

BIBLIOGRAFIA

- (1) *Actas do VII Congresso Internacional de Hospitais (1953)*. Edição francesa, pág. 30.
- (2) H. W. C. Vines — *Background to Hospital Plan*, pág. 163.
- (3) M. McEachern — *Hospital Organization and Management (1957)*, pág. 31.
- (4) Textes officiels — *Journal Officiel* du 31-XII-1958.
- (5) Emile Planchard — *A pedagogia Escolar Contemporânea*, pág. 8.
- (6) Eugène Aujaleu — *A formação dos médicos perante as exigências actuais da saúde pública*, «Hospitais Portugueses», n.º 72/73, pág. 35.
- (7) Oliver Cope — *The Hospital in Contemporary Life*, págs. 181 e segs.
- (8) Urs Peter Haemmerli — *Principes d'organisation dans un hôpital d'enseignement américain*. In «Médecine et Hygiène». Genève. Ano XVII, n.º 419, 30-1-1959.

Notas à Reforma Hospitalar Francesa

Coriolano Ferreira

CAPÍTULO I

MOTIVOS DA REFORMA HOSPITALAR FRANCESA

1. Correu mundo a notícia de que a medicina e os hospitais de França haviam provocado deliberadamente uma das maiores crises da sua história, ao abalançarem-se a rever, desde os fundamentos, a sua organização e métodos de trabalho e bem assim as carreiras dos seus profissionais.

2. A fazer fê pelo que dizem os franceses responsáveis, tão expressiva reforma era exigida por necessidades imperiosas no campo do ensino, da investigação, da acção hospitalar e do exercício profissional da medicina.

3. O ensino era motivo de inquietação e ansiedade por parte da maioria dos professores universitários que denunciava a situação com os seguintes dados de facto:

— planos escolares e métodos didáticos anacrónicos;

- anacrónica a repartição das matérias pelas disciplinas;
- exagero de tempo, dado a cadeiras como a anatomia, com prejuízo de outras de natureza clínica;
- inexistente o contacto dos alunos com os doentes, durante o curso;
- insuficiente o número de agentes de ensino, para a quantidade extraordinariamente engrossada de alunos;
- falta de disciplinas actualizadas de medicina preventiva e medicina social;
- sobretudo, falta desse espírito social que deveria impregnar todo o curso médico;
- más instalações hospitalares para ensino.

Como consequência, os médicos saíam mal preparados e sem formação espiritual para a medicina de hoje.

Acresce que uma circunstância grave alertou os franceses e lhes feriu profundamente o brio nacional: a «American Medical Association» recusara reconhecer o diploma aos médicos franceses, fundamentando-se na baixa qualidade do ensino que conduzia a tal título; as universidades americanas negaram a equivalência aos anos de estudo nas universidades

in Relatórios e Estudos de Administração Hospitalar, VIII, Hospitais Portugueses, 14 (115) e (116-117), 1962.

francesas. Ora, estas equivalências continuam a ser reconhecidas na mesma América aos diplomas e estudos universitários de pequenos países limítrofes da França: Bélgica, Holanda, Suíça, Itália, etc.

Que mais seria preciso para humilhar os professores franceses?

Aliás, situação semelhante se observava quanto ao ensino post-escolar: hoje já ninguém vai a França, como antigamente, para ser externo ou interno dos hospitais.

Tal situação foi largamente descrita por um dos membros da Comissão de Reforma, o Prof. Aujaleu, num artigo publicado na Revista «Hospitais Portugueses» (Aujaleu, 1).

4. E a investigação?

Desorganizada e improdutivo.

A geração actual de médicos franceses recorda que o número de investigadores é cada vez menor; que as grandes descobertas passaram a vir-lhes de fora das fronteiras; que as últimas remontam ao B.C.G. de Calmette-Guerin, antes da primeira guerra mundial e a Ramon e à sua anatoxina, entre as duas grandes guerras; que mais de vinte anos se passaram já sem que um único prémio Nobel haja sido conferido a médicos franceses.

5. Os hospitais,

esses apresentavam-se velhos nas instalações e no funcionamento.

Os serviços técnicos alojavam-se em locais de emergência, e faltava-lhes o mínimo de conforto para os doentes.

É sintomático que uma das circulares ministeriais sobre humanização dos hospitais, publicadas juntamente com esta reforma, haja reconhecido que «la foule que se presse devant les portes de l'hôpital exposée aux intempéries un long moment avant l'heure des visites, est un spectacle classique mais particulièrement pénible» e termine por convidar os hospitais a arranjamem locais abrigados para as visitas.

À parte alguns edificios novos e monumentais e, tirando alguns melhoramentos introduzidos aqui e além, as instalações dos hospitais

franceses não satisfaziam pois os seus responsáveis.

O mesmo se diga da eficiência, quer técnica quer administrativa dos serviços hospitalares.

6. O exercício médico,

caracterizado pelos concursos, mundialmente conhecidos, e pela opulência dos consagrados, vinha acumulando, há bastantes anos, críticas accoradas.

Os médicos franceses passam os melhores anos da vida a prestar provas de concursos — externato, internato, medicato, etc. — Concursos duros, erosivos, imobilizando júris durante meses e esgotando candidatos. Habitualmente só 50% desses candidatos a externos logram vencer a prova; de 800 pretendentes anuais ao internato, em Paris, entram apenas 100; há quem repita o concurso, três, quatro e até cinco vezes.

Mas os vitoriosos membros desse escol altamente qualificados, vêm abrir-se diante de si magnífica situação.

Fieis ao principio liberal da escolha livre do médico e do contacto directo, exclusivo, entre clínico e doente, obrigam a Previdência — mais compreensiva ou mais dócil do que em muitos outros países — a conformar-se com tal posição ideológica, plena de consequências.

Assim, o segurado escolhe à vontade o médico a quem deseja confiar-se e dirige-se-lhe sem intervenção da «Securité», que apenas é chamada para pagar a conta. É evidente que, podendo escolher, sem acréscimo de encargos, entre um principiante e uma sumidade garantida por tantas e tão longas provas, os doentes optam em massa por estas últimas, que conquistam assim opulência invejável, contrastando com a situação difícil das grandes massas dos principiantes.

Aqui se deve buscar a explicação para grande parte das discussões apaixonadas que a reforma suscitou.

7. Para além destes motivos, publicamente apontados pelos promotores da reforma, eu creio que deverá ter-se igualmente em conta:

a) A evolução rápida dos conceitos de segurança social e a sua generalização nos últimos anos, sobretudo após a experiência inglesa;

b) O carácter amplo desta segurança, que, longe de se ficar na simples garantia de aposentação, tratamento ou desemprego, vai ao ponto de exigir certeza de condições de trabalho, no início das carreiras antigamente tidas por liberais;

c) O aperfeiçoamento das técnicas médicas e hospitalares em todo o mundo, divulgado por cima das fronteiras, colocando cada país em face das suas responsabilidades neste campo da defesa da saúde.

CAPÍTULO II

A REFORMA HOSPITALAR FRANCESA

§ 1.º — Textos legais

1. Com data de 11 de Dezembro de 1958, publicou o «Journal Officiel» do dia 12 três diplomas relativos à reorganização hospitalar e ao exercício da profissão médica. Em 31 desse mesmo mês, com a data do dia anterior, apareceu um outro diploma com as bases da reforma do ensino da medicina e do desenvolvimento da investigação médica.

Estes quatro diplomas, constituindo o essencial da tão esperada e agora tão discutida *reforma francesa*, são os que a seguir refiro:

— *Ordonnance n.º 58-1198, de 11 de Dezembro de 1958* — estabelece nova organização do sistema hospitalar e novas bases do exercício de medicina.

— *Ordonnance n.º 58-1199, de 11 de Dezembro de 1958* — enumera os órgãos de coordenação dos estabelecimentos hospitalares, nos escalões nacional e regionais.

— *Decreto n.º 58-1202, de 11 de Dezembro de 1958* — regulamenta os dois diplomas anteriores.

— *Ordonnance n.º 58-1373, de 30 de Dezembro de 1958* — estabelece a interligação dos hospitais e faculdades para o ensino médico.

2. Em execução dos quatro textos de base que ficam referidos, foram posteriormente emitidas diversas providências legislativas, entre as quais vale a pena citar:

— *Decreto n.º 59-496, de 27 de Março de 1959* — organiza o ensino destinado a favorecer a promoção profissional do pessoal auxiliar que deseje frequentar escolas de enfermagem.

— *Arreté de 14 de Abril de 1959* — regulamenta o decreto anterior.

— *Arreté de 6 de Maio de 1959* — fixa a lista de referências que servirão para classificar anualmente o exercício dos funcionários hospitalares.

— *Decreto n.º 59-707, de 8 de Junho de 1959* — estabelece as condições de ingresso e promoção do pessoal administrativo dos hospitais.

— *Decreto n.º 59-957, de 3 de Agosto de 1959* — estabelece a classificação geral dos hospitais e fixa os serviços que competem a cada classe.

(Outros e importantes diplomas foram publicados após a redacção deste trabalho, no verão de 1959. Mas as linhas gerais do sistema são as que constam dos acima referidos).

Circulares sucessivas têm esclarecido os diplomas legais aqui referidos. Outros fixaram já matéria de indiscutível interesse, como acontece com a de 9 de Março, que estabelece as remunerações dos externos e internos dos hospitais.

3. A reforma francesa foi preparada por uma comissão interministerial, sob a presidência do professor Robert Debré.

Com uma expressiva maioria de médicos, dos quais quatro directores de faculdade, a comissão teve, além de representantes de vários ministérios, a colaboração a título pessoal dos nomes notáveis da medicina francesa: Profs. Fauvert, Creyssel, Binet, etc.

Os trabalhos foram longos e acidentados, antes de terem chegado às conclusões de que os textos acima referidos são a expressão.

4. Publicados num período excepcional da vida política francesa estes diplomas valeram-se da liberdade

legislativa de que o Governo dispunha nesse momento. Fixaram apenas alguns dos preceitos fundamentais do novo sistema e deixaram ao mesmo Governo carta branca no que respeita ao resto — que é quase tudo —, agora expressamente subtraído à esfera do poder legislativo normal e transferido para a zona regulamentar.

Passa de três dezenas o número de temas que explicitamente são deixados à futura regulamentação, desde o estatuto do pessoal médico, ao regime de propriedade dos estabelecimentos hospitalares e universitários, desde o regime financeiro dos hospitais ao dos médicos estrangeiros.

5. Sem esses decretos regulamentares, a reforma não está completa.

Um dos primeiros a ser conhecido em anteprojecto — o da profissão médica — levantou tal coro de protestos que o Governo se apressou a classificá-lo como simples documento de trabalho, ainda em obra.

6. Creio no entanto que, apesar de incompleta, a reforma francesa já deixa ver o esqueleto a ser revestido pelos decretos regulamentares que os gabinetes vão preparando.

Esse esqueleto é alguma coisa de importante, que vale a pena estudar detidamente.

É que a situação francesa, antes da reforma, talvez tenha pontos de contacto com a portuguesa. As soluções agora apresentadas talvez sejam de considerar entre nós: umas para rejeitar, outras para aproveitar, todas para esclarecer.

§ 2.º — Âmbito geral

1. Nesta análise, procurarei apon-tar e comentar unicamente os vértices desta figura poligonal que é a reforma francesa:

Não são muitos:

a) Na organização hospitalar

- actualização do conceito, classificação e funções do hospital;
- coordenação central e regional dos hospitais;

- reforço dos poderes da administração;
- clarificação do sistema de financiamento.

b) No ensino

- cooperação orgânica de hospitais e faculdades;
- fusão das carreiras médicas hospitalares e académica, pela constituição de um corpo nacional, único, de médicos de assistência e de médicos de ensino;
- regime obrigatório de ocupação exclusiva para todos estes médicos;
- revisão dos planos de estudo, num sentido mais clínico-prático e de intenção social.

c) No exercício médico

- regime de plena ocupação para os médicos hospitalares;
- possibilidade de clientela particular nos hospitais;
- criação de clínicas abertas nos hospitais;
- simplificação da carreira, pela supressão de alguns concursos e ali-geiramento de outros.

d) Na investigação

- criação de uma carreira autónoma de investigadores, com estatuto próprio;
- obrigação de os hospitais organi-zarem e sustentarem centros de pesquisas.

2. Nos parágrafos seguintes analisarei cada um destes pontos, citando as disposições legais respectivas, explanando-as, fundamentando-as e, sempre que possível, sugerindo soluções para o caso português.

No final, tentarei colher a lição geral da reforma.

A REFORMA E A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

§ 1.º — Legislação

— *Ordonnance n.º 58-1198, de 11 de Dezembro de 1958* — publicada no *Journal Officiel* de 12 do mesmo mês.

— *Ordonnance n.º 59-1199* — da mesma data.

— *Decreto n.º 58-1202* — da mesma data.

§ 2.º — Exposição

O primeiro dos diplomas acima enunciados revoga, no antigo Código de Saúde Pública, todo o título I do Livro VII que regulava a organização e administração do sistema hospitalar francês. Poupa apenas nove artigos, mas com redacção nova.

O segundo ajunta às disposições assim renovadas mais quatro artigos, destinados a indicar os órgãos de coordenação e a estabelecer as condições indispensáveis à abertura de hospitais novos.

O terceiro regulamenta largamente os anteriores.

Posso resumir assim a orientação destes diplomas:

a) A função dos hospitais abrange a medicina preventiva, o diagnóstico, o tratamento, a readaptação e o isolamento profilático (Ord. 1198, art.º 678.º do C.S.P.).

b) Os hospitais são erigidos em pessoas jurídicas, distintas das instituições a que até aqui pertenciam (Ord. 1198, art.º 678.º do C.S.P.).

c) A rede hospitalar compreende hospitais comunais, intercomunais, departamentais, interdepartamentais e nacionais. As duas últimas categorias foram agora criadas «ex-novo» (Ord. 1198, art.º 678.º do C.S.P.). Para efeitos técnicos, estes estabelecimentos classificam-se em: centros hospitalares regionais, centros hospitalares, hospitais e hospitais rurais (Ord. 1198, art.º 681.º do C.S.P.).

d) A «administração» superior dos hospitais pertence a uma comissão administrativa, presidida pelo «maire» e com número variável de vogais, representando o conselho municipal, a previdência social, a ordem e sindicatos médicos, etc.

A « direcção » pertence a um funcionário administrativo, cujos poderes foram largamente reforçados com a categoria de director-geral, director, ou director-economista, segundo a categoria do hospital (Ord. 1198, art.ºs 682.º e 683.º do C.S.P.).

e) A coordenação dos hospitais é realizada pelo Ministro da Saúde Pública e da População, assistido por:

- uma comissão nacional;
- comissões regionais (Ord. 1199, art.º 734.º do C.S.P.).

Com funções consultivas existem:

— *Comissão nacional do equipamento hospitalar* — para a planificação do apetrechamento dos hospitais, em plano nacional;

— *Conselho superior de hospitais* — para dar parecer sobre a organização e funcionamento interno dos hospitais;

— *Conselho superior da função hospitalar* — para as questões relativas ao pessoal (Dec. 1202, art.º 1.º).

f) O financiamento dos hospitais é feito pela fixação anual de preços de diárias, discutíveis administrativa e economicamente.

Não há subsídios. Os responsáveis — sejam os doentes, as câmaras ou a previdência — pagam facturas, devidamente discriminadas. Os encargos com os doentes sem condições de pagamento — por eles ou por terceiros — são suportadas pelos donativos, heranças, legados e receitas de bens próprios dos hospitais (Dec. 1302, art.º 32.º e segs.).

g) Os contabilistas são destacados do quadro externo do Ministério das Finanças, do qual ficam dependendo (Dec. 1202, art.º 28.º).

§ 3.º — Comentários e sugestões

Sigo, para maior facilidade, nestes comentários as alíneas antecedentes:

a) Saudemos com júbilo a consa-

gação legal das funções preventiva e recuperadora do hospital.

O Ministro da Saúde e da População, numa circular emitida em 5 de fevereiro de 1959, para esclarecer pontos da reforma e das instruções sobre a aplicação exprime-se assim:

«La législation hospitalière ne pourra plus être invoquée pour s'opposer à l'installation de services de prévention dans les hôpitaux...»

«L'indication de la réadaptation fonctionnelle dans les attributions des hôpitaux est destinée à mettre l'accent sur la nécessité de ne pas négliger cet aspect du traitement...»

E o Dr. Leclainche, já referido director-geral da Assistência Pública de Paris, escreve:

«Une étape capitale est ainsi franchie par la France, après beaucoup d'autres pays. Désormais la médecine préventive n'est plus l'apanage des organismes spécialisés... On reconnaît que le "dépistage" de la maladie peut et doit se faire à l'hôpital...» (2).

Isto já não oferece hoje dúvidas nem novidade, no campo dos conhecimentos. Mas tem encontrado dificuldades no campo da acção prática.

Entre nós, a função preventiva dos hospitais tem sido exercida em alguns casos — poucos — por iniciativa individual de directores de serviços. Nunca se fez um plano de medicina preventiva, apoiado na nossa rede hospitalar. Ora, as iniciativas pessoais são úteis, mais pelas possibilidades que demonstram, do que pelos resultados alcançados.

Creio que as direcções-gerais de saúde e de assistência estão hoje em boas condições de prepararem conjuntamente um plano deste tipo.

b) A personalidade jurídica atribuída aos hospitais franceses não tem para nós interesse imediato.

Embora haja de reconhecer-se que os hospitais das Misericórdias, lutam por vezes com dificuldades de acção, derivadas do seu estatuto de simples «valência», entre as várias da instituição, não parece que deva pôr-se para já, o problema da sua autonomização jurídica pelo menos em relação aos de menor dimensão.

c) O sistema hospitalar francês baseia-se, como se sabe, na organização administrativa do País. Os hospitais são serviços públicos, personalizados, das comunas e dos departamentos.

Surgiram agora os hospitais interdepartamentais e nacionais. Já se levantaram vozes a denunciar a tendência estatista destes novos tipos.

A classificação em *centros hospitalares regionais*, *centros hospitalares*, *hospitais* e *hospitais rurais*, estabelece a hierarquia de funções e pretende aproximar-se da nomenclatura internacional, recomendada pela OMS.

Não me parece que haja aqui alguma coisa de útil para nós.

Notemos, no entanto, que, do ponto de vista técnico, pode discutir-se se os nossos chamados «subregionais» têm todas as características, incluindo a dimensão, de um verdadeiro hospital, ou se alguns deles não deveriam ser pensados e organizados apenas como postos hospitalares periféricos. Seja como for, a nossa tradição, de forte valor local e geral, têm-nos na categoria de hospitais e daí, não deveremos desalojá-los, embora sejam de rever as suas funções.

d) A reforma agora publicada teve a clara intenção de reforçar os poderes do administrador — «directeur» — e de lhe criar um estatuto bem definido.

Mas não foi feliz.

Ao contrário do que é correcto, manteve o nome de «director» para um funcionário cuja função é administrar. Esta confusão é francesa e estendeu-se a países sob a influência da França.

A administração é a adequação de todos os meios ao fim último da empresa. A direcção é a condução parcelar de cada um destes meios. A administração é uma actividade integradora, política; a direcção é uma actividade técnica, exercida sobre sectores limitados da instituição. Administra-se um hospital, no seu conjunto; mas dirige-se dentro dele, individualizadamente, os serviços clínicos, ou os serviços administrativos, ou os de enfermagem.

A confusão, muito criticada na imprensa especializada francesa (3), vem agravada pela alteração que a re-

forma fez nos textos anteriores. Antigamente dizia-se que «la Commission Administrative gère et le directeur administre»; agora diz-se que «chacun des établissements est administré par une commission administrative» (art.º 2683.º).

Embora na regulamentação que foi feita no Decreto n.º 1202, os poderes do «directeur» saiam engrandecidos, não há dúvida de que houve aqui grande imprecisão de termos.

Em boa teoria, poderia ser discutido se as funções das Comissões Administrativas são em França de administração ou de governo dos hospitais. Mas, não querendo ir tão longe e aceitando que, ali, a administração lhes pertença, o funcionário executivo será um «administrador-delegado» mas nunca um «director».

Também em Portugal a nomenclatura não é uniforme e valia a pena tentar uma revisão geral.

O administrador-tipo é-nos dado pelo tradicional provedor. Enfermeiro-mor já é um título especial dos Hospitais Cívicos. «Director» é aplicável quando as funções de administração e de direcção clínica se concentram numa só pessoa. São os restos das administrações médicas iniciadas no século passado. «Administrador» é termo novo, usado em situações dispare: ora como verdadeiro e principal responsável da administração, ora como adjunto do director ou do enfermeiro-mor.

Seria meritória uma revisão geral. Atrevo-me mais uma vez a lembrar que o retorno, mesmo no Estado, aos antigos títulos de provedor produziria efeitos psicológicos vantajosos, além da clarificação de situações, sempre recomendável.

No que respeita às Comissões Administrativas dos hospitais, há várias lições a tirar do sistema francês.

O princípio de a presidência ser inerente às funções de «maire» é consequência da natureza comunal dos hospitais. Em todo o caso, os franceses criticam duramente a solução que «politiza» os hospitais e mobiliza para as eleições dos «maires» influências e considerações hospitalares importantes.

A composição destas comissões é motivo de meditação: representantes

do conselho municipal, da previdência social, dos organismos profissionais médicos, do público usuário, das faculdades de medicina...

É o conselho político — de governo — que nos falta nos hospitais do Estado e que deveríamos tentar.

Já em outras circunstâncias (Ferreira, 1958) tive oportunidade de denunciar o perigo que pode vir para os hospitais, quando confiam os seus destinos a delegados de instituições estranhas. Mas, assentando em que a presença desses delegados é indispensável, só há que cogitar a forma de evitar o perigo previsto. Ora os franceses deram aqui uma sugestão digna de estudo: os delegados da previdência, dos médicos do estabelecimento e dos organismos profissionais são escolhidos pelo prefeito, entre uma lista de três, proposta pelo organismo interessado. Assim, os delegados dependem na sua escolha simultaneamente da corporação a que pertencem e do próprio hospital que os recebe.

Talvez isto, traduzido para as nossas condições nacionais, dê um princípio de solução.

e) O estabelecimento da carreira para administradores é de necessidade indiscutível.

Os franceses queixam-se de que, por um jogo hábil de aberturas de vagas, pode chegar-se à situação de os melhores hospitais serem dados em administração aos «adventícios», em vez de o serem aos profissionais (3). Talvez. Mas para isso será preciso manobrar com a lei em termos menos elegantes. A simples existência da lei é já uma garantia que valeria a pena transportar para o nosso País.

f) O Ministro da Saúde e da População é o coordenador da acção hospitalar em escalão mais elevado.

É assistido por órgãos também de coordenação e por órgãos consultivos.

Como órgãos coordenadores, existem uma *comissão nacional* e várias *comissões regionais*.

Como órgãos consultivos, há uma *Comissão Nacional para o Planeamento do Equipamento de Hospitais*;

um *Conselho Superior de Hospitais* que dá pareceres sobre questões relativas à organização e funcionamento administrativo, financeiro e médico dos hospitais; um *Conselho Superior da Função Hospitalar* para as questões do pessoal.

Retenhamos daqui duas ideias:

A primeira, é a da necessidade de órgãos técnicos, em que o ministro se apoie na condução da política geral da acção hospitalar. Muitos ou poucos, bem ou mal constituídos, os órgãos franceses atestam exuberantemente aquela necessidade.

A segunda, é a criação de comissões coordenadoras de base regional, afirmando a interdependência dos estabelecimentos de uma dada região.

É curioso notar que estas comissões, e as nossas Comissões Inter-Hospitalares, são quase gémeas. A primeira Comissão portuguesa foi criada por despacho ministerial de 25 de Dezembro, de 1959 dado sobre um relatório com data de 19 desse mês. A Ordonnance francesa n.º 1202 é de 12 de Dezembro.

Significa isto que na França e em Portugal se chegava simultaneamente à conclusão de que: a) a região hospitalar — embora com conceitos um pouco diferentes — é uma entidade com vida própria e que por isso exige órgãos privativos; b) esses órgãos podem ser constituídos pelos próprios hospitais, ainda que apoiados no poder central.

Felicitemo-nos por esta coincidência de pensamento e de calendário.

Apenas direi que os franceses foram — pelo menos na lei — um pouco mais longe do que nós, pois as comissões regionais coordenam todos os estabelecimentos, qualquer que seja o seu estatuto, público ou privado, com ou sem fim lucrativo.

g) O sistema de financiamento dos hospitais franceses é já conhecido (5).

A reforma veio apenas aperfeiçoá-lo em certos pontos.

Utilidade para nós, não sei se poderemos tirar dela. A intervenção do seguro social domina ali toda a construção e entre nós é praticamente ausente.

Fiquem-nos só estas ideias gerais:

- o hospital recebe sempre o preço integral de todos os serviços que presta;
- o preço dos serviços é discutido em cada ano e por cada hospital com o «prefeito» respectivo e admite também discussão contenciosa;
- uma vez estabelecido o preço, o hospital só tem que, pelos serviços prestados, apresentar facturas ao doente, à comuna, ou à previdência;
- não há, por isso lugar a subsídios, visto que, mesmo os indigentes, sem seguro social que os proteja, são tratados por força dos rendimentos dos bens próprios dos hospitais, pelo produto de donativos ou outras generosidades, que, evidentemente, não entram no cálculo dos preços das taxas diárias.

h) Os chefes de contabilidade dos hospitais pertencem ao quadro dos serviços externos do Tesouro nacional.

Eis uma boa solução.

A separação que entre nós existe, entre a contabilidade orçamental, exigida legalmente, e a contabilidade patrimonial, de que os hospitais sentem a necessidade, manter-se-á enquanto a nossa Direcção-Geral da Contabilidade Pública não tomar ela própria a responsabilidade das contas dos grandes hospitais.

Não é de assustar o tantas vezes invocado rigorismo contabilístico do nosso Ministério das Finanças. A experiência pessoal diz-me que, de cada vez que os funcionários da nossa Direcção-Geral de Contabilidade Pública — onde se criou uma escola profissional deveras notável — entram em contacto com os hospitais, assumem uma atitude de compreensão verdadeira e interessada.

As administrações francesas estão, pelo que se vê, libertas das preocupações relativas à regularidade formal da gerência e fica-lhes só — como é de justiça — a da regularidade essencial.

Deste contacto directo da Contabilidade Pública com os hospitais, resultou em França, há já bastantes

anos, um plano nacional contável que reúne numa só as duas contabilidades: orçamental e de resultados. Talvez esteja aqui a razão por que nunca tal se conseguiu entre nós.

Uma sugestão final: porque é que os tesoureiros dos hospitais não serão igualmente destacados do quadro do Tesouro Público e a ele directamente ligados?

O pagamento deste funcionários — contabilistas e tesoureiros — poderá caber aos estabelecimentos, mas a responsabilidade funcional deveria pertencer ao Ministério das Finanças.

CAPÍTULO IV

A REFORMA E O ENSINO MÉDICO

§ 1.º — Legislação

Ordonnance n.º 58/1373, de 30 de Dezembro de 1958, publicada no Journal Officiel de 31 do mesmo mês, artigos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º e 8.º

§ 2.º — Exposição

No artigo 1.º este diploma determina aos hospitais e faculdades da mesma localidade que se constituam conjuntamente em «centros hospitalares e universitários», sem prejuízo de, hospitais e faculdades, manterem autonomia jurídica, com órgãos privativos de administração e legislação exclusiva. As relações mútuas serão fixadas em convenções a celebrar. As dificuldades resultantes dessas convenções serão examinadas por uma comissão mista e permanente.

O artigo 2.º declara solenemente que, nestes centros, o ensino se faz «dans le respect du malade», afirmando assim o primado da assistência sobre a docência. Igualmente declara que a investigação aqui realizada não prejudicará as atribuições de outros estabelecimentos de investigação e ensino.

O artigo 3.º impõe que os estudantes participem efectivamente na actividade hospitalar.

O artigo 5.º, notável e ousado, unifica as carreiras médicas hospitalares e de ensino, fixando os princípios seguintes:

- Trata-se de uma função dupla,
- de exercício conjunto,
- com recrutamento comum,
- nomeação simultânea pelos ministros da educação e da saúde,
- quadro conjunto, aprovado pelos dois ministros,
- jurisdição disciplinar única, em plano nacional.

Este mesmo artigo 5.º cria o regime de ocupação exclusiva para os médicos dos centros. «Ils consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche la totalité de leur activité professionnelle...»

Haverá um regime transitório, livremente escolhido, e que será objecto de decreto a publicar (artigo 8.º).

As faculdades e hospitais que constituem cada «centro» podem, agindo em conjunto, celebrar convenções com outros hospitais e organismos públicos ou privados, com idoneidade para serem associados às funções de assistência e de ensino (artigo 6.º).

Os encargos financeiros, respeitantes ao ensino médico e post-universitário, são suportados pelo orçamento do Ministério da Educação Nacional (artigo 7.º) se puderem ser individualizados. Se não puderem individualizar-se, serão pagos aos hospitais por uma quantia global (forfaitaire) desse mesmo Ministério (artigo 8.º).

As despesas com a investigação médica são repartidas pelo orçamento geral do Estado e pelo privativo do Ministério da Saúde e População.

§ 3.º — Comentários

Na marcha dos tempos, todos os acontecimentos têm préstimo: até as crises políticas.

Ninguém poderá afirmar que o período de «plenos poderes», arrancado por De Gaulle, nos fins do ano passado, à sua turbulenta Assembleia Nacional, não haja sido aproveitado para tomar decisões bem difíceis de fazer aprovar em tempos normais.

Esta cooperação de hospitais e faculdades, culminada pela unificação

das carreiras médicas, é daqueles actos que justificam só por si todo um período de suspensão de garantias constitucionais.

Já tive ocasião de escrever que, se todos os hospitais — não obstante terem como finalidade primeira o combate à doença — podem e devem ser locais de aperfeiçoamento profissional, os chamados hospitais escolares ou de ensino constituem campo insubstituível para a preparação de base dos profissionais da saúde, especialmente dos médicos (6).

E nessa ocasião pude afirmar que isso acarretava para tais estabelecimentos obrigações particulares, no que respeita ao planeamento do edifício, nível de apetrechamento, organização interna dos serviços, financiamento, recrutamento de doentes, recrutamento de pessoal e fórmulas de direcção e administração.

Em contrapartida, os hospitais recebem das escolas assistência médica da melhor qualidade, por vir de profissionais altamente qualificados, como são, por definição, e em regra, todos os que ensinam,

A dificuldade tem sido — creio que em toda a parte — atingir um ponto de equilíbrio, no qual se consiga o mais alto índice de cooperação entre escolas e hospitais, sem haver absorção por qualquer dos componentes do binómio. É que umas vezes o hospital quer agir como se a escola lhe devesse obediência, outras vezes é a escola que, pura e simplesmente, «quer ter um hospital».

Esta querela desdobra-se depois em aspectos variados: administração, direcção técnica, direitos de inerência, exclusividade de certas posições, etc.

Creio que os franceses deram, com a sua reforma, um subsídio valioso para o problema:

— Mantiveram a separação institucional das escolas e dos hospitais, conservando-lhes órgãos privativos de direcção e administração;

— Forçaram-nos a constituir-se em «centros» sob uma fórmula de *união* — que não de integração — donde resulta que só certos actos tenham de ser praticados em conjunto, ficando totalmente autónomos no resto;

— Verificando que, num serviço hospitalar, a função médica docente e a assistencial se entrelaçam tão intimamente que, só por análise lógica, é possível destrinchá-las, sem que isso corresponda a uma divisão no real; aceitando que nem os hospitais acham em parte alguma pessoal médico mais qualificado do que o do quadro das faculdades, nem estas podem possuir nesses quadros especialistas de todos os sectores da medicina, de que todavia o hospital tem mais necessidade; reconhecendo que a obrigação de fazer ensino, cada vez mais personalizado, a turmas de alunos cada vez mais numerosas, põe o problema do alargamento monstruoso dos quadros docentes;

— Encararam corajosamente a única solução que parece viável e anda a ser atingida em toda a parte, por aproximações lentas, desconfiadas, mas incessantes: a da atribuição de funções escolares ao pessoal hospitalar, assim como os hospitais já vinham dando funções de assistência ao pessoal de ensino. Daí à unificação vai apenas a conclusão de um raciocínio.

Embora expostos assim os princípios fundamentais do sistema, ficam ainda muitas questões importantes a esclarecer. Isso será feito por um ou mais decretos que se anunciam para breve.

Outra decisão de alcance notável é a que obriga o pessoal médico dos «centros» a dedicar toda a actividade profissional ao hospital, ao ensino e à investigação.

Esta determinação está igualmente na linha de evolução, perceptível há bastante tempo. Tirando um ou outro caso de situações pessoais de mais difícil solução, tenho verificado pessoalmente que a grande maioria dos professores e médicos hospitalares desejaria estar em condições de centrar nos hospitais escolares toda a sua actividade profissional.

Mas seria indispensável, para isso, que os hospitais tivessem instalações onde pudessem ser capazmente atendida a clientela privada, indispensável tanto do ponto de vista económico como de experiência clínica. E seria preciso que o vencimento e acesso

profissional estivessem garantidos por forma conveniente.

Se os hospitais foram concebidos sem ter presente, no programa arquitectónico, este facto e se os estatutos de professor e de médico hospitalar continuam a ignorar tal necessidade, a culpa não pertence a estes. Criem-se aquelas condições e ver-se-á que, sem necessidade de leis, a grande maioria dos médicos virá espontaneamente viver o dia inteiro nos hospitais, onde sente a verdadeira defesa contra a medicina parcelada que lhe repugna e se vê obrigada a fazer.

A falta de condições dos edifícios hospitalares motivou em França uma reacção violenta por parte dos que não desejavam abrir mão de situações exteriores. O Governo respondeu concedendo, para começar, um crédito de 20 biliões de francos, destinado a preparar as instalações hospitalares. Em Paris entraram logo em obras os hospitais de Saint Antoine, Cochin, Pitié e Salpêtrière.

A maior intervenção dos estudantes na vida hospitalar parece efectivamente de defender, nos termos indicados pelos reformadores franceses:

- que os estudantes passem no hospital todo o seu tempo, a partir do 3.º ano;
- que todos eles, sem necessidade de concorrer, sejam admitidos ao externato.

Em Portugal, não estamos alheios a estas exigências dos tempos.

A fórmula dos hospitais escolares, união de assistência e ensino, embora haja sido sujeita a viva controvérsia, está numa posição que reúne já alguns dos princípios agora consignados pela reforma francesa:

- independência institucional, assegurada por órgãos próprios de administração e de direcção;
- pessoal comum nos cargos de direcção clínica, correspondentes a disciplinas das faculdades;
- separação de encargos financeiros.

Não parece difícil partir daqui para uma fórmula mais avançada.

Creio que está aqui um campo extenso e brilhante para a Comissão Conjunta dos Ministérios da Educa-

ção Nacional e da Saúde e Assistência.

Finalmente, também suponho que entre nós será possível levar mais longe a utilidade dos serviços hospitalares para a preparação básica e pós-escolar dos médicos. Talvez um estudo conjunto das escolas e hospitais fosse tentativa aconselhável.

CAPÍTULO V

A REFORMA E O EXERCÍCIO MÉDICO

§ 1.º — Legislação

Ordonnance n.º 1198, de 11 de Dezembro de 1958, publicada no Journal Officiel do dia 12, artigos 680.º, 685.º do C.S.P. Decreto n.º 1202, de 11 de Dezembro de 1958, publicado no Journal Officiel do dia 12 — artigos 29.º, 30.º, 31.º e 44.º, n.os 10.º, 11.º e 12.º

Ordonnance n.º 1373, de 30 de Dezembro de 1958, publicada no Journal Officiel do dia 31, artigos 3.º, 5.º e 8.º

§ 2.º — Exposição

a) O regime de plena ocupação é previsto desde já e obrigatoriamente, como vimos, para o pessoal médico dos hospitais escolares (artigo 5.º da Ord. n.º 1373).

É igualmente obrigatório, e desde já, nos centros hospitalares regionais e nos centros hospitalares a designar pelo ministro, para o pessoal médico dos serviços clínicos auxiliares (Decreto n.º 1202, artigo 3.º). Nos restantes hospitais, a plena ocupação passará a vigorar logo que a respectiva Comissão Administrativa o requerir e consiga despacho favorável do ministro.

Este mesmo artigo 30.º fixa o prazo de 6 meses para que os serviços auxiliares funcionem em horário completo, ou seja, das 8 às 18 horas, sempre com a presença de médicos.

b) Em compensação, a nova redacção do artigo 68.º do C.S.P. per-

mite no n.º 2 que os médicos em regime de ocupação completa recebam no Hospital a sua clientela particular, tanto para consulta, como para internamento. Para isso, lhes serão reservados nos hospitais camas privativas.

c) O mesmo artigo 68.º permite que nos hospitais sejam criadas «clínicas abertas», a funcionar em regime de casa de saúde, com a liberdade de os doentes chamarem os médicos que lhes agradem, mesmo que não pertençam aos quadros do hospital.

d) Os artigos 29.º e 30.º do Decreto n.º 1202, mantêm o concurso como forma de recrutamento dos médicos hospitalares, mas esse concurso pode ser documental e admite numerosas excepções. O projecto do decreto sobre o internato prevê o desaparecimento do concurso de admissão no internato.

Estas são as disposições legais.

§ 3.º — Comentários e sugestões

a) Plena ocupação e horário completo.

São coisas diferentes, como é evidente. A primeira é aquele regime em que o médico tem de exercer no hospital toda a sua actividade profissional. A segunda é o sistema segundo o qual, cada departamento hospitalar tem assegurada a presença de médicos — mesmo que por turnos — durante todo o tempo em que está aberto. Esta segunda fórmula ainda pode apresentar várias modalidades, muito discutidas em França, mas que não vale a pena explanar aqui.

O que interessa saber é que há já alguns anos estavam a correr em França duas experiências de médicos em plena ocupação: a de Paris e a de Estrasburgo. Da primeira, foram publicados em Portugal os textos legais respectivos (7). O curioso é anotar que tais experiências — pelos vistos coroadas de êxito — foram incentivadas e pagas pela previdência social. Na verdade, a «Securité» francesa viu bem quanto lucro poderia ter, se os seus doentes fossem tratados em serviços hospitalares com médicos permanentes. Daí o desassombro e a firmeza com que aceitou pagar diárias mais altas nesses serviços. Tal

acréscimo deu aos hospitais possibilidade de estabelecerem para os médicos ordenados-base mais convincentes.

O «processo» da plena ocupação está instruído e julgado. Não é aqui lugar, nem surgiram motivos para fazer a sua revisão. Mas é lugar para chamar a atenção dos responsáveis portugueses para a gravidade do facto de os nossos hospitais estarem vazios de médicos 19 a 20 horas cada dia — excluindo bem entendido os escalados para urgências. E temos de louvar com sinceridade a sabedoria implícita na determinação francesa de pôr obrigatoriamente em regime de horário completo os serviços clínicos auxiliares. É por aí que se escapa a maior parte do rendimento dos nossos hospitais.

b) A compensação dada através de camas privativas e instalações para a clientela particular dos médicos é perfeitamente justificável. É mesmo a única maneira de fazer coincidir os interesses do médico com os do hospital.

Eis um aspecto a considerar no planeamento dos nossos hospitais e no ajustamento dos que já estão em funcionamento.

c) A inovação das clínicas abertas vem em execução do disposto no novo artigo 679.º do Código de Saúde Pública, segundo o qual «os hospitais públicos são abertos a todas as pessoas, cujo estado requeira os seus serviços».

É a evolução irresistível: o hospital centro de saúde da comunidade.

Entre nós, creio que levará seu tempo a aceitar tal solução. Exigirá não só obras nos hospitais, mas também uma mudança de mentalidade que talvez não convenha acelerar.

d) A carreira médica anda muito discutida em França e em Portugal. Ali, porém, está já na fase legislativa.

A tendência é de abandonar o clássico sistema de concursos constantes e desgastantes que deu fama à França e nos importámos.

Entendem os estudiosos de tal problema que a evolução do hospital — instituição cada vez mais aberta por ser cada vez mais compreensiva — impõe a revisão dos métodos de selecção médica. Teimar em manter o

prestígio duma classe profissional ou de um estabelecimento, escorado em concursos propositadamente desgastantes, para fechar uma instituição que, como vimos, será cada vez mais democraticamente aberta, é desafiar o destino que costuma vingar-se sem piedade.

Se o internato é um ciclo de aprendizagem complementar, porque exigimos, como condição de entrada, que os jovens profissionais já saibam aquilo que se propõem aprender? Se o hospital é centro de ensino pós-secundar que interessa pôr ao alcance de todo o profissional da medicina, porque agir precisamente como se a intenção fosse furtar esse campo de prática à grande massa dos que a procuram?

Foi assim que pensaram os reformadores franceses. E creio que pensaram bem, mesmo tomando em conta que, com esta orientação, abandonam uma tradição de mais de 150 anos.

Também entre nós esta ideia tem conquistado terreno. O plano da carreira médica, o regime de internato já acordado pelos Hospitais de Santa Maria e São João, e o relatório de reorganização dos Hospitais Cíveis de Lisboa, da autoria do seu Enfermeiro-Mor, orientam-se neste sentido.

CAPÍTULO VI

A REFORMA E A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

§ 1.º — Legislação

Ordonnance n.º 58-1573, de 30 de Dezembro de 1958, publicada no Journal Officiel de 31 do mesmo mês — artigos 2.º, 3.º, 5.º, 7.º e 8.º

§ 2.º — Exposição

O artigo 2.º declara que a investigação médica será organizada nos «centros hospitalares e universitários», sem prejuízo das atribuições dos outros estabelecimentos de investigação.

O artigo 3.º afirma que o regime local da investigação constará de decretos publicados pelo Ministro da Educação Nacional, referendados pelos outros «ministros interessados».

O célebre artigo 5.º exige ao pessoal médico de investigação que, tal como o restante, consagre a esta actividade a totalidade da actividade profissional.

Os artigos 7.º e 8.º fazem a distribuição dos encargos resultantes da investigação pelos vários ministérios interessados.

§ 3.º — Comentários e sugestões

A reforma francesa dá, como se vê, um lugar relevante à investigação nos «centros hospitalares e universitários».

Essa relevância foi ao ponto de prever um *quadro de investigadores*, separado do *quadro docente* e do *de assistência*, autonomizando assim esta actividade.

Tal autonomia atribuída à investigação foi logo traduzida em factos. A Comissão Interministerial que preparou a reforma já apresentou o anteprojecto de programa para a construção de um centro hospitalar e universitário tipo, a edificar talvez em Paris, no qual estão previstas áreas separadas para as três espécies de laboratórios admitidas: laboratórios de rotina, laboratórios de ensino e laboratórios de investigação (8).

O Dr. Leclainche director-geral da Assistência Pública de Paris, saudava assim o aparecimento oficial da nova actividade hospitalar autónoma:

«L'obligation d'organiser la recherche médicale dans nos hôpitaux amènera la multiplication, aux frais de l'État, de centres spéciaux... Ces centres ainsi conçus, disposant d'un personnel d'élite et, nous l'espérons, de crédits suffisants, ne pourront manquer de faire progresser la science médicale.» (4)

Outras e muitas vezes qualificadas deram apoio à novidade. Penso mesmo que é das poucas inovações da reforma que obtiveram aprovação unânime entre os médicos franceses.

Louvando-nos nesta unanimidade, parece que teremos de aceitar o grito de independência da investigação médica, nas suas relações com o ensino e a assistência. Parece que, para futuro, as funções serão assim repartidas: à investigação cabe a criação do saber; às escolas a sua transmissão; aos hospitais a sua utilização.

Mas eu creio que a realidade não se há-de sujeitar a esta compartimentação assim tão estanque. O médico assistente, forçado pela angústia dos problemas, há-de sempre tentar a busca da causa; o professor há-de sempre fazer da procura do saber novo a sua escola mental. Isto em nada afecta a convicção de que a pesquisa e a acumulação de conhecimentos puros, não utilizáveis imediatamente — culpa de que os investigadores escolares têm sido acusados — há-de continuar a estar na base das descobertas mais sensacionais e das aplicações práticas mais valiosas (9).

De qualquer forma, fica como certeza a independência conceitual da actividade investigadora, até aqui tida como inerência e quase exclusivo das escolas.

CAPÍTULO VII

A REFORMA E A OPINIÃO PÚBLICA

1. A reforma francesa foi muito discutida na imprensa especializada e na não especializada, tanto francesa como estrangeira.

2. O público francês reagiu favoravelmente. Não entendeu muitas das disposições essenciais. Mas a garantia de presença constante dos médicos nos hospitais e, acima de tudo, as providências para humanizar o hospital consagradas na circular publicada, logo em 5 de Dezembro, conquistaram o francês da rua.

3. Esta circular contém recomendações no sentido de: facilitar as visitas aos doentes e torná-las mais agradáveis; garantir, em certos casos a presença de membros de família junto de doentes hospitalizados; consentir que esses doentes conservem as suas roupas pessoais e as suas jóias

ou objectos mais estimados; adaptar os horários da vida hospitalar aos que os doentes estão mais habituados a seguir; tornar mais gentil a recepção dos doentes e dos visitantes.

Que mais exigir para que o público desse voto entusiástico à nova reforma?

4. Nos médicos e no pessoal de administração já as opiniões se dividiram, e com violência.

A favor da reforma alinharam:

- Os médicos jovens e uma fracção importante de professores de grande valor;
- A «Securité Social» e a «Fédération Hospitalière de France»;
- A «Fédération Nationale des Étudiants de Médecine»;
- A «Union Nationale des Étudiants de France».

Combatendo a reforma uniram-se:

- A «velha guarda» da profissão médica;
- O Sindicato Nacional dos Médicos e Especialistas dos Hospitais Públicos;
- A Ordem dos Médicos;
- A Academia de Medicina.

5. Deve dizer-se que há certos pontos da reforma aprovados por toda a gente.

São eles:

- a) A criação de centros hospitalares e universitários;
- b) A fusão das duas carreiras médicas — hospitalar e académica;
- c) A criação da carreira de investigador.

6. Os pontos nevrálgicos são a «plena ocupação» e o quadro ou carreira nacional. Aí reside verdadeiramente o motivo de guerra.

Esclareça-se que a publicação dos diplomas fundamentais levantou críticas dos contrários a estas inovações, mas críticas amenas, gentis. É que se supunha que tudo ficaria no «Journal Officiel» e levaria muitos anos a pôr qualquer daqueles princípios em execução. E entretanto, muita coisa poderia suceder...

Quando o Governo fez conhecer o ante-projecto da carreira médica e se anunciou até ao dia em que seria

aprovado em Conselho de Ministros, o pânico foi espectacular.

Como índice, vale a pena contar o sucedido na Academia de Medicina.

7. Anunciou-se que o Ministério aprovaria o projecto na sessão de 27 de Abril. A Academia reuniu em 14 e aprovou, por *unanimidade* uma moção, apresentada pelo professor Picdelièvre, na qual, depois de declarar solenemente que a reforma levava a «uma funcionalização forçada de todo o corpo hospitalar, contra a opinião da imensa maioria deste», depois de garantir que a reforma é «rigorosamente inaplicável no estado actual das estruturas hospitalares», acabou por pedir «solenellement a M. le Ministre de l'Éducation Nationale de surseoir à la promulgation d'un texte hatif dont les conséquences lui paraissent des plus graves pour l'avenir immédiat de la médecine française».

Ora, sucedeu que, na sessão imediata, apareceram o Prof. Debré, responsável da reforma e o Dr. Leclainche, Director-Geral da Assistência Pública de Paris.

E trataram de explicar a reforma, ponto por ponto. A Academia estava perplexa. Afinal, a realidade era diferente daquela que lhe tinha sido exposta. Em dado momento o Prof. Debré lançou aos académicos esta pergunta atrevida e desrespeitosa: afinal, «quels sont les membres qui ont lu ou même vu le texte incriminé?» Silêncio na sala.

Teriam os académicos condenado um texto sem o lerem, ou não se dignariam responder a tão insolente pergunta? Vá lá saber-se. O que se sabe é que oradores sucessivos começaram a defender os princípios basilares da reforma. E o presidente Binet, vendo que se arriscava a um voto de apoio ao Governo, também por *unanimidade*, teve uma ideia salvadora: passou à ordem do dia.

8. Os pontos mais particularmente criticados na reforma resumem-se assim:

- a) A plena ocupação é o encarceramento do médico no hospital;

b) É a funcionalização dos médicos que repugna à natureza da sua profissão liberal e

c) virá a criar neles muitos conflitos morais, quando tiverem que escolher entre os interesses do doente e os do Estado que lhes paga;

d) A carreira nacional é uma «valsa» que traz os médicos de terra em terra, sem se ligarem a nenhuma, todos a sonharem com Paris.

e) Os hospitais não têm instalações para a clientela privada dos médicos em plena ocupação;

f) A aplicação da reforma, assim do pé para a mão, foi apressada, não olhou os interesses legítimos de situações já criadas que deveria respeitar.

9. A estas críticas pode responder-se e tem-se respondido que:

a) O hospital não é o cárcere do médico, mas sim o local onde o médico pode realizar-se plenamente;

b) O termo «funcionalizar» não é de assustar. Ele significa apenas que ao médico é reconhecida uma «função». E, se se lhe der o sentido prejurativo de adstrição a uma actividade mais ou menos vigiada pelo Estado, ainda assim há que aceitar as responsabilidades e os direitos de todo o Estado moderno;

c) Por definição, o Estado não pode exigir a renúncia a princípios morais positivos;

d) A carreira médica nacional é a única forma de cobrir sanitariamente todo o território, assim como evita a cristalização de valores reais em faculdades de província, dando-lhes — ao contrário do que agora sucede — possibilidades de virem reger nas escolas providas de melhores meios ou de maior projecção;

e) A falta de instalações para clientela privada é suprimível mediante um plano de obras adequado que aliás já foi iniciado;

f) A aplicação da reforma prevê um período transitório e deixa a cada médico a liberdade de se integrar ou não no novo sistema.

10. Estas críticas e estas respostas devem ser tomadas na consideração devida, quando nos chegar a vez de encarar o problema.

Há nelas muitas razões, embora seja discutível que estejam na razão.

É possível talvez confrontá-las com os resultados de uma outra experiência — a inglesa — que, partindo embora de conceitos e princípios diferentes, já traz em prova, há mais de dez anos, o sistema da medicina organizada e da distribuição dos médicos em plano nacional. Parece que ali a cobertura sanitária do País é efectiva e, tanto quanto se pode saber, a maioria dos profissionais, está satisfeita. É pelo menos a conclusão que poderá tirar-se do inquérito feito há pouco, no qual mais de 60 % dos médicos ingleses apoiaram o sistema em que trabalham.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES

1. Tendo feito o comentário da reforma, à medida que a ia descrevendo, pouco terei agora que dizer em conclusão.

Limitar-me-ei, por isso, a exprimir a meia dúzia de ideias gerais que me ficou no final da leitura destes textos:

I

Em primeiro lugar, há a notar o carácter global da reforma, abrangendo:

- ensino da medicina;
- a estrutura hospitalar;
- o exercício da profissão médica;
- o financiamento da defesa da saúde.

Qualquer destas alíneas poderia ser — e tem sido em muitos países — objecto de diplomas legais, preparados separadamente pelos ministros respectivos, ciosamente fechados nos seus domínios governamentais. Mas a França deu aqui exemplo do verdadeiro método a seguir: reuniu-as a todas numa atitude legislativa global, da responsabilidade conjunta dos ministros interessados: o da educação nacional, o da saúde, o das finanças, o do interior e o do trabalho.

Os ministros franceses devem saber perfeitamente que aos hospitais não pode ser indiferente a organização dos cursos de medicina, assim como

às faculdades não é indiferente a orgânica dos hospitais. Sabem igualmente que aqueles e estas têm uma palavra a proferir quando se discute o estatuto da medicina, ou se fixam as retribuições dos seus profissionais.

E não ignoram que apoiar e incentivar não só a eficiência do exercício médico e do funcionamento dos hospitais, mas o próprio ensino e a investigação científica, é para a Previdência um bom emprego de capital.

II

Vale a pena reter o último ponto.

A Previdência que não está ao serviço de nenhum dos muitos partidos que já passaram pelo Governo Francês, nem existe para demonstrar as virtudes de nenhum sistema político; a Previdência, que apenas tem a consciência das suas responsabilidades na segurança da saúde das populações abrangidas pelo seguro, colaborou naturalmente nesta revisão profunda do sistema médico e hospitalar.

Podemos discutir os processos usados pela «Securité», tanto no aspecto do seu financiamento, como no do esquema de seguros ou no da organização administrativa. Podemos dedicar horas à meditação sobre as inibições que impedem o saneamento financeiro do seguro social em França, assim como sobre a obstinação nacional da fidelidade aos conceitos das liberdades clássicas da medicina liberal, em plena época de medicina organizada.

Mas também vale a pena pensar, por alguns minutos, na prontidão com que a mesma «Securité» acompanhou, e algumas vezes estimulou, a evolução que levou a esta reforma.

Recordemos que as experiências de Paris e Estrasburgo — ponto de partida e campo de ensaios da reforma — vêm sendo financiados há alguns anos pela Previdência Francesa.

É isto corrente em quase todos os países do mundo, bem sei. Mas não é ainda em todos.

III

A terceira lição a tirar é a daplanificação destes problemas em escalão, verdadeiramente nacional.

O esquema hospitalar, com os seus tipos variados de hospitais, aparece-nos aqui hierarquizado, através de órgãos regionais e nacionais.

A carreira nacional dos médicos e do pessoal administrativo, a comissão nacional de equipamento, o conselho superior de hospitais, tudo revela um concreto propósito de estudo técnico destes problemas, em plano nacional, orientação que, aliás, já vinha de anos anteriores.

Consequências: a França, vai já no seu 3.º plano nacional de equipamento hospitalar, aprovado em 19 de Março último, já realizou seis congressos nacionais de técnicos hospitalares e efectuou, de 2 a 10 de Outubro último, a primeira Semana Nacional dos Hospitais, tendo como finalidade dar a conhecer a toda a Nação a importância dos hospitais e alguma coisa dos seus problemas.

Há, pois, uma consciência técnica e uma consciência geral hospitalar a fazer surgir em plano nacional, se quisermos seguir o exemplo francês.

IV

A regionalização, como escalão intermédio, da organização hospitalar, saiu reforçada desta reforma.

Já se fala em criar gabinetes técnicos regionais, com engenheiros, arquitectos, peritos de organização, que possam apoiar as administrações da área e evitar muitas fantasias e muitos erros.

Eis um tema da maior urgência para nós.

V

A tecnicização da gestão hospitalar é outra conclusão a tirar.

A França tem aquilo que nós não temos: um verdadeiro *estatuto do hospital*. Talvez formal e tecnicamente imperfeito, mas, de qualquer forma, presente e útil.

VI

Por outro lado, a reforma parte do convencimento de que todo o hospital é, ao mesmo tempo, organismo de assistência à saúde diminuída ou ameaçada, local do ensino escolar e pós-escolar, centro de investigação médica e social.

Os elementos materiais e pessoais que o constituem têm de formar uma unidade perfeita, o que não exclui — antes impõe — a diversidade de funções de cada órgão.

Daí a ousada integração das carreiras médicas de assistência e de ensino e a importância concedida à actividade investigadora.

VII

A revisão dos quadros ideológicos em que se exerce a profissão médica manifesta tendências nítidas para reconsiderar alguns dos conceitos clássicos — liberdade de escolha do médico, contacto exclusivo entre médico e doente para fixação de honorários e segredo profissional — e, sem os abandonar, harmonizá-los com a exigência de garantia de assistência em nível suficiente, exigência que todo o cidadão hoje formula perante os Estados.

Este desvio efectua-se no sentido do hospital, olhado como meio natural, onde a medicina do futuro poderá viver e realizar-se plenamente.

Em que ponto conseguirão os franceses atingir o equilíbrio entre as liberdades e a organização, eis a querela do momento.

VIII

O evidente conflito de gerações médicas, que ferve, violento, a propósito desta reforma, parece-me marcado por dois sinais de primeira importância.

a) É total, no sentido de que, ultrapassada a simples luta para conquistar melhores condições de trabalho, envolve o médico, não só como profissional, mas ainda como homem económico, familiar, político, religioso, etc.

b) É historicamente actual, no sentido de que representa a manifestação francesa de um movimento geral, perceptível neste momento em vários países. Deve, por isso, assentar em qualquer aspiração especificamente contemporânea, que é preciso descobrir e não lucra em ser ignorada ou iludida.

2. Alinhadas desta maneira as conclusões que mais intensamente se me impuseram, após a leitura dos textos

legais da reforma hospitalar francesa, seria natural o desejo de tentar prever o destino deste movimento: vai ser dominado, ou dominará ele próprio os acontecimentos? Poderá, ao menos, ser orientado, em vez de levar a reboque as estruturas tradicionais? Quanto tempo durará o período da crise? Seguirá depois em linha recta, a partir dos princípios que sobreviveram ou terá de progredir em linha quebrada pelos compromissos e dificuldades inevitáveis.

3. O francês é tradicionalmente individualista e contrário às hegemonias colectivistas.

Um médico alemão que estudou os seus colegas franceses não hesita em afirmar que o regime de concursos e a dura luta de cada médico por um lugar arejado na profissão são apenas a tradução do desejo de «manter a independência do indivíduo perante a colectividade» (10). Segundo ele «uma condição de carácter tipicamente francesa pretende limitar o mais possível os poderes do destino... visto desconfiar de qualquer movimento dinâmico, menos claro ou místico, qualquer que seja o lado de onde provenha».

«Aplicado à prática, parece-lhe que o sistema de concurso lhe dará maior garantia na luta do indivíduo dentro do colectivo, pelo lugar ao sol».

4. Atrever-se-á então o movimento agora em marcha a pôr em causa as queridas convicções liberais e individualistas dos médicos franceses?

Estarão eles a sacrificar os «imortais princípios» no altar de uma egoística segurança profissional, aspecto particular de um sistema de segurança social mais amplo e compreensivo? Eis levantada a tão discutida querela da liberdade individual e da segurança social. Não é para este momento abordar tal questão.

5. Mas talvez possamos ficar em que esta convulsão hospitalar e médica que agora se processa em França se considera a si mesma como esforço sadio para fazer evoluir as estruturas da Nação no sentido das novas necessidades, tanto espirituais como mate-

riais, tanto individuais como colectivas.

Ora, evoluir é o contrário de destruir. Talvez os franceses acreditem que «se existe antítese entre os dois termos — autonomia individual e segurança social —, é só porque a sociedade moderna não conseguiu ainda construir a própria estrutura, em base de perfeita justiça» (11).

Setembro, 1959.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- (1) E. Aujaleu — *A formação dos médicos perante as exigências actuais da saúde pública* — In *Hospitais Portugueses*, n.º 72, 73, pág. 27.
- (2) X. Leclainche — *Une grande réforme* — In *Révue de l'A.P.P.*, n.º 56, pág. 534.
- (3) L'Hospitalier — N.º 145, pág. 36.
- (4) C. Ferreira — *O hospital de hoje e do futuro* — § 5.2 *Perigos da evolução para o hospital e para o doente* — In *Hospitais Portugueses*, n.º 84, pág. 9.
- (5) C. Ferreira — *A questão dos subsídios* — In *Hospitais Portugueses*, n.º 82/83, pág. 9.
- (6) C. Ferreira — *Hospitais Portugueses*, n.º 85/86, pág. 37 e segs.
- (7) C. Ferreira — *Hospitais Portugueses*, n.º 42, pág. 8; n.º 50/51, pág. 5.
- (8) C. Ferreira — *Techniques Hospitalières* — n.º 162, pág. 39.
- (9) E. M. Landins — *How medicine grows and its relation to science* — In «The hospital in contemporary life», pág. 188.
- (10) E. M. Landins — *Theo Moffmann* — *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 82.º, n.º 33.
- (11) P. Alberto de Marco S.J. — *La responsabilità della società per lo sviluppo della persona umana* — In «Settimane Sociali dei Cattolici Italiani», pág. 37.

Primeiros apontamentos da regionalização hospitalar

Coriolano Ferreira

1. Estes apontamentos sobre regionalização hospitalar contêm a matéria de uma intervenção que fiz na reunião do Conselho Coordenador do Ministério, em 10 de Maio de 1960.

Deveriam ter sido logo redigidos, a partir das fichas que serviram na exposição oral, e publicados em apenso à acta respectiva. Afazeres de vária natureza só deixaram tempo necessário a essa redacção alguns anos depois. Houve porém o cuidado de seguir com fidelidade as notas usadas na exposição oral, evitando acrescentos tornados possíveis pela evolução posterior dos conhecimentos gerais sobre esta matéria.

2. A intervenção acima referida teve uma segunda parte, na qual procurei analisar a situação portuguesa, tal como resulta da Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946 e da execução que lhe foi dada. Tentei então uma visão crítica da nossa organização, à luz dos princípios que tinham ficado estabelecidos

na primeira parte do trabalho e permiti-me apresentar algumas sugestões de actuação futura.

Porque essa análise e essas propostas se basearam em dados já ultrapassados, pareceu inútil completar a redacção dos apontamentos então usados e mais inútil ainda a sua publicação. Não teria agora mais do que um significado histórico de vantagem duvidosa.

3. Este trabalho é, como o título informa, um conjunto de apontamentos, os primeiros que colhi e trabalhei neste campo da regionalização hospitalar.

Por isso, a linguagem é concisa e se omitiram explanações que poderiam tornar o trabalho mais completo e até mais fácil de ler.

Mas, tendo rodado os tempos, não encontrei, ao reler estas páginas, afirmações que devessem ser modificadas. Seria possível acrescentá-las, sobretudo em documentação, mas não vale a pena. Deixemo-las tal como foram redigidas inicialmente, com as suas insuficiências, as suas ingenuidades e certamente com os seus erros.

Lisboa, 9 de Outubro de 1964.

In Relatórios e Estudos de Administração Hospitalar, IX, Boletim da Assistência Social, 22 (155) e (156), 1964.