião quando este serviço acabou, sentiram-se diferenças aqui na autarquia? E: Naturalmente, as pessoas estavam habituadas. Todos estávamos empenhados em ajudar as pessoas, médicos e autarquia, as coisas funcionavam lindamente, mas aos poucos tudo começou a ser esvaziado. Foi tão esvaziado que acabou assim: o material do Raio X foi todo desbaratado, a mesa operatória foi para o Hospital de Beja, a incubadora e o electrocardiógrafo foram todos para o Hospital de Moura. E o resto desapareceu. Pura e simplesmente desapareceu, foram levando, levando, e desapareceu tudo, todo o material cirúrgico, tudo quanto foi adquirido desapareceu.</p>
<p>Entrevistado 3 Médico de Medicina Interna</p>	<p>Mudou para sempre, sublinho não só em termos da prestação de cuidados como em termos de construção do Serviço Nacional de Saúde e as mudanças que tiveram lugar no princípio dos anos 80 foram inspiradas no SMP. Como lhe disse quando chegamos a Odemira, encontramos o Centro de Saúde muito distante, era onde se faziam as vacinas das crianças, nós mandávamos as crianças e as mães aos cuidados da chamada valência materno-infantil ao Centro de Saúde. Olhe, dizíamos, agora vai ao Centro de Saúde que é ali perto, mas havia uma certa barreira e uma certa distância porque o Centro de Saúde era uma estrutura do Estado que dependia do Ministério da Saúde, enquanto os Serviços Médico-Sociais não, esses estavam na dependência de outro ministério e não tinham relação com a saúde, como se sabe, existia uma tradição de separação dos serviços de saúde e (00:23:43) quando se caminha para a integração, e se cria o SNS esta realidade periférica foi muito considerada. Portanto, houve ali uma experiência riquíssima dos médicos que integravam as equipas nos vários concelhos que foi determinante, por exemplo na definição do que era um centro de saúde de 2ª geração. Fundiu os centros de saúde isolados com as outras estruturas. Foi uma fusão não só física, mas sobretudo, juntou a missão do centro de saúde muito de carácter preventivo, cuidados materno-infantis, com os cuidados médicos.</p> <p>Portugal era um país marcadamente atrasado no contexto europeu e hoje se compararmos o padrão da mortalidade, morbilidade, ou dos principais indicadores do país eles já estão perfeitamente a par.</p>
<p>Entrevistado 4 Psiquiatra</p>	<p>Foi por isso que fomos tentando criar ali algumas infra-estruturas, como foi o caso da obstetrícia, após a chegada do tal colega que tinha terminado o serviço militar perto do fim de 1975, e que tinha alguma diferenciação nessa área clínica, através de uma prática de vários anos na Maternidade Magalhães Coutinho, numa equipa muito famosa (00:21:14),</p> <p>(00:22:23) Fazíamos internamento em situações comuns, quando achávamos que tínhamos condições e com a colaboração de Beja, com quem também tentamos criar o que agora se designam as “vias verdes”, quando tínhamos dúvidas. Nem sempre tínhamos um feed-back satisfatório; sentíamos-nos de facto um pouco marginalizados, porque estávamos no extremo do distrito, logo a cesso e o estilo de vida eram muito diferente de quem estava perto de Beja.</p> <p>Foi também por estas preocupações que foi difícil sair no fim do período de SMP, mesmo só tendo saído quando o outro grupo lá chegou – tínhamos criado laços, eram pessoas agradáveis, que nos tratavam bem. (00:25:00)</p> <p>de facto tinha havido toda a vantagem em ter mantido o SMP porque: primeiro, era uma forma de garantir que os médicos se apercebessem da realidade efectiva da saúde em Portugal; em segundo, de darem uma contribuição importante, como nós demos, quando revolucionámos as terapêuticas, os diagnósticos e os exames complementares, eventualmente com alguns excessos num ou noutro ponto mas melhorando indiscutivelmente a assistência médica da população, até nos locais mais recônditos; e terceiro na transformação das relações entre médicos e população e consequentemente na percepção da imagem do médico, por si próprio e pelos utentes. Portanto era uma aprendizagem importante, (00:36:09) de confronto entre a perspectiva académica/universitária e a realidade da vida, como será para os magistrados e eventualmente para os professores, que teria permitido que não se tivesse invertido o movimento de fixação de médicos na periferia.</p>

<p>Entrevistado 5 Médico de Clínica Geral e Familiar</p>	<p>Para as populações, foi óbvio porque ofereceu uma coisa que não havia, a criação do Serviço Médico na Periferia, levou cuidados de saúde a sítios que nem se pensavam; depois para os médicos, é preciso ver a fase em que decorreu, no período pós 25 de Abril, pessoas motivadas com alguma disponibilidade, experiências novas, e etc. Depois fomos largados em sítios que eram muito diferentes daqueles onde tínhamos aprendido a ser médicos, mas íamos com aquele gás todo, de querer fazer e ver coisas, sempre encontrávamos alguma dificuldade e estávamos sozinhos. Isto é a mesma coisa que acabar o internato em Santa Maria ou em São José ou em Coimbra no Hospital da Universidade de Coimbra e fazer uns bancos em que nos deixavam sozinhos.</p> <p>O ter direito à saúde era ter acesso a médicos, a cuidados de saúde, medicamentos e havia pessoas que necessitavam deles. Começou a discutir-se onde é que se podia ter os bebés, se em casa ou nas maternidades, que os bebés deviam ter consultas nos primeiros anos de vida, também se discutiu a questão das vacinas, se os bebés não fossem ao centro de saúde se alguém os ia vacinar a casa, todas estas coisas, que marcaram a mudança que foi feita ao longo desses anos. Foi uma mudança radical no padrão social em termos de um sistema, se quiser, de saúde. Em termos profissionais para todos os médicos que passaram foi uma experiência de um enriquecimento profissional, e enquanto pessoas, muito importante. Em termos de política de saúde penso que foi um dos factores essenciais. Que terá levado à sustentação da carreira de clínica geral. Eventualmente se não tivesse havido SMP, a aposta clara em haver uma carreira de clínica geral teria sido muito mais difícil de vingar. O SMP criou outra coisa, além da ideia de haver a carreira de clínica geral, estava identificada outra coisa, precisamos de médicos aqui, médicos que tratem de nós enquanto pessoas, que nos tratem dos problemas.</p> <p>E em termos de política de saúde penso que foi um sustentáculo importante. Porque teve estas duas questões: politicamente as pessoas perceberam que era impensável retirar o que as pessoas já sentiam, e não se esqueça que na altura estas coisas dos movimentos populares tinham um peso diferente do que tem hoje. Não se podia retirar este serviço oferecido às pessoas. Era inaceitável, as pessoas manifestavam-se contra isso, portanto politicamente esta era a situação. Por outro lado os profissionais havia neste momento uma situação que era o facto de haver recursos humanos. Quando surgiu a carreira eu tinha duas portas de entrada: fazer o internato da especialidade que eu fiz. Dois terços dos meus colegas são hoje médicos de família, do meu curso, entraram pela chamada via curta, e foram directamente para a clínica geral, para todos os lugares do país, portanto não houve nenhuma rotura, e isso não foi coincidência, foi contemporaneidade. Houve uma leitura política da situação, foi criada uma necessidade de saúde que era expressa e sentida “não queremos perder isto”, e que é sentido como uma mais-valia importantíssima que tinha mudado o padrão dos cuidados de saúde. Haver recursos humanos que estavam disponíveis para continuar a fazer aquilo, agora com uma carreira, com um estatuto quer dizer foi um facto, penso eu importante, talvez o mais relevante.</p>
---	--

ANEXO V – LEGISLAÇÃO

Curriculum Vitae