

A virada austera: o declínio do acesso à saúde e da qualidade de atendimento para pacientes com câncer em Portugal

Facing austerity: the decline in health access and quality of care for patients with cancer in Portugal

Carlos da Silva Barradas

Doutorando, Programa de Doutoramento em Governação,
Conhecimento e Inovação/Centro de Estudos Sociais/
Universidade de Coimbra.
Colégio de São Jerónimo, Largo Dom Dinis, apartado 3087
3000-995 – Coimbra – Portugal
barradascarlos@gmail.com

João Arriscado Nunes

Investigador, Centro de Estudos Sociais/Faculdade de Economia/
Universidade de Coimbra.
Colégio de São Jerónimo, Largo Dom Dinis, apartado 3087
3000-995 – Coimbra – Portugal
jan@ces.uc.pt

Recebido para publicação em fevereiro de 2016.

Aprovado para publicação em março de 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702017000500005>

BARRADAS, Carlos da Silva; NUNES, João Arriscado. A virada austera: o declínio do acesso à saúde e da qualidade de atendimento para pacientes com câncer em Portugal. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, out.-dez. 2017, p.933-951.

Resumo

Em abril de 2011, Portugal pediu à Comissão Europeia um resgate financeiro, como resposta à sua crise de dívida soberana, sendo contrabalançado por várias medidas de austeridade. No Serviço Nacional de Saúde essas medidas foram rápidas e em grande escala, gerando nos profissionais de saúde que aí trabalham dificuldades crescentes no uso de meios de diagnóstico, tratamentos e medicação para os pacientes, bem como no aumento de obstáculos às consultas regulares. Este artigo pretende, por meio de análise da mídia, das políticas de saúde em Portugal relativas ao câncer e dos testemunhos desses/as profissionais, mostrar suas ansiedades e explorar a forma como isso está afetando negativamente a vida de quem lida diariamente com essa doença.

Palavras-chave: austeridade; câncer; profissionais de saúde; Serviço Nacional de Saúde; economia política da saúde.

Abstract

In April 2011, Portugal called on the European Union for a financial bailout due to its debt crisis, and counterbalanced this rescue with various austerity measures. Within the Portuguese public health system (Serviço Nacional de Saúde, SNS) these measures were swiftly applied on a large scale, and in turn led to increasing difficulties among the health professionals within the SNS with regard to the use of diagnostics, treatments, and medications for patients, as well as growing obstacles to regular clinical consultations. Through media analysis of Portuguese health policy related to cancer and statements from professionals in the SNS, this article expresses the concerns of these health providers and explores how this situation is negatively impacting the lives of those who deal with this disease every day.

Keywords: austerity; cancer; health professionals; Serviço Nacional de Saúde; political economy of health.

O câncer é uma doença cujas incidência e taxas de mortalidade continuarão aumentando a nível mundial (Boyle, Levin, 2008; WHO, 2014). As principais causas são fatores ambientais, genéticos ou algumas combinações entre eles (Cantor, 2007; Nunes, Costa, 2002; Sonnenschein, Soto, 2004; Proctor, 1995, 2012; Davies, 2007). As narrativas pessoais de experiência de doença, políticas públicas de saúde, pesquisa biomédica e clínica geram um caleidoscópio de dimensões a partir do câncer que o tornam uma área de pesquisa privilegiada nos estudos sociais da medicina e saúde (ESMS), dando origem a uma série de trabalhos fundadores.¹

Os ESMS vêm analisando práticas relativas ao câncer (como pesquisa, diagnóstico, e tratamento) enquadradas em plataformas biomédicas (Keating, Cambrosio, 2003), relatos de experiências de doença (Stacey, 1997, 2002; Löwy, 1996) políticas públicas e agentes causadores (Proctor, 1995, 2012; Löwy, 2010; Davies, 2007) e prevenção (Bury, 2001). É uma história diversificada e conflituosa, nomeadamente entre os grupos de interesses econômicos privados e o setor público, provocando as “guerras do câncer” (Proctor, 1995). Um vasto conjunto de práticas e atores gravita em torno do câncer como um objeto, numa arena onde o científico e o político se cruzam (Nunes, 1999). Essa centralidade é destacada por meio da multiplicidade de redes, escalas, discursos e sociabilidades (Biehl, 2007) pelas quais é assimilado, interpretado e utilizado por intermédio de pacientes, profissionais de saúde, indústria farmacêutica, formuladores/as de políticas públicas e outros/as. No contexto de um “abraço biotécnico” (Good, 2010), baseado nas biociências e biotecnologias que lideram as pesquisas sobre câncer e seu tratamento,² é imperativo avaliar as perspectivas de todos/as aqueles/as que de alguma maneira se envolvem com essa patologia.

Devido ao envelhecimento da população, maior incidência e prevalência de doenças crônicas e degenerativas (Lock, Nguyen, 2010, p.80) e à biomedicalização de saúde (Clarke et al., 2010), a União Europeia (UE) constitui um mercado extremamente interessante para os interesses privados na saúde. Na UE, o câncer é a segunda causa mais comum de morte. Inúmeras iniciativas e políticas públicas específicas em níveis nacional e supranacional foram implementadas para contrariar a doença.

Portugal não é exceção, no seio da UE, uma vez que carrega igualmente o “fardo do câncer” (Boyle, Levin, 2008), dedicando recursos públicos significativos para a prevenção e o tratamento da doença. Esse grave problema tem sido um dos principais vetores de políticas públicas de saúde no país. Em tempos recentes tem havido uma tendência crescente para atribuir a responsabilidade aos indivíduos pela sua própria saúde e uma clara pressão para a liberalização gradual dos serviços de saúde (Lock, Nguyen, 2010). Na conjuntura econômica contemporânea, as políticas públicas de saúde estão sob fortes restrições orçamentais decorrentes de uma crise econômica, colocando uma pressão considerável para racionar recursos humanos, materiais e financeiros. Representativa dessa pressão é a presença da *Troika*³ e dos programas de ajuste estrutural na Europa (Santos, 2001), sinais da voracidade do sistema financeiro e do modelo neoliberal,⁴ que garante a sua legitimidade por meio dos governos que abraçam esse paradigma.

Devido ao Programa de Assistência Económica e Financeira (2011-2014) que Portugal experienciou, os recursos destinados ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) estão sendo reduzidos. Como consequência, profissionais de saúde na área da oncologia estão enfrentando grandes

mudanças em seu trabalho relacionadas com a pressão das administrações dos hospitais públicos para gerir os recursos com uma relação custo-benefício vantajosa, mas também devido às mudanças científicas e tecnológicas em detecção, diagnóstico e tratamento do câncer. Isso acarreta graves consequências para as políticas de prevenção de doenças, devido às “exigências financeiras para o corte ou para a desconstrução dos serviços públicos de saúde e sua privatização e liberalização” (Nunes, 2006, p.25).

Este artigo oferece, assim, um relato de como as medidas de austeridade associadas ao resgate financeiro estão mudando a economia política e governação da saúde em Portugal, limitando o acesso dos cidadãos a serviços públicos de saúde de qualidade e gerando forte preocupação de seus profissionais. Isso é feito, inicialmente, por meio da análise das políticas do câncer e da sua repercussão na mídia em Portugal e, posteriormente, baseado nos testemunhos de profissionais de saúde que trabalham diretamente com o câncer.

Câncer austeritário

Desde a década de 1980 a UE tem feito um esforço financeiro significativo para combater o câncer, nomeadamente pelo programa “A Europa contra o câncer”.⁵ O enquadramento institucional da política de saúde em Portugal é, em parte, influenciado por directivas e recomendações da UE, modelando parcialmente o SNS. Este é muitas vezes descrito como uma das mais preciosas conquistas do regime democrático português, estabelecido em 1974, juntamente com o direito à educação gratuita e de segurança social (Nunes, 2012). De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2000 (WHO, 2000) “Sistemas de saúde: melhorando o desempenho” – e apesar das críticas sobre os critérios utilizados para avaliar os sistemas nacionais de saúde (Musgrove, 2003; Murray, Evans, 2003) –, o SNS encontrava-se em 12º lugar a nível global.

Na sequência do pedido de resgate financeiro em 2011, novas eleições determinaram vencedora uma coligação entre os partidos conservadores e neoliberais PSD e CDS-PP. O ministro da Saúde nomeado foi Paulo de Macedo, ex-CEO da Médis, uma das maiores corporações privadas de saúde que operam em Portugal, e um parceiro próximo do sistema financeiro privado português.

Embora em 2010 os cortes na saúde recolhessem já as atenções da mídia, com o jornal *Diário de Notícias* afirmando “Cortes na saúde põem em risco tratamento a câncer” (Mendes, 26 maio 2010), foi quando o governo CDS-PP tomou posse que se deu verdadeiro início a um novo ciclo da saúde pública em Portugal. Um dos primeiros anúncios desse governo foi sobre a necessidade de grandes cortes no orçamento do SNS. Tal levou à maior greve de médicos de sempre em Portugal, em julho de 2012, com uma adesão estimada de 95%. Nessa ocasião, um médico declarou a um diário: “Eu vi o SNS a crescer e agora vejo-o doente e a definhar” (Freitas, 12 jul. 2012). Havia dois objetivos principais na base da greve: (1) a defesa da dignidade da profissão médica e da progressão na carreira e (2) a oposição ao desmantelamento em curso do SNS. Mário Jorge Santos, membro da Associação de Médicos de Saúde Pública, referiu como foi lindo “ver todos os médicos unidos pela saúde pública” (Freitas, 12 jul. 2012).⁶ Em termos de profissionais de saúde, alguns dos impactos deste racionamento do orçamento para a saúde e sua privatização são claramente visíveis no presente, enquanto outros apenas o

serão no futuro. A “fuga de cérebros dos profissionais de saúde a partir de sistemas públicos” (Pfeiffer, Nichter, 2008, p.411),⁷ quer para o sistema privado, quer para países estrangeiros, é um dos efeitos mais ameaçadores desse processo. Alguns/mas preferem permanecer no sistema público, mas a deterioração das condições de trabalho e a falta de investimento (p.411), sem perspectiva de melhoria futura ou aumento do emprego no setor público, levam à migração de muitos profissionais de saúde para o setor privado dentro do país, mas também para outros países, como o Reino Unido e a Alemanha. De acordo com o jornal *Público*, “a crise na Europa está afetando pacientes com câncer” (Gomes, 2 jul. 2012), como no caso de Portugal, mas também na Grécia, “[onde] os pacientes não têm [acesso a] drogas devido à dívida do governo”, e Itália, onde há “escassez de médicos”.

Apesar das recomendações do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2011, 2012) de que a crise deveria ser considerada uma oportunidade para implementar reformas positivas há muito necessárias e importantes no SNS, assegurando simultaneamente as suas características como um sistema universal e público, estas têm sido continuamente ignoradas ao longo dos últimos anos. Ressalte-se, porém, que o papel dos profissionais públicos de saúde na luta contra os efeitos da austeridade continua sendo um elemento central (Stuckler, McKee, 2012).

Um relatório da Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento (Morgan, Astolfi, 2013) indicou que o corte que o governo CDS-PP efetuou na saúde foi superior ao dobro do que a *Troika* tinha pedido quando as medidas de austeridade foram negociadas. O mesmo relatório menciona a imprevisibilidade dos impactos em longo prazo dessas medidas sobre a saúde. De acordo com Constantino Sakellarides (2012), director do OPSS, o que a *Troika* exigiu foi “abusivo” e colocou em risco a saúde e o bem-estar da população portuguesa. Tal parece ratificar que “aqueles que se opõem ao Estado social nunca desperdiçam uma boa crise” (Klein, 2008).

O acesso aos serviços públicos de saúde e sua qualidade estão assim ameaçados, com consequências negativas para o estado geral de saúde da população portuguesa (OPSS, 2015). Essa realidade é imposta por “agências e instituições que trabalham dentro de uma lógica neoliberal restrita, que privilegia o controle de custos e promove a privatização dos cuidados de saúde” (Nunes, 2006, p.16). Nesse sentido, as taxas de sobrevivência do câncer estão igualmente comprometidas, até pela dificuldade do SNS em garantir o acesso à comparticipação de medicamentos de primeira linha (OPSS, 2015). O esperado sucesso em curto prazo na aparente contenção dos custos está gerando, conseqüentemente, outros efeitos em longo prazo mais duradouros e negativos na saúde geral da população, devido ao Programa de Ajustamento Estrutural do Déficit que Portugal atravessou. Um dos objetivos finais de tais intervenções é abrir espaço para a privatização da saúde, um imperativo da economia da saúde global neoliberal (Nguyen, Peschard, 2003, p.447).

Os cortes nas despesas impostos pela *Troika* e os “ajustes estruturais predatórios” (Livingston, 2012, p.102), já experimentados em outras regiões e países ao redor do mundo, como no Continente Africano (Sama, Nguyen, 2008) e América Latina (Nunes, 2012), são bem conhecidos. O que é novo, aqui, é que neste momento são vários países europeus, quase em simultâneo e com níveis de desenvolvimento elevado, a ser objeto de intervenções desse calibre. A retórica neoliberal disseminada pelas instituições envolvidas nos resgates

financeiros advoga que, para garantir a existência de serviços públicos financeiramente sustentáveis, são necessários cortes. Essa retórica baseia-se em termos como “seletividade inteligente, onde o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde” é abandonado (Nunes, 2012, p.80). É o “assalto ao universalismo”, característica fundamental do Estado social (McKee, Stuckler, 2011).

Todavia, os recursos aplicados para o resgate do sistema financeiro em Portugal seriam mais do que suficientes para garantir a manutenção regular dos sistemas de saúde, educação e segurança social durante um período de três a cinco anos (Caldas, 17 dez. 2014). E, contudo, é precisamente a falta de fundos que é reivindicada pelo governo como a principal razão para a impossibilidade de manter os serviços públicos funcionando na totalidade. O argumento central na retórica política de apoio à agenda de austeridade era que Portugal não se poderia dar ao luxo de ter serviços públicos que não poderia sustentar, como se fosse um país “rico”, e que a crise financeira era culpa daqueles/as que viveram além das suas possibilidades. Além disso, os funcionários públicos foram concebidos como os responsáveis pela situação, supostamente devido aos números “excessivos”, à sua baixa produtividade e aos “privilégios” dos seus contratos de trabalho, como o nível de proteção social. Por outro lado, produtos financeiros de alto risco ou parcerias público-privadas, também responsáveis pelo elevado *deficit* público e com consequências desastrosas para o Estado, foram mantidas fora do debate público por um longo tempo. É necessário, portanto, “interrogar a escassez” (Schrecker, 2013) propagada e questionar por que “alguns ajustes são escassos em recursos e outros não” (p.1). Consequentemente, é legítimo acreditar que está em curso uma socialização para a escassez, de modo a que “coloquemos as nossas visões e aspirações em níveis mais baixos” (Farmer, 12 dez. 2013).

Alguns autores afirmam que “a austeridade tem sido não só um fracasso econômico, mas também um fracasso na saúde, com o aumento do número de suicídios e, enquanto os cortes nos orçamentos de saúde se vão realizando, um número crescente de pessoas é incapaz de aceder a cuidados” (McKee et al., 2012, p.346). Assim, em nome do “mercado”, para atingir a sustentabilidade e o racionamento, rápidas e duras medidas são tomadas com grande impacto na saúde dos/as cidadãos/as, podendo-se concluir que “os mercados fazem mal à saúde” (Nunes, 2011, 2012). Tal não constituiu uma surpresa, pois como afirma João Arriscado Nunes (2012, p.128):

Novos mercados e novas formas (privadas) da organização da prestação de serviços de saúde transformaram a saúde em um negócio altamente rentável, e as pressões no sentido da privatização ou gestão privada dos serviços públicos de saúde são um tema familiar para os cidadãos dos países Europeus, onde os serviços nacionais de saúde, públicos e de acesso a todos os cidadãos tinham sido considerados, durante décadas, como constitutivos da democracia e da cidadania democrática.

As políticas de austeridade estão produzindo efeitos negativos e aumentando os obstáculos de acesso à saúde pública de qualidade por meio de: (1) fecho de ramificações do SNS em zonas de baixa densidade populacional; (2) disponibilização de medicamentos pelos hospitais públicos em menor quantidade e por períodos mais curtos que anteriormente para pacientes fazendo tratamento domiciliário; (3) disponibilização de medicamentos genéricos em vez de

medicamentos de laboratórios reconhecidos, com profissionais de saúde referindo que alguns deles possuem menor eficácia e apresentam um número relevante de efeitos secundários; (4) introdução de medidas de copagamento na saúde – em alguns casos pagando até o dobro do valor anterior às medidas de austeridade (Barros, 2012) – para consulta em instituição pública de saúde e por aí adiante. Como exemplo, os preços reais de consulta de hospital subiram de 4,6€ em 2011 para 7,75€ em 2013, e consultas em Unidades de Saúde Primária de 2,25€ em 2011 para 5€ em 2013. Do mesmo modo, episódios de emergência hospitalar custam agora 20,6€, enquanto em 2011 pacientes pagariam 9,6€ e em Unidades de Saúde Primária custavam 3,8€ em 2011, passando a custar 10,3€ em 2013 (OPSS, 2013, p.40-41); e, por último, as maiores taxas de desemprego em várias décadas têm contribuído para a menor comparência de pacientes à consulta de rotina.

As consequências são que “as diferenças de cuidados médicos levam a um diferencial de morbidade e mortalidade para a mesma doença em diferentes grupos sociais” (Nguyen, Peschard, 2003, p.460). Em outras palavras, o que estamos falando não é apenas de questões directamente relacionadas com a saúde, mas daquilo que tem sido descrito como violência estrutural (Farmer, 2003, 2004; Farmer et al., 2006; Galtung, 1969; Scheper- Hughes, 2004).

Apesar de tudo: Portugal e o câncer

O câncer é a segunda causa de morte em Portugal (Ministério da Saúde, 2011), sendo os cânceres de mama, colorretal e próstata as formas mais comuns (respectivamente 16%, 14% e 8% do total de casos). Os custos do câncer encontram-se entre os mais altos no SNS em Portugal, logo após as doenças cardiovasculares (Araújo et al., 2009). Existe, contudo, um permanente subfinanciamento das actividades relacionadas com o câncer (Araújo et al., 2009), quando comparado à média da UE (Wilking, Jönsson, 2007).

O organismo oficial da política nacional de saúde em Portugal que lida especificamente com as doenças oncológicas é o Plano Nacional Oncológico (PNO), criado em 1990. Contudo, somente na última década realmente teve início, abordando tópicos como a formação e o ensino de profissionais na área oncológica e a organização de rastreamentos a níveis institucional e individual. Apesar de várias melhorias, reconhece-se que “como em outros países parceiros da UE, a sua execução foi inferior ao desejável” (Ministério da Saúde, 2007, p.5). Uma das causas apontadas para tal foi a grande “disparidade tanto entre regiões como entre instituições” (p.5). Reconheceu-se o aumento contínuo de mortes por câncer até 2005, indicando que, ao contrário de outros países da UE ou dos EUA, os programas de prevenção e rastreamento não foram executados corretamente. Esses são caracterizados por uma considerável heterogeneidade, pois se estabelecem regionalmente. Esses dados, recolhidos na primeira Conferência Nacional sobre a Prevenção do Câncer, organizada pela Liga Portuguesa Contra o Câncer em 2012, focaram a necessidade de “homogeneizar os programas de prevenção do câncer a nível nacional, dedicando especial atenção aos ‘efeitos da crise’ e ‘aos grupos mais pobres’”. Em abril desse ano, a Direcção-Geral da Saúde tinha admitido que “os pacientes com câncer não são atendidos da mesma forma, e os exames de câncer não funcionam da mesma maneira em todos os lugares em todo o país” (Lusa, 2 abr. 2012). Mais de 20 anos após a criação do PNO, apesar de alguns avanços visíveis, o percurso

na luta contra o câncer encontrou variados obstáculos impostos pelas duras políticas de austeridade, que já estão produzindo efeitos negativos.

Vários estudos foram direcionados para a redução do custo total do SNS e, mais particularmente, de medicamentos e de pessoal, com foco na oncologia. Um exemplo disso é o relatório do Comitê Nacional de Ética nas Ciências da Vida (CNECV, set. 2012), que informou sobre o financiamento de medicamentos pelo SNS. Concluiu-se que um racionamento explícito de drogas deveria substituir o que não era oficialmente declarado, e cortes nos medicamentos mais caros – como os de câncer – deveriam ser discutidos. De imediato, o Movimento de Utentes do Serviço de Saúde descreveu o relatório como uma “atitude clara de desumanização”, que parecia defender uma distinção entre portugueses/as de primeira e segunda classe. O bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, afirmou que o relatório era “desumano e inaceitável”, e que tal racionamento nunca seria ético. Este aspecto é tão mais importante quando se considera que a redução do orçamento do SNS foi largamente contrabalançada por resgates ao setor financeiro e variadas parcerias público-privadas desastrosamente prejudicando o erário público (Caldas, 17 dez. 2014).

No mesmo dia, a mídia divulgou que o Ministério da Saúde estava estudando novos cortes em medicamentos contra o câncer. Entretanto, o presidente do CNECV reafirmou que vários hospitais já estavam racionando esses medicamentos, por meio de contactos informais dos conselhos hospitalares com o pessoal médico, pressionando-o a interromper a prescrição de determinados medicamentos, devido aos seus custos. Outros hospitais públicos tomaram a decisão de enviar cartas para os/as médicos/as com o seu desempenho global mensal traduzido em custos para o serviço de saúde.

No que concerne a medicamentos, alguns dos casos mais exemplificativos do impacto das medidas de austeridade são o acetato de abiraterona e o Cabazaxitel. O primeiro é frequentemente usado como um tratamento de primeira linha para câncer de próstata metastizado com efeitos comprovados na sobrevivência geral dos pacientes sem progressão da doença e gestão da dor. No entanto, nos últimos 4 anos, a maioria das administrações hospitalares negaram progressivamente os pedidos dos/as oncologistas para disponibilização da droga aos hospitais por parte dos laboratórios farmacêuticos, tendo como base apenas critérios económicos, tendo vindo mesmo a ser abandonado. A existência de um limite mensal de gastos criou uma lógica de que o tratamento só estaria disponível para quem desse entrada no hospital antes desse limiar monetário ser atingido. O Regorafenib, para câncer colorretal metastizado, nem sequer foi autorizado pela administração de alguns hospitais quer pelo seu alto custo quer pelo fato de a sobrevida geral se situar nos 1,7 meses. Os/as profissionais médicos/as da área oncológica entrevistados/as demonstraram a sua aversão a este tipo de abordagem, apontando, sobretudo, a ausência de critérios médicos que sustentem tais decisões.

Hospitais menores tiveram um acesso ainda mais limitado a medicamentos por razões políticas, dada a sua menor visibilidade e preponderância a nível nacional, enquanto hospitais maiores tiveram acesso a alguns medicamentos proibidos de comprar em hospitais menores. Diferentes hospitais tiveram diferentes limites temporais para o uso dos medicamentos, provavelmente baseados em gestões de recursos diferenciadas. Atualmente nenhum hospital os pode adquirir. Médicos e pacientes – os últimos por meio de organizações de pacientes –

continuam expressando o seu descontentamento para com as mudanças recentes no SNS e as estão monitorando de perto.

Trabalho de campo realizado entre outubro de 2011 e outubro de 2013, em uma unidade pública de oncologia em Portugal, permitiu explorar como essas mudanças foram sentidas por profissionais de saúde. Com a diversidade de pessoas entrevistadas, pretendeu-se atingir uma boa abrangência de visões sobre esta temática, pois como Julie Livingston (2012, p.25) coloca: “Os/as etnógrafos/as reconhecem que o hospital é um espaço onde questões críticas, morais, políticas e sociais surgem regularmente e com grande urgência, e onde a atuação das forças políticas, sociais, morais mais amplas da sociedade podem ser testemunhadas em uma forma condensada”.

Apesar da produção científica quantitativa sobre as consequências da crise financeira no acesso aos cuidados de saúde, exigem-se abordagens inovadoras e qualitativas, que permitam identificar claramente os impactos e estratégias de quem gravita em torno do câncer:

Como mediadores culturais, nós [antropólogos/as] estamos muitas vezes melhor posicionados/as que outros profissionais de saúde pública para documentar e contextualizar a eficácia dos serviços de saúde e do impacto que eles têm na vida das pessoas. Etnografias de cuidados de saúde e serviços de saúde de base comunitária... com base no sistema de saúde podem atuar como antídotos poderosos ou corretivos para esta sabedoria convencional e podem ajudar a mudar a forma como podemos avaliar a eficácia de estratégias concorrentes (Pfeiffer, Nichter, 2008, p.412).

O papel da antropologia, particularmente da antropologia médica crítica, é determinante. O trabalho de autores como Paul Farmer, Vinh-Kim Nguyen, Nancy Scheper-Hughes, Arthur Kleinman, Merrill Singer, Michael Fischer, Veena Das, Julie Livingston e outros oferece contribuições significativas para uma compreensão mais adequada de como agir sobre a saúde global e como melhorar o seu escopo e resultados. Neste trabalho, seguimos Craig Janes e Kitty Corbett (2009, p.169), que referem a antropologia poder ajudar por meio da “redução das desigualdades na saúde global e contribuindo para o desenvolvimento sustentável e salutogênico dos sistemas socioculturais, político e econômicos”. Negligenciar a experiência de todos aqueles que se relacionam com o câncer de maneiras diferentes, ou “não olhar, não tocar, não gravar pode ser um ato hostil, um ato de indiferença e de afastamento” (Scheper-Hughes, 1995, p.418).

As entrevistas realizaram-se, numa primeira fase, a representantes das diferentes especialidades médicas envolvidas no câncer de mama e participantes nas reuniões semanais de grupo dessa unidade, como oncologistas, cirurgiões/ãs, anatomopatologistas, enfermeiras e psicólogas. O pesquisador presenciou por um período de 6 meses as referidas reuniões. Durante a primeira fase, foram feitas entrevistas apenas a profissionais de saúde da unidade de oncologia (três enfermeiras, três cirurgiões/ãs, quatro oncologistas). Posteriormente, dois chefes de unidades de oncologia forneceram uma visão abrangente do impacto da crise sobre a disponibilidade de recursos financeiros, cuidados prestados e relação médico-paciente. Um conjunto de três entrevistas complementares foi realizado com médicos/as oncologistas de outro hospital público de oncologia no Centro de Portugal, e uma posterior com o diretor do Plano Nacional Oncológico.

Nas reuniões, os efeitos da escassez econômica e do controle obrigatório de custos surgiram muitas vezes como uma questão importante, quer como causa de mudança da prática médica, quer como elemento deteriorador das relações de confiança estabelecidas entre profissionais de saúde e pacientes (uma dimensão decisiva do Estado social). Particularmente, foi verificada a dificuldade para encontrar medicamentos genéricos com a mesma (ou similar) eficácia de medicamentos de marca; a imposição de condições mais rigorosas e exigentes para a aprovação de exames de diagnóstico (como tomografia por emissão de positrões, PET, e tomografia axial computadorizada, TAC) por parte das administrações hospitalares; a migração de pacientes do setor privado de saúde para o setor público de saúde, saturando-o ainda mais; o efeito das restrições materiais associadas à crise (Borja-Santos, 8 jun. 2015) e a referida deterioração das relações de confiança entre médicos e pacientes.

O motivo para entrevistar profissionais de saúde foi inquirir sobre a mudança que suas práticas profissionais estavam sofrendo devido às medidas de austeridade, já ventilada nas reuniões.

Sobre o “gastar”

Neste clima de constrangimento econômico, foram feitas pelo Ministério da Saúde algumas tentativas para mitigar os efeitos da crise sobre a população. Essas incluíram a disponibilização de medicamentos mais baratos e a ampliação das categorias de pessoas isentas do pagamento de taxas moderadoras em hospitais e outras instituições públicas de saúde. Essas medidas foram positivas na medida em que permitiram liberar quase 50% da população portuguesa de qualquer forma de copagamento (mais especificamente, 5.588.016 indivíduos) (OPSS, 2013, p.38). No entanto, os/as profissionais de saúde manifestaram uma ansiedade crescente em relação ao futuro, nomeadamente uma mudança nos padrões de acesso à saúde pública e na forma como a situação atual interfere no seu compromisso com o cuidado e o bem-estar dos pacientes.

O aumento de critérios clínicos para a aprovação de tais métodos de diagnóstico está se transformando em um meio de dissuasão e desencorajamento do pessoal médico para solicitá-los, uma tendência que é provável que continue:

Ah, sim! Muito mais difícil agora, claro, agendar uma TAC programada, uma mamografia, uma PET, ou pedir um remédio novo. Você tem que justificar muito mais e há a possibilidade de não ser aprovado. [A justificação faz-se com base] nos critérios de necessidade do doente. Faz parte dos protocolos que já existem. Mas mesmo estando documentada essa necessidade, neste momento, qualquer que seja a característica que impeça essa aprovação é tida em conta. E antes era mais fácil... por exemplo, conseguir que um doente de 80 anos tivesse direito a tratamento, do que agora – pela idade, por exemplo, pelo estado geral. Enquanto que antes não era um critério de seleção (Médico 1).

Sim, pequenas coisas onde se nota resistência... Com o PET acontece um pouco disso, embora nunca nenhum nos tenha sido negado, mas a gente tem que o pedir... Há esta burocracia que, de alguma maneira, tem como objetivo limitar os pedidos, mas as coisas vão funcionando (Médico 2).

Também as enfermeiras notaram diferenças, como na mudança de qualidade dos tratamentos disponíveis para a recuperação de cirurgias, e de como essas diferenças influenciam a recuperação a médio e longo prazo:

Influencia tudo! Já tivemos pacientes que não fizeram tratamentos de quimioterapia ou radioterapia, porque no momento em que estavam cicatrizadas o médico disse: 'Agora já não vale a pena porque os *timings* todos [já se perderam]. Aliás, já vai muito além dos *timings*'. Isto porque houve uma mudança total!... Nós tínhamos uma gama de produtos de tratamento de feridas que considero que, a nível nacional, estávamos num patamar fantástico. Com os cortes que vieram... foram substituídos por uma gama que não substitui de todo – aliás, nem é a mesma coisa, um produto substituíva três ou quatro, não tinha de todo as características dos anteriores, nem as indicações, tão-pouco (Enfermeira 1).

A presença de pacientes nas consultas de rotina e nas emergências hospitalares também diminuiu. O aumento das taxas moderadoras e quebra de acesso a transporte gratuito são os motivos principais. No entanto, estes não se aplicam no caso de tratamentos continuados. Essa informação é corroborada tanto por pessoal médico como de enfermagem:

Já nas nossas pacientes, noto que têm faltado mais à consulta; e, às vezes, não cumprem alguma medicação que nós prescrevemos porque não têm dinheiro. E não vêm, porque têm que pagar o transporte. Mesmo estando isentas das taxas moderadoras (Médico 3).

Sim, faltam, por causa das taxas moderadoras. E também já tivemos situações, por exemplo, ter que se pagar uma situação que é benigna, ou que foi referenciada para cá e vai fazer uma mamografia ou uma ecografia: 'Não posso fazer só uma?' – para pagar só uma taxa moderadora. Mas uma complementa a outra, não é?... Raramente acontecia [faltarem a uma consulta] (Enfermeira 1).

Algumas situações são já demasiado problemáticas:

Houve uma doente nova, com 42, 43 anos, que neste momento está a fazer quimioterapia primária – desempregada e o marido desempregado, só uma filha trabalha e tem uma filha deficiente. Portanto, a única filha que trabalha é que sustenta aquele agregado – e mais os subsídios. Ela em agosto detetou um nódulo; como não tinha dinheiro, teve que esperar 15 dias até que a filha recebesse o ordenado, para ir à Médica de Família, porque não tinha dinheiro para o transporte para o Centro de Saúde e para a taxa moderadora. Quando teve o dinheiro, foi lá, a médica palpou-lhe o nódulo, pediu uma ecografia e uma mamografia. Mas como ela não tinha dinheiro para pagar os exames e a mamografia, ela tinha que a fazer numa clínica que ficava longe, não tinha dinheiro para o transporte. Portanto, voltou a ter que esperar para ir fazer os exames, passaram dois meses e tal. Portanto, quando apareceu aqui confessou que o tumor, o nódulo, tinha duplicado, que estava muito maior, já estava com sinais inflamatórios, uma situação muito mais avançada do que em agosto. Pronto, eu aí, noto: que os pacientes esperam, porque não têm dinheiro para fazer os exames (Médico 3).

Além das consequências diretas da crise e dos efeitos da *Troika* demonstrados nesses testemunhos, a prevalência da violência estrutural é visível por meio das conversas informais de pacientes com profissionais de saúde. Mulheres com câncer de mama mencionam o seu medo de perder um dia de trabalho para uma consulta ou tratamento, devido à forte pressão do mercado laboral motivada por alto desemprego e concorrência feroz que as pode levar a ser

despedidas, tornando a posição vulnerável das mulheres no mercado de trabalho português ainda mais visível (Ferreira, 2010). A (in)segurança no trabalho, menor renda e mesmo futuro desemprego causado por câncer, mesmo naqueles casos em que a cura é possível, já foram documentados em outros países (De Boer et al., 2009).

Junto com salários mais baixos e desemprego, vem a dificuldade de pagar serviços de saúde privados para quem os acessava até recentemente. Encontra-se em curso uma transferência de pacientes com câncer de mama do setor privado de saúde para os cuidados públicos de saúde, pois mesmo quando o seguro de saúde paga a cirurgia, tratamentos como a quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal são muito caros e geralmente sem cobertura. Consequentemente, pacientes incapazes de pagar o tratamento desembocam em serviços públicos de saúde, um último recurso para a busca de um tratamento bem-sucedido. Suas reações são de alguma forma surpreendentes e revelam concepções populares de como o SNS funciona, desvendando, por um lado, um desconhecimento do funcionamento dos planos de saúde e, por outro, uma concepção errônea do SNS.

Depois há outra coisa que é se o doente tem capacidade econômica, ou não, para fazer as coisas todas [isto é, procedimento cirúrgico e tratamento posterior]. Na área do cancro da mama, neste momento raramente são as pacientes que só passam pela cirurgia. Normalmente passam por várias modalidades terapêuticas. O doente privado puro, aquele que paga tudo do seu bolso, cada vez é menos, por causa da crise... Claramente [há uma diminuição de pessoas no privado]. Por outro lado, quem tem muito dinheiro, obviamente que não está preocupado em pagar ao médico... E aparecem com seguros de saúde... Agora, os seguros de saúde estão contados. A filosofia dos seguros de saúde é feita para a cirurgia. Para a consulta de rotina... E para determinados exames e depois para uma operação. Portanto o grande encargo num seguro médico *multicare*, é uma eventual cirurgia... É uma coisa programada ou uma coisa urgente... E há tratamentos de radioterapia, que custam mais do que a cirurgia. Há tratamentos de quimioterapia em que cada ciclo custa mais do que o que se gastou na cirurgia. Depois há pacientes convencidos que têm um belíssimo seguro de saúde. Que acham que por ter um cartão Médis têm direito a um tratamento VIP. O mesmo conceito da população em geral que acha que tem direito a usufruir do SNS. E depois ficam desiludidos porque, para a cirurgia corre tudo bem, mas depois não há *plafond* para a radioterapia ou para a quimioterapia. E o que é que acontece a essas pessoas? É puxar a manga e tem que arranjar alguém que o meta no SNS, não é? (Médico 2).

Apesar da condição econômica e social geral do país, fortes incentivos para transferir as pessoas do sistema público de saúde para as empresas privadas de seguros de saúde estão em andamento, por meio de campanhas de *marketing* com forte abrangência e pressão. Segundo Tiago Correia et al. (2015, p.2): “Os resultados sugerem um processo de reconfiguração do mercado privado em Portugal: a diminuição da atividade dos consultórios e, em parte das clínicas, contrasta com o aumento da atividade dos hospitais privados”.

Outro problema está relacionado com a relação de confiança entre médicos/as e pacientes. A confiança no sistema de saúde e na relação médico-paciente desempenha um papel fundamental no serviço público de saúde, podendo influenciar os relatos das pessoas sobre o seu próprio estado de saúde (Armstrong et al., 2006) e todas as atividades constitutivas da relação médico-paciente. Isso é particularmente importante na oncologia, em que a confiança

do paciente em seus médicos é um “fenômeno-chave” (Hillen, de Haes, Smets, 2010) para avaliar a correta adesão ao tratamento, a utilização de serviços e comportamentos preventivos, escolha entre tratamentos médicos disponíveis (por vezes radicais e com garantia limitada de sucesso), gestão de cuidados (Kazimierzczak et al., 2012) e melhores resultados de cura. Apesar de terem já sido verificados diferentes conceitos de confiança (Lock, Nguyen, 2010; Thom, Campbell, 1997; Mechanic, Meyer, 2000; Kleinman, abr. 1998) entre pacientes com doenças graves, o papel que aquela pode assumir em “informar deliberações de políticas públicas e equilibrar as forças do mercado que ameaçam a relação médico-paciente” (Thom, Hall, Pawlson, 2004) é crucial.

De acordo com as entrevistas, a confiança nos/as médicos/as e no SNS nunca esteve em maior risco no Portugal democrático do que agora. As razões subjacentes a esta mudança são, sobretudo, as mensagens recorrentes veiculadas pela mídia sobre enormes cortes no SNS, tanto nos salários dos/as profissionais de saúde como nos meios terapêuticos, maioritariamente as drogas:

E depois isto está tão enraizado, que ainda no outro dia eu ia a dizer a uma doente que ia fazer radioterapia, e ela perguntava-me: ‘Ó doutora – mande fazer depressa, antes que deixem de fazer por causa do dinheiro.’ E eu disse: ‘Mas alguém disse que se ia deixar de fazer a radioterapia?’ (paciente): ‘Ah, diz que agora não vão fazer nada.’ Para o doente, e neste momento, até prova em contrário, o problema é para poupar dinheiro [Está a haver uma maior desconfiança] Completa!

‘Por que é que eu acabei agora e não faço mais?’ Porque não tem indicação. ‘Não é por falta de dinheiro?’ Não. Não tem indicação. Muito frequente [esta pergunta]. Até prova em contrário, o hospital não lhe vai dar um melhor tratamento, porque está a poupar dinheiro. Da mesma maneira, que até prova em contrário quem vem para um hospital destes vai ser maltratado... Um hospital público, é para se dar mal. E depois dizem assim: ‘Eu por acaso, tive sorte. Não tenho que dizer.’

A grande maioria das pessoas que diz mal, foi os que não foram lá tratados. Porque os que foram atendidos dizem melhor do que aqueles que nunca lá foram, que dizem que aquilo é péssimo!... Até prova em contrário o sistema público é mau. E vai tratá-las mal (Médico 3).

Mas também o encerramento de ramos dos serviços públicos de saúde em áreas menos povoadas tem constituído um problema grave. A classe médica está ciente desse problema, e da pressão que sobre ela incide para executar suas tarefas no menor tempo possível, de uma forma rentável, que acarreta uma diminuição da qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, Kenagy (citado em Friedenber, 2003, p.306) refere que “agradar o paciente melhora o resultado e satisfação clínica e pode ser custo-eficiente”.

Contudo, dentro de um contexto neoliberal, no qual o imperativo custo-eficiência é fundamental, a saúde tornou-se um negócio extremamente lucrativo, mantendo e agravando tensões. Pode-se ser um bom médico e ao mesmo tempo um gestor sem prejuízo da relação de confiança estabelecida com os/as pacientes?

Há uma coisa que a mim me preocupa muito que é a perda da confiança no médico, no sistema. Eu posso ser um excelente técnico... Mas se eu não transmito uma confiança é complicado... Porque a pessoa [pensa], ‘o que é que me adianta um excelente técnico,

que não fala comigo'... Obviamente que há uma parte política de desinvestimento no SNS. Mas, eu acho que há muita culpa do médico... Eu tive um diretor de serviço que numa discussão de qual deveria ser a duração de uma consulta médica de cirurgia, ele achou que cinco minutos chegavam. Se uma pessoa tem consultas de cinco em cinco minutos, está tudo dito! E o doente, nem entra! Nem se senta... Eu sou um belíssimo técnico. Eu consigo fazer uma consulta num minuto. Agora o doente, qual é a opinião com que ele fica de nós?... Esta massificação imposta, pelo sistema, pelos políticos, pelos gestores, pelos diretores de serviço... A pressão para sempre produzir mais... É barato, é grátis, não é? E as pessoas querem consumir e isto leva a que a pessoa teve a consulta... Mas depois sai dali frustrada (Médico 2).

A relação entre médico e paciente é construída na confiança. Em Portugal, esse tem sido um dos pilares do SNS. A confiança foi construída por meio de sua proximidade com as populações, com base no princípio e na entrega universal real de cuidados de saúde. No entanto, as conquistas do SNS desde sua criação, em 1978, estão em risco devido aos efeitos da atual crise financeira, econômica e social. A mudança nos padrões de assistência médica nas últimas décadas tem sido associada com o enfraquecimento de uma abordagem humanística aos pacientes em nome de custo-eficiência. Os interesses corporativos das empresas de saúde têm promovido ativamente essa mudança. Em última análise, isso pode trazer danos irreversíveis para a relação de confiança da população portuguesa no seu sistema público de saúde (OPSS, 2013).

Em vez de procurar formas de manter os pontos fortes do sistema, como a confiança que construiu, melhorando os negativos, o caminho está sendo preparado para que os cuidados de saúde privados colonizem a área da saúde pública. Cabe aos/às profissionais de saúde, gestores e cidadãos que estão dispostos a preservar o SNS continuar trabalhando para a “democratização da saúde”, baseados em um “renovado contrato social” (Sakellarides, 2012).

Considerações finais

O resgate solicitado pelo governo português em 2011 foi, mais que um catalisador, uma aceleração para uma postura ideológica neoliberal relativa aos serviços e bens públicos. No campo da saúde, o SNS, até recentemente reconhecido como um dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo, está sob pressão de forças neoliberais, por meio do governo – apesar de algumas reformas positivas (OPSS, 2012) – e da *Troika*. O objetivo é desmantelar o SNS, por meio da privatização de algumas unidades de saúde, a introdução em unidades públicas de práticas gerenciais semelhantes às do setor privado, usando recursos públicos para aumentar a prestação privada de cuidados e abrir espaço para o crescimento das empresas privadas de saúde. Consequentemente, devido ao programa de ajustamento estrutural imposto pela *Troika*, o estado geral de saúde da população portuguesa mostra sinais de deterioração, particularmente no aumento de doenças infecciosas, respiratórias e mentais (OPSS, 2014).⁸ Existem ainda outras razões para preocupação, como a existência de “mecanismos que impedem ou limitam o acesso dos pesquisadores de saúde aos dados do SNS e, portanto, levando a uma governação menos transparente e menos participativa” (OPSS, 2014).

Isso também aconteceu em outros países onde foram implementados programas similares. O aumento do desemprego e pobreza, reduções sucessivas da renda da classe média e de

emprego, incluindo salários e pensões, e a introdução de taxas mais elevadas para o acesso aos cuidados de saúde pública impedem a melhoria dos cuidados de saúde num futuro próximo. Isso, por sua vez, afeta a capacidade da sociedade portuguesa para conseguir sair da crise, pois é sabido que quanto mais frágil a condição de saúde da população de um país, maiores seus efeitos negativos sobre a riqueza nacional (Coburn, Coburn, 2007). Doutrinas neoliberais dominantes, assim, produzem o aumento “das desigualdades sociais e de renda e baixam a coesão social, que estão elas próprias relacionadas, de várias maneiras, com as desigualdades em saúde” (Coburn, Coburn, 2007, p.32).

No campo da oncologia, a pressão para o racionamento e a relação custo-eficácia estão transformando as práticas diárias dos profissionais de saúde e a capacidade de resposta das unidades de saúde às necessidades de seus pacientes. Pessoal médico e de enfermagem está manifestando uma ansiedade crescente sobre a qualidade dos cuidados que são capazes de oferecer, enfatizando como a prática oncológica é limitada por políticas públicas, tanto de forma direta e mediada, mas também por determinações estruturais, como a desigualdade de gênero. Cortes financeiros na área da saúde têm efeitos reais em pacientes reais e trazem à tona a violência estrutural a que estão sujeitos. Atribuem visibilidade a termos e conceitos constantemente em risco de serem desumanizados pela retórica diária empregue pela mídia. Continuam faltando estudos de monitorização dos efeitos reais desta crise sobre a saúde dos cidadãos portugueses (OPSS, 2012; Arreigoso, 27 maio 2015). A confiança aparece igualmente como um tema importante e à qual será dada muita atenção, uma vez que é fundamental para o reconhecimento e apoio públicos dos serviços públicos de saúde e do trabalho dos seus profissionais (Callahan, 2000).

Os/as profissionais da área da oncologia, apesar do acordo parcial com algumas das reformas de saúde que consideravam necessárias, opõem-se claramente à maioria das medidas de austeridade com sérias consequências para a especialidade. O compromisso com os pacientes foi reconhecido como um princípio indiscutível.

A presença prolongada no campo, utilizando os recursos da antropologia médica crítica, permitiu dar visibilidade a essas questões. Possibilitou também identificar as esperanças, lutas e conflitos associados às dificuldades decorrentes do processo de ajustamento estrutural e seus efeitos sobre a distribuição pública de cuidados de saúde. Metodologias qualitativas, especificamente uma etnografia de espessura e granulação finas (Marcus, 1998), conjuntamente com uma perspectiva crítica e integrada (Campbell, 2010), forneceram ferramentas eficazes para consultas originais em presentes e futuras desigualdades sociais em saúde e produziram respostas eficazes para elas.

A experiência de pacientes com condições crônicas e exigindo cuidados continuados, como algumas formas de câncer, é central para a compreensão dos pontos fortes e fracos do estado actual do SNS nas práticas de prestação de cuidados de saúde. Esta, por sua vez, levanta a questão de se e como este “país que sofre” (OPSS, 2012) será capaz de chegar a respostas inovadoras para estes processos, permitindo que o princípio do acesso universal aos cuidados de saúde, uma das maiores conquistas da democracia portuguesa, possa persistir.

NOTAS

¹ Ver Byron Good, 1994; Mary-Jo Good, 1998, 2010; Fujimura, 1997; Löwy, 1996, 2010; Sontag, 2001; Stacey, 1997, 2002; Proctor, 1995; Keating, Cambrosio, 2003, 2012; Livingston, 2012; Gibbon, 2007.

² Procura-se aqui chamar a atenção para uma abordagem que dá mais ênfase à cura do câncer por meio do recurso a uma medicina altamente científica e especializada, com todos os custos econômicos que tal envolve, em detrimento da formulação de políticas públicas que, por exemplo, proibissem a presença de centenas de produtos com agentes carcinogênicos consumidos diariamente.

³ *Troika* é a nomenclatura que se atribuiu, em Portugal, à tríade composta por Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional e que foi responsável pelo Programa de Assistência Económica e Financeira (2011-2014).

⁴ Em uma declaração pública em 2007, uma candidata a um cargo no Ministério da Saúde português, Isabel Vaz, na época (18 abr. 2007) chefe do grupo econômico Espírito Santo Saúde, afirmou ao telejornal do principal canal de televisão nacional pública Português, a RTP1: “A saúde é, talvez, uma das maiores áreas de negócio a nível mundial. Eu diria só que melhor negócio que a saúde só a indústria do armamento”.

⁵ Sumário do programa e relatório da segunda fase de implementação disponível em: <http://aei.pitt.edu/5009/1/5009.pdf>.

⁶ Protestos semelhantes ocorreram em Espanha e foram descritos como *marea blanca* (maré branca), reunindo todos os profissionais de saúde. Neste caso, a participação foi tão elevada que um movimento cívico em defesa da saúde pública e do Estado social foi criado.

⁷ Nesta e nas demais citações de textos publicados em outros idiomas, a tradução é livre.

⁸ Por exemplo, as mortes por pneumonia, uma doença intimamente ligada ao desemprego, condições de vida e pobreza aumentaram em 25% entre 2011 e 2013.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, António et al.
Custo do tratamento do cancro em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, n.22, p.525-536. 2009.

ARMSTRONG, Katrina et al.
Distrust of the health care system and self-reported health in the United States. *Journal of General Internal Medicine*, v.21, n.4, p.292-297. 2006.

ARREIGOSO, Vera Lúcia.
Metade dos portugueses sem acesso aos melhores cuidados primários. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2015-05-26-Metade-dos-portugueses-sem-acesso-aos-melhores-cuidados-primarios>. Acesso em: 24 ago. 2015. 27 maio 2015.

BARROS, Pedro Pitta.
Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy*, v.106, n.1, p.17-22. 2012.

BIEHL, João.
Will to live: Aids therapies and the politics of survival. New Jersey: Princeton University Press. 2007.

BORJA-SANTOS, Romana.
Mais de 40% dos médicos dizem que falta de material está a interferir no trabalho. Disponível em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/>

mais-de-40-dos-medicos-dizem-que-falta-de-material-esta-a-interferir-no-trabalho-1697960. Acesso em: 24 ago. 2015. 8 jun. 2015.

BOYLE, Peter; LEVIN, Bernard (Ed.).
World cancer report. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2008.

BURY, Michael.
Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health and Illness*, v.23, n.3, p.263-295. 2001.

CALDAS, José Castro.
Preparar a renegociação da dívida. Comunicação apresentada na Conferência Parlamentar sobre Dívida Pública, Assembleia da República, 2014, Lisboa. Disponível em: <http://auditoriacidada.info/article/preparar-renegocia%C3%A7%C3%A3o-da-d%C3%ADvida>. Acesso em: 24 ago. 2015. 17 dez. 2014.

CALLAHAN, Daniel (Ed.).
Promoting health behaviour: how much freedom? Whose responsibility? Washington: Georgetown University Press. 2000.

CAMPBELL, Dave.
Anthropology's contribution to public health policy development. *McGill Journal of Medicine*, v.13, n.1, p.76-81. 2010.

- CAMPBELL, Denis.
NHS shakeup may destroy patients' trust in GPs, says BMA leader. Disponível em: <http://www.guardian.co.uk/society/2013/apr/01/nhs-reforms-gps-patients-bma>. Acesso em: 24 ago. 2015. 1 abr. 2013.
- CANTOR, David.
Introduction: cancer control and prevention in the twentieth century. *Bulletin of the History of Medicine*, v.81, n.1, p.1-38. 2007.
- CLARKE, Adele E. et al. (Ed.).
Biomedicalization: technoscience, health and illness in the US. Durham: Duke University Press. 2010.
- CNECV.
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Parecer sobre um modelo de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos. Disponível em: http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1348745574_Parecer%2064_2012%20CNECV%20Medicamentos%20SNS.pdf. Acesso em: 24 ago. 2015. set. 2012.
- COBURN, David; COBURN, Elaine S.
Health and health inequalities in a neo-liberal global world. In: McIntyre, Di; Mooney, Gavin (Ed.). *The economics of health equity*. Cambridge: Cambridge University Press. p.13-35. 2007.
- CORREIA, Tiago et al.
O sistema de saúde português no tempo da Troika: a experiência dos médicos. Lisboa: ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos. 2015.
- DAVIES, Devra.
The secret history of the war on cancer. New York: Basic Books. 2007.
- DE BOER, Angela G.E.M. et al.
Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of the American Medical Association*, v.301, n.7, p.753-762. 2009.
- FARMER, Paul.
Rethinking foreign aid. *Foreign Affairs*. Disponível em: <https://www.foreignaffairs.com/articles/2013-12-12/rethinking-foreign-aid>. Acesso em: 24 ago. 2015. 12 dez. 2013.
- FARMER, Paul.
An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, v.45, n.3, p.305-325. 2004.
- FARMER, Paul.
Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. Los Angeles: University of California Press. 2003.
- FARMER, Paul et al.
Structural violence and clinical medicine. *PLoS Medicine*, v.3, n.10, p.1686-1691. 2006.
- FERREIRA, Virgínia.
A evolução das desigualdades entre salários masculinos e femininos: um percurso irregular. In: Ferreira, Virgínia (Org.). *A igualdade de mulheres e homens no trabalho e no emprego em Portugal: políticas e circunstâncias*. Lisboa: Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego. p.139-190. 2010.
- FREITAS, Andrea Cunha.
Médicos defenderam SNS com “a maior greve de sempre”. Disponível em: <http://www.publico.pt/portugal/jornal/medicos-defenderam-sns-com-a-maior-greve-de-sempre-24886247>. Acesso em: 24 ago. 2015. 12 jul. 2012.
- FRIEDENBERG, Richard M.
Patient-doctor relationships. *Radiology*, v.226, n.2, p.306-308. 2003.
- FUJIMURA, Joan H.
Crafting science: a sociohistory of the quest for the genetics of cancer. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1997.
- GALTUNG, Johan.
Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, v.6, n.3, p.167-191. 1969.
- GOMES, Catarina.
A crise na Europa está a afectar os doentes com cancro. *Público*. Disponível em: <http://www.publico.pt/mundo/jornal/a-crise-na-europa-esta-a-afectar-os-doentes-com-cancro-24831127>. Acesso em: 13 jun. 2017. 2 jul. 2012.
- GOOD, Byron J.
Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. New York: Cambridge University Press. 1994.
- GOOD, Mary-Jo D.
The medical imaginary and the biotechnical embrace: subjective experiences of clinical scientists and patients. In: Good, Byron J. et al. *A reader in medical anthropology: theoretical trajectories, emergent realities*. Chichester: Wiley-Blackwell. p.272-283. 2010.
- GOOD, Mary-Jo D.
American medicine: the quest for competence. Berkeley: University of California Press. 1998.
- HILLEN, Marij; DEHAES, Hanneke; SMETS, Ellen.
Cancer patients' trust in their physician: a review. *Journal of Psycho-Oncology*, v.20, n.3, p.227-241. 2011.
- JANES, Craig R.; CORBETT, Kitty K.
Anthropology and global health. *Annual Review of Anthropology*, n.38, p.167-183. 2009.
- KAZIMIERCZAK, Karolina Agata et al.
Provision of cancer information as a 'support for navigating the knowledge landscape': findings

- from a critical interpretive literature synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*, v.17, n.3, p.360-369. 2012.
- KEATING, Peter; CAMBROSIO, Alberto. *Cancer on trial: oncology as a new style of practice*. Chicago: The University of Chicago Press. 2012.
- KEATING, Peter; CAMBROSIO, Alberto. *Biomedical platforms: realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. Cambridge, MA: The MIT Press. 2003.
- KLEIN, Naomi. *The shock doctrine: the rise of disaster capitalism*. New York: Picador. 2008.
- KLEINMAN, Arthur. Experience and its moral modes: culture, human conditions, and disorder. Comunicação apresentada em The Tanner Lectures on Human Values. Palo Alto. abr. 1998.
- LIVINGSTON, Julie. *Improvising medicine: an African oncology ward in an emerging cancer epidemic*. Durham: Duke University Press. 2012.
- LOCK, Margaret; NGUYEN, Vinh-Kim. *An anthropology of biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell. 2010.
- LÖWY, Ilana. *Preventive strikes: women, precancer, and prophylactic surgery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. 2010.
- LÖWY, Ilana. *Between bench and bedside: science, healing and Interleukin-2 in a cancer ward*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 1996.
- LUSA, Agência. Oncologia: doentes não são tratados da mesma forma. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2397802&page=-1. Acesso em: 24 ago. 2015. 2 abr. 2012.
- MARCUS, George. *Ethnography through thick and thin*. Princeton: Princeton University Press. 1998.
- MCKEE, Martin et al. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, v.12, n.4, p.346-350. 2012.
- MCKEE, Martin; STUCKLER, David. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *British Medical Journal*, n.343, p.d7973. 2011.
- MECHANIC, David; MEYER, Sharon. Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science and Medicine*, v.51, n.5, p.657-668. 2000.
- MENDES, Diana. Cortes na saúde põem em risco tratamento a cancro. Disponível em: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1578496. Acesso em: 24 ago. 2015. 26 maio 2010.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alto Comissariado da Saúde. *Estratégias para a saúde: II. Perfil de Saúde em Portugal (Versão discussão): Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (PNPCDO), 2007-2010: orientações programáticas. Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.
- MORGAN, David; ASTOLFI, Roberto. Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected? Paris: OECD Publishing. (Health Working Papers, n.60). 2013.
- MURRAY, Christopher J.L.; EVANS, David (Ed.). *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization. 2003.
- MUSGROVE, Philip. Judging health systems: reflections on WHO's methods. *The Lancet*, v.361, n.9371, p.1817-1820. 2003.
- NGUYEN, Vinh-Kim; PESCHARD, Karine. Anthropology, inequality and disease: a review. *Annual Review of Anthropology*, n.32, p.447-474. 2003.
- NUNES, João Arriscado. A saúde na crise: o que está em jogo. In: Carmo, Isabel do (Org.). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, a crise e os desafios*. Coimbra: Almedina. 2012.
- NUNES, João Arriscado. Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.95, p.137-153. 2011.
- NUNES, João Arriscado. A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas. [s.l]:[s.n.] (Oficina do Centro de Estudos Sociais/ Universidade de Coimbra, n.253). 2006.
- NUNES, João Arriscado. *Os mundos sociais da ciência e tecnologia em Portugal: o caso da oncobiologia e as novas tecnologias da informação*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais/Universidade de Coimbra. 1999.

NUNES, João Arriscado; COSTA, Susana. *As mediações da ciência e a gestão da incerteza: o caso das ciências biomédicas e da saúde*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais/Universidade de Coimbra. 2002.

OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Acesso aos cuidados de saúde: um direito em risco? Relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2013. 2015.

OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Saúde: síndrome de negação: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2017. 2014.

OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Duas faces da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2013>. Acesso em: 8 jun. 2013. 2013.

OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Crise e saúde: um país em sofrimento: relatório de primavera do OPSS*. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf. Acesso em: 8 mar. 2013. 2012.

OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Coimbra: Mar da Palavra. 2011.

PFEIFFER, James; NICTER, Mark.

What can critical medical anthropology contribute to global health?: a health systems perspective. *Medical Anthropology Quarterly*, v.22, n.4, p.410-415. 2008.

PROCTOR, Robert N.

Golden holocaust: origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition. Oakland: University of California Press. 2012.

PROCTOR, Robert N.

Cancer wars: how politics shapes what we know and don't know about cancer. New York: Basic Books. 1995.

SAKELLARIDES, Constantino.

Da resposta ao “choque económico e social” em curso à necessidade de um novo contrato social na saúde: breves reflexões. In: Carmo, Isabel do

(Org.). *Serviço Nacional de Saúde em Portugal: as ameaças, acrise e os desafios*. Coimbra: Almedina. 2012.

SAMA, Martyn T.; NGUYEN, Vinh-Kim. *Governing health systems in Africa*. Dakar: Council for the Development of Social Science Research in Africa. 2008.

SANTOS, Boaventura de Sousa.

Os processos da globalização. In: Santos, Boaventura de Sousa (Org.). *Globalização: fatalidade ou utopia?* Porto: Afrontamento. 2001.

SCHEPER-HUGHES, Nancy.

Dangerous and endangered youth: social structures and determinants of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, v.1036, n.1, p.13-46. 2004.

SCHEPER-HUGHES, Nancy.

The primacy of the ethical: propositions for a militant anthropology. *Current Anthropologist*, v.36, n.3, p.409-440. 1995.

SCHRECKER, Ted.

Interrogating scarcity: how to think about “resource-scarce settings”. *Health Policy and Planning*, v.28, n.4, p.400-409. 2013.

SONNENSCHNEIN, Carlos; SOTO, Ana M.

The somatic mutation theory of cancer: growing problems with the paradigm? *BioEssays*, v.26, n.10, p.1097-1107. 2004.

SONTAG, Susan.

Illness as metaphor and Aids and its metaphors. New York: Picador. 2001.

STACEY, Jackie.

Heroes. In: Campbell, Jan; Harbord, Janet (Ed.). *Temporalities: autobiography and everyday life*. Manchester: Manchester University Press. p.75-108. 2002.

STACEY, Jackie.

Teratologies: a cultural study of cancer. London: Routledge. 1997.

STUCKLER, David; MCKEE, Martin.

There is an alternative: public health professionals must not remain silent at a time of financial crisis. *European Journal of Public Health*, v.22, n.1, p.2-3. 2012.

THOM, David H.; CAMPBELL, Bruce.

Patient-physician trust: an exploratory study. *Journal of Family Practice*, v.44, n.2, p.169-176. 1997.

THOM, David; HALL, Mark; PAWLSON, Gregg.

Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, v.23, n.4, p.124-132. 2004.

WHO.
World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. Acesso em: 13 jun. 2017. 2014.

WHO.
World Health Organization. The world health report 2000. Health systems: improving

performance. Geneva: WHO. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Acesso em: 11 jun. 2011. 2000.

WILKING, Nils; JÖNSSON, Bengt.
A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Stockholm: Karolinska Institutet; Stockholm School of Economics. 2007.

