INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Saúde e a Educação Entre o Público e o Privado

Tensões e trajetos no Estado-providência em Portugal

Mariana Guimarães Vieira da Silva

Doutoramento em Políticas Públicas

Orientadora:

Professora Doutora Maria de Lurdes Rodrigues

Professora Associada com Agregação

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

julho de 2025

SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

A Saúde e a Educação Entre o Público e o Privado

Tensões e trajetos no Estado-providência em Portugal

Mariana Guimarães Vieira da Silva
Doutoramento em Políticas Públicas

Júri:
Doutora Maria Madalena Carlos Ramos, Professora Catedrática do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa
Doutora Maria do Céu Caixeiro Mateus, Professora Catedrática da Lancaster University
Doutor José David Gomes Justino, Professor Catedrático da FCSH - Universidade Nova de Lisboa
Doutor Amílcar Manuel Reis Moreira, Professor Auxiliar do ISEG-Universidade de Lisboa
Doutor Luís Filipe Oliveira Mota, Professor Auxiliar da Universidade do Minho;
Orientadora
Doutora Maria de Lurdes Reis Rodrigues, Professora Associada com Agregação do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

julho de 2025

À minha mãe, Margarida Guimarães

AGRADECIMENTOS

Uma tese de doutoramento é sempre uma aventura longa e exigente. A minha teve ainda a particularidade de ser interrompida por oito anos e meio de atividade governativa. Por isso, os meus agradecimentos estendem-se a todos os que, ao longo desse percurso, me ajudaram — de forma direta na conclusão desta dissertação, mas também mais amplamente, ajudando-me a ver o mundo e as políticas públicas com mais profundidade, clareza e compromisso.

À minha orientadora, Maria de Lurdes Rodrigues, o meu agradecimento — por me ter aberto esta janela para o conhecimento das políticas públicas, por ter compreendido as ausências e, sobretudo, por nunca ter deixado de insistir.

Ao António Costa, pela confiança e pela oportunidade única de viver uma missão de contribuir – do lado de quem pensa, desenha e implementa políticas públicas – para um país melhor.

Ao Pedro, por tudo o que partilhamos a cada dia.

A todos os meus amigos, em particular ao Pedro, ao Miguel, à Filipa, ao Vasco e ao Diogo, que acompanharam este caminho desde o início.

Ao meu irmão, Miguel, com quem tudo tem sempre mais sentido. Pela certeza de que, aconteça o que acontecer, nada abala o que nos une. E por com a Catarina, a Inês, a Joana e a Margarida terem sido a minha casa.

Ao meu pai, José António, por ter incutido em mim uma curiosidade permanente e por me desafiar sempre. E à minha mãe, Margarida, por me ter apoiado em tudo e por nunca me ter deixado desistir de nada. Ambos foram sempre uma inspiração e criaram em mim a convicção de que o mundo e o país em que vivemos pode ser melhorado e que isso exige vontade, persistência, conhecimento e rigor. E que é uma responsabilidade nossa.

ENTIDADE FINANCIADORA DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Esta investigação foi financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, através de bolsa de doutoramento: SFRH/BD/80385/2011

RESUMO

Com o período democrático a saúde e a educação foram consagradas como direitos sociais fundamentais. Apesar destes objetivos fundadores comuns, observam-se diferenças no que diz respeito ao equilíbrio entre o público e o privado: um sistema de saúde de natureza mista, baseado na complementaridade entre estes dois sectores, e um sistema educativo em que o setor público é hegemónico.

A participação do Estado e do mercado na prestação dos serviços públicos é um tema central na análise e compreensão de políticas públicas e as alterações, ao longo das últimas décadas, no equilíbrio desta participação na saúde e na educação constituem o principal objeto de análise desta tese.

Esta investigação baseia-se numa análise documental e comparativa e recorrendo ao quadro teórico do novo institucionalismo, nas correntes histórica, sociológica e da escolha racional. E parte da pergunta: que fatores institucionais, políticos e dos atores moldaram trajetórias distintas das políticas de saúde e de educação que resultaram neste diferente equilíbrio público-privado?

As conclusões remetem para três planos explicativos: (a) o das trajetórias históricas, que mostra que os diferentes pontos de partida em 1974 geraram percursos distintos, com maior continuidade na educação e maior rutura – ainda que incompleta – na saúde; (b) o dos quadros político-institucionais em cada um dos momentos decisivos de definição das políticas que resultaram em diferenças na estabilidade e nos legados políticos; e (c) o da distinta complexidade das redes de atores, com o setor da saúde a ser marcado por um significativo pluralismo de estratégias e interesses com consequências institucionais.

Palavras-chave: Estado-providência, políticas públicas, saúde, educação, mercadorização.

ABSTRACT

With the democratic period, health and education were established as fundamental social rights. Despite these common objectives, differences can be observed regarding the balance between public and private sectors: a mixed health system, based on the complementarity between the two sectors, and an education system in which the public sector is dominant.

The participation of the State and the market in the provision of public services is a central theme in the analysis and understanding of public policies, and the changes over the past decades in this balance within health and education are the main object of analysis of this thesis.

This research is based on documentary and comparative analysis and adopts the theoretical framework of new institutionalism in its historical, sociological, and rational choice strands. It departs from the following question: which institutional, political, and actor-related factors shaped the distinct trajectories of health and education policies that resulted in this different public-private balance?

The conclusions point to three explanatory levels: (a) historical trajectories, showing that different starting points in 1974 generated distinct paths, with greater continuity in education and a more significant—though incomplete—break in health; (b) political-institutional frameworks in each decisive moment of policy-making, resulting in differences in stability and political legacies; and (c) the distinct complexity of actor networks, with the health sector marked by significant pluralism of strategies and interests with institutional consequences.

Keywords: welfare state, public policies, health, education, marketization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

PARTE I | O PROBLEMA E O SEU ENQUADRAMENTO 15

1. O ESTADO E O MERCADO NOS SISTEMAS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO 17

1.1 O equilíbrio entre sector público e sector privado na educação e na saúde 18
1.1.1 Despesa e financiamento 18
1.1.2 Oferta 20
1.1.3 Procura 21
1.2 O quadro teórico e conceptual: novo institucionalismo 22
1.2.1 Pesquisas exemplares 27
1.3 Das teorias ao modelo de análise: o desenho da pesquisa 36
1.3.1 O modelo de análise 38
1.3.2 Diferentes escolhas políticas 39
1.3.3 Percurso – dependência de trajetória 40
1.3.4 Natureza dos bens públicos 40
1.3.5 Atores e estratégias 43
1.4 O método comparativo aplicado a duas áreas das políticas públicas 44
1.4.1 A seleção dos casos 46
1.4.2 As potencialidades e os limites da comparação entre a saúde e a educação 47
1.4.3 A análise das diferenças 47
1.4.4 A abordagem metodológica e a recolha de informação 48
1.5 Análise do processo político 49

2. O ESTADO-PROVIDÊNCIA EM CONTEXTO DE MUDANÇA: ENTRE A RESILIÊNCIA E A REFORMA 53

2.1 As pressões para a reforma do Estado-providência 54
2.1.1 Pressões endógenas 55
2.1.2 Pressões exógenas 57
2.2 As forças de continuidade e a resiliência do Estado-providência 59
2.3 A mudança possível num cenário de continuidade das políticas 62
2.3.1 A análise da mudança no Estado-providência 66

3. A ESPECIFICIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NO ESTADO-PROVIDÊNCIA: OS CASOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE . 69

3.1 Tipologias e mudanças políticas na educação 73
3.1.1 Tipologias dos sistemas de educação 73
3.1.2 Transformações políticas na educação 75
3.1.3 Equidade, seleção e qualidade 79
3.1.4 Educação-democracia e educação-mercado de trabalho 80
3.1.5 Competição, liberdade de escolha e equidade 81
3.1.6 A desvalorização do Estado-nação: europeização e descentralização 82
3.1.7 Regulação, gestão e governação das escolas 83
3.1.8 A influência das instituições internacionais 83
3.2 Tipologias e mudanças políticas na saúde 85
3.2.1 Tipologias dos sistemas de saúde 85
3.2.2 Transformações nas políticas de saúde 88
3.2.3 Sustentabilidade do sistema 91
3.2.4 Universalidade e equidade no acesso 92
3.2.5 Qualidade dos cuidados e o estado de saúde das populações 92
3.2.6 Dois desafios a superar 93

3.3 Tipologias nas políticas de educação e de saúde 96
3.4 Para uma análise da mudança nas políticas de saúde e de educação no contexto das reformas do Estado-providência 97
3.4.11 Um quadro analítico para o estudo das mudanças nas políticas públicas de saúde e educação 99

PARTE II | POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM PORTUGAL: TRAJETÓRIAS, MOMENTOS CRÍTICOS E ESCOLHAS DEFINIDORAS 105

4. EDUCAÇÃO: TRAJETÓRIAS, MOMENTOS CRÍTICOS E INSTRUMENTOS DEFINIDORES 107

4.1 As origens do sistema educativo 108
4.2 Os princípios constitucionais do direito à educação 114
4.3 O processo da definição das bases da educação 122
4.3.1 As origens de uma convergência: a Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986 125
4.3.2 A primeira das pequenas mudanças: a LBSE de 1997 133
4.3.3 A tentativa de transformação profunda e o veto presidencial 134
4.3.4 A adaptação ao processo de Bolonha em 2005 143
4.3.5 O aumento da escolaridade obrigatória em 2009 144
4.4 Instrumentos de ação política: a contratualização com o sector privado em educação 146
4.4.1 O estatuto do ensino particular e cooperativo e os contratos de associação 146
4.4.2 O caso da educação pré-escolar 154
4.4.3 O caso das escolas profissionais 160
4.5 O impacto das políticas públicas: evolução dos indicadores público-privado 164
4.6 Os atores e as bases do sistema educativo 174
4.7 Periodização das políticas educativas 180
4.8 Notas conclusivas: o consenso inicial abriu um precedente inultrapassável? 183

5. SAÚDE: TRAJETÓRIA, MOMENTOS CRÍTICOS E INSTRUMENTOS DEFINIDORES 189

5.1 As origens do sistema de saúde 190
5.2 Princípios constitucionais na saúde 195
5.3 O processo de definição das bases da saúde 199
5.3.1 A construção do SNS 203
5.3.2 Contrarreforma e ponto de veto 211
5.3.3 Superar as bases do SNS: a aprovação de uma lei de bases da saúde 214
5.3.4 O serviço e o sistema de saúde: a mudança apoiada na reforma hospitalar 223
5.4 Instrumentos de ação política: a contratualização com o sector privado em saúde 236
5.4.1 O sector convencionado 238
5.4.2 A ADSE e os restantes subsistemas 247
5.4.3 Concessões de gestão e parcerias público-privadas 254
5.5 Evolução dos indicadores público-privado na saúde 262
5.6 Os atores e as bases da saúde 267
5.7 Periodização das políticas de saúde 274
5.8 Notas conclusivas: uma arquitetura feita de avanços e recuos 278

NOTA CONCLUSIVA: A SAÚDE E EDUCAÇÃO ENTRE O ESTADO E O MERCADO 281

DOCUMENTAÇÃO E LEGISLAÇÃO 298

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 303

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Figuras

Figura 1.1 Modelo de análise 39
Figura 1.2 Triângulo dos atores no processo das políticas públicas 43
Figura 2.1 Reta de Pierson 61
Figura 3.1 Tipologia OCDE 2011 86
Figura 4.1 Percentagem de alunos matriculados em cursos profissionais privados e taxa de crescimento do sectores público e privado do ensino profissional 164
Figura 4.2 Financiamento público, privado e das famílias aos estabelecimentos de ensino 165
Figura 4.3 Taxa real de pré-escolarização 166
Figura 4.4 Alunos matriculados no sector privado e taxa de crescimento dos sectores público e privado .. 167
– pré-escolar 167
Figura 4.5 Percentagem de alunos do ensino secundário matriculados nos sectores público e privado 168
Figura 4.6 Resultados no PISA da Suécia e Portugal (2000 a 2012) 174
Figura 5.1 Convenções celebradas por valência 242
Figura 5.2 Despesa com MCDT 247
Figura 5.3 Descontos e contribuições da ADSE 251
Figura 5.4 Estrutura de financiamento dos hospitais privados 254
Figura 5.5 Financiamento público, privado e das famílias na saúde 263
Figura 5.6 Variação do peso dos pagamentos diretos das famílias na despesa corrente em saúde 264
Figura 5.7 Hospitais entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%) 265
Figura 5.8 Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%) 266
Figura 5.9 Camas de internamento entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%) 266
Figura 5.10 Consultas médicas nas consultas externas dos hospitais entre 2002 e 2012, segundo a natureza institucional (%) 267

Quadros

Quadro 0.1 Mudanças nas políticas de saúde e educação – um possível mapa comparativo 10
Quadro 1.1 Despesa pública no total da despesa em saúde e em educação (em %) em 2015 19
Quadro 1.2 Despesa direta dos agregados familiares no total da despesa em saúde e na educação em 2015 (em %) 19
Quadro 1.3 Escolas e hospitais públicos e privados (em %) 20
Quadro 1.4 Professores no sector público e privado (em %) 20
Quadro 1.5 Profissionais de saúde nos hospitais do sector público e privado (%) 20
Quadro 1.6 Camas em hospitais e alunos inscritos no sector público e privado (em %) 21
Quadro 1.7 Consultas realizadas em hospitais públicos e privados 22
Quadro 1.8 Cirurgias realizadas em hospitais públicos e privados 22
Quadro 1.9 Aplicação do método das diferenças ao objeto de estudo 48
Quadro 3.1 Tipologia dos sistemas de educação – Busemeyer e Nicolai 74
Quadro 3.2 Tipologia dos sistemas de saúde – Michael Moran 87
Quadro 3.3 Tipologia dos sistemas de saúde – Ellen Imergut 88
Quadro 3.4 Instrumentos de reforma 89
Quadro 3.5 Tipos de sistema de saúde e estratégias de mudança 90
Quadro 3.6 Instrumentos de reforma da saúde em Portugal 91
Quadro 3.7 Resumo da situação de Portugal das várias tipologias 96
Quadro 3.8 Análise da mudança nas políticas de saúde e educação 103
Quadro 4.1 A educação nas Constituições liberais 109
Quadro 4.2 Educação na Constituição Republicana 110
Quadro 4.3 A educação na Constituição de 1933 111
Quadro 4.4 A evolução do Artigo 43.º (Liberdade de aprender e ensinar), da Constituição da República Portuguesa 115

Quadro 4.5 A evolução do Artigo 73.º da CRP (Educação, cultura e ciência 116
Quadro 4.6 A evolução do Artigo 74.º da CRP (Ensino) 119
Quadro 4.7 A evolução do Artigo 75.º da CRP (Ensino público, particular e cooperativo) 120
Quadro 4.8 A evolução do Artigo 76.º da CRP (Universidade e acesso ao ensino superior) 121
Quadro 4.9 Artigo 77.º da CRP (Participação democrática no ensino) 121
Quadro 4.10 Alterações às leis de bases na área da educação 122
Quadro 4.11 Alterações às Lei de Bases da Educação e seus debates 124
Quadro 4.12 Pontos fundamentais em debate na LBSE de 1986 128
Quadro 4.13 Principais propostas de alteração do CDS sobre relação com sector privado 130
Quadro 4.14 Principais diferenças entre a proposta do Governo e as dos outros partidos 140
Quadro 4.15 Declarações de voto que justificam o voto contra com convicção de inconstitucionalidade . 141
Quadro 4.16 Escolas profissionais e número de promotores por tipologia de entidades 162
Quadro 4.17 Percentagem dos estabelecimentos de ensino públicos no total dos estabelecimentos de ensino 169
Quadro 4.18 Escolas e alunos abrangidos pelos contratos simples e de associação 171
Quadro 4.19 Orçamento do Estado para o sector particular e cooperativo 172
Quadro 4.20 Resoluções dos congressos da FENPROF 176
Quadro 4.21 Crises de governação do sistema educativo 177
Quadro 4.22 Principais exigências das federações sindicais na Lei de Bases da Educação 179
Quadro 4.23 Contexto político e maiorias nas alterações legislativas 186
Quadro 5.1 A saúde nas constituições liberais 191
Quadro 5.2 A saúde na Constituição republicana de 1911 192
Quadro 5.3 A saúde na Constituição de 1933 193
Quadro 5.4 A evolução do Artigo 64.º da CRP (Saúde) 197
Quadro 5.5 Alterações às leis de bases na área da saúde 200
Quadro 5.6 Alterações às leis de bases da saúde e seus debates 202
Quadro 5.7 Questões a definir no desenho do SNS 205
Quadro 5.8 Diferenças entre projetos de lei apresentados pelo PS entre 1978 e 1979 209
Quadro 5.9 Quadro comparativo das propostas dos diferentes partidos 217
Quadro 5.10 Prestação de cuidados 218
Quadro 5.11 Concorrência ou complementaridade 219
Quadro 5.12 Acumulação público-privado 219
Quadro 5.13 Gestão hospitalar 220
Quadro 5.14 Papel dos seguros de saúde 220
Quadro 5.15 Propostas apresentadas em 2002 229
Quadro 5.16 Alterações à lei de bases apresentadas pelo Governo do PSD 230
Quadro 5.17 Tipologia jurídica dos hospitais (Lei de Bases de 2002) 232
Quadro 5.18 Momentos-chave no processo de empresarialização dos hospitais 234
Quadro 5.19 Convenções em vigor em 2006 241
Quadro 5.20 Periodização dos regimes de contratualização de convenções 246
Quadro 5.21 Mudanças nas contribuições para a ADSE no contexto do período de ajustamento 251
Quadro 5.22 Evolução das despesas totais da ADSE e transferências do OE para a ADSE entre 2002-2010 (unidade: milhões de euros e percentagem) 252
Quadro 5.23 Modelos de PPP 258
Quadro 5.24 Concursos em PPP 259
Quadro 5.25 Crises de governação do sistema de saúde 269
Quadro 5.26 Críticas da Ordem dos Médicos à Lei de Bases da Saúde de 1990 271
Quadro 5.27 Acordo entre a Ordem dos Médicos e o Grupo Parlamentar do PSD face à Lei de Bases da Saúde de 1990 272
Quadro 5.28 Mudanças políticas na saúde e alinhamentos partidários 278

INTRODUÇÃO

A participação do Estado e do mercado na prestação de serviços públicos é hoje significativamente diferente no sector da saúde e da educação. O equilíbrio desta participação sofreu, ao longo das últimas décadas, alterações que constituem o principal objeto de análise desta tese. A definição das fronteiras entre público e privado, a definição do papel do Estado e do mercado são um tema central na análise e na compreensão de políticas públicas.

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o serviço público de educação conheceram impulsos semelhantes, que são observáveis no início dos anos 1970, no período revolucionário e na consolidação democrática. Ambos os sistemas partilharam e partilham, igualmente, pressões semelhantes para a introdução de reformas que garantam a sua sustentabilidade, num sentido análogo ao que conheceu a generalidade dos países europeus no que diz respeito aos diferentes elementos do Estado-providência.

A inscrição na Constituição de 1976 de um "serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" e do "ensino básico universal, obrigatório e gratuito", estabelecendo "progressivamente a gratuitidade de todos os graus de ensino", revela uma ambição inicial de construção de sistemas públicos, universais e gratuitos que garantissem a concretização de dois direitos sociais: a saúde e a educação. Entre os que se dedicam ao estudo das questões constitucionais estas duas áreas das políticas públicas são frequentemente equiparadas, uma vez que se considera que em ambos os casos estamos perante "um direito imediato a uma prestação efetiva". No âmbito do direito à saúde, um "direito atual aos cuidados médicos de que necessitem nos serviços públicos de saúde"; e no âmbito do direito ao ensino um "direito à escola" (Gomes Canotilho e Vital Moreira, 1991: 130). Contudo, completados mais de 40 anos desde a aprovação da Constituição da República Portuguesa de 1976, o resultado desta construção nos dois sectores apresenta diferenças assinaláveis.

Ao longo das décadas que se seguiram à aprovação da Constituição de 1976, como se verá adiante, registamos mudanças e tendências convergentes nestas duas áreas das políticas públicas:

- um período de construção e consolidação da democracia marcado pela afirmação da presença estatal e por medidas expansionistas, tanto no sistema de saúde, como no sistema de educação;
- uma fase de retração do papel do Estado, marcado não apenas pela expansão dos sectores privados, mas também pela introdução de elementos do mercado na prestação dos serviços públicos de saúde e de educação;

- um período marcado pela aplicação de soluções de gestão pública baseada nos instrumentos e lógicas da gestão privada, proveniente das teorias da nova gestão pública, que ocorre em ambos os sistemas, embora de forma desigual;
- uma longa etapa marcada pelos debates da sustentabilidade do financiamento, em que a contenção de custos surge como um dos objetivos fundamentais das políticas, frequentemente aliados a momentos de incremento da participação do sector privado, aprofundando as lógicas introduzidas nos anos 1990;
- um período marcado por medidas de redução estrutural de despesa, também no âmbito da saúde e proteção social, no âmbito do memorando de entendimento do programa assistência económico-financeira assinado com o Fundo Monetário Internacional, o Banco Central Europeu e a Comissão Europeia. Neste período ocorre também um debate mais vasto sobre as funções sociais do Estado e o papel do mercado.

Esta periodização e os paralelismos nas políticas de saúde e de educação são efetivos não apenas quando analisamos as sucessivas alterações à Constituição, mas também nas tentativas de mudança nas políticas goradas, quer por vetos do Tribunal Constitucional, quer por vetos presidenciais. Destaca-se, neste âmbito, a discussão em torno da gratuidade no acesso aos serviços públicos que concretizam o direito social; debate este que está principalmente desenvolvido nos acórdãos relativos aos copagamentos e às taxas moderadoras, no caso da saúde; e ao pagamento de propinas no ensino superior, no caso da educação. Este debate constitucional na área da saúde ocorre principalmente nos anos 1980, enquanto o da educação ocorre mais tarde, em meados dos anos 1990, e posteriormente em 2003, na primeira tentativa de alterar significativamente a Lei de Bases do Sistema Educativo, vetada pelo Presidente da República.

Ainda no que diz respeito ao debate público, podemos encontrar uma coincidência em torno destas duas áreas das políticas públicas. O SNS e a escola pública afirmam-se como elementos simbólicos e centrais na definição do Estado-providência. Essa centralidade é igualmente visível nos debates sobre a sustentabilidade, imprescindibilidade de reforma dos modelos do Estado-providência, mas também, do lado daqueles que discutem a necessidade de diminuir o papel do Estado, como exemplos de áreas em que o mercado cumpriria com maior eficiência e eficácia a concretização destes dois direitos.

Apesar destas coincidências nos objetivos, nos processos, nos desafios e nas tendências de transformação, o serviço público de saúde e o serviço público de educação possuem hoje características distintas no que diz respeito ao papel do Estado, ao peso do sector privado e à forma como estes evoluíram ao longo dos anos da democracia.

De facto, é possível observar um serviço público de educação mais hegemónico no conjunto do sistema educativo: a dimensão privada dirige-se a um público mais restrito e a áreas marginais ou

suplementares, beneficiando de uma fatia mais reduzida dos recursos. Enquanto na saúde o SNS e o sistema privado dividem mais responsabilidades e recursos. Embora o SNS seja maioritário em recursos, em produção e em número de utentes, o sector privado ocupa uma fatia muito significativa e crescente do sistema de saúde como um todo.

Na investigação que aqui se apresenta procura-se compreender as razões das diferenças, quanto ao peso do sector público e do sector privado, nestes dois campos das políticas sociais, através da análise comparativa das mudanças nas políticas de educação e de saúde, dos diferentes contextos institucionais em que estas mudanças ocorrem, dos atores e das suas estratégias e a forma como as mudanças políticas foram ou não concretizadas.

Através desta análise comparativa, temporal e sectorial, pretende-se não apenas compreender por que razão ambições, objetivos e princípios comuns, inicialmente estabelecidos, evoluíram de forma distinta, produzindo resultados distintos, mas também descrever institucionalmente os campos da saúde e da educação em Portugal e conhecer as dinâmicas de mercadorização do Estado-providência português no período democrático.

***

O momento fundador da intervenção do Estado nas áreas da educação e da saúde surge com o desenvolvimento do Estado liberal. Nesse contexto, podemos reconhecer várias tendências paralelas de assunção por parte do Estado de funções sociais anteriormente desenvolvidas por instituições religiosas ou de origem religiosa, como as misericórdias ou as ordens religiosas, ou de serviços a que apenas alguns podiam aceder.

Por influência das correntes iluministas vai-se consolidando a importância da instrução e do conhecimento como meio de desenvolvimento e, principalmente ao longo do século XIX, o Estado vai assumindo, por toda a Europa, a função de centralização, integração, organização e prestação do serviço da instrução. Muitas vezes, em particular nos países de inspiração católica, como Portugal, esse processo implicou uma rutura e o conflito com as instituições que detinham essas funções, chegando mesmo a ser proibidos o ensino por parte das instituições religiosas.

Podem ser identificados inúmeros pontos comuns neste processo em cada uma das áreas sobre as quais esta investigação de debruça, ainda que, no caso da educação, a expulsão dos jesuítas durante a administração de Marquês de Pombal tenha antecipado a assunção por parte do Estado das funções daquelas ordens religiosas, criando inclusivamente o cargo de diretor-geral dos Estudos. Trata-se, conforme sublinha Rómulo de Carvalho (1996), da primeira vez que o poder político vigente tutela o ensino em Portugal. Do lado da saúde, e igualmente durante o período pombalino, as principais mudanças ocorrem no ensino da medicina, nomeadamente através da reforma da Universidade de Coimbra.

A partir da Constituição de 1822 estas duas áreas passam a estar inscritas naquele que é o texto organizador das funções do Estado e dos direitos e deveres dos cidadãos. Poder-se-á situar neste momento a origem da construção de um espaço para o desenvolvimento dos direitos sociais que, lentamente, foi sendo alargado, com retrocessos pontuais, entre 1822 e 1974. Porém, apenas depois da revolução democrática se pode dizer que estamos perante direitos sociais efetivos dos cidadãos.

Durante aquele período, quando falamos das funções do Estado na saúde e na educação, e da sua progressiva conversão em direitos sociais, falamos essencialmente das funções desempenhadas pelo Estado nos socorros públicos e na instrução. Não estamos aqui a desenvolver uma história da escola e da educação, nem uma história dos hospitais ou da medicina – essa seria mais complexa e dual (uma vez que apenas uma reduzida parcela da população tinha acesso a estes bens) – mas antes a procurar descrever as origens das políticas públicas de educação e de saúde.

Ao longo da maior parte do século XIX e início do século XX, a principal diferença entre as ambições do Estado nas duas áreas diz respeito à gratuidade, que é definida no caso da educação, a partir de 1826, mas não no caso da saúde. Como veremos adiante, a questão da gratuitidade é uma questão crítica para a persecução da universalidade dos direitos sociais (Pires, 1988), uma vez que é ela que torna possível o acesso, independentemente da situação financeira das famílias, concretizando assim o direito. A gratuitidade aparece como principal garante da efetiva concretização do acesso universal, estando na base da desmercadorização que garante os direitos sociais em matéria de educação, primeiro, e de saúde, depois. Ora, neste período não são orçamentadas as verbas necessárias para a implementação dessa gratuitidade, mesmo no caso da educação, em que esta aparece com tradução constitucional. Trata-se, pois, no caso da educação, de uma disposição constitucional e legal que não encontra tradução concreta; e, no caso da saúde, de uma preocupação ainda inexistente.

Com a Implantação da República e a Constituição de 1911, a educação surge como uma das principais prioridades do regime e, nesse sentido, distancia-se ainda mais da saúde em matéria de desenvolvimento dos direitos sociais. Aliada à questão da aplicação dos direitos e da implementação do Estado republicano, há que considerar a ligação à educação de figuras proeminentes da república, sendo que à educação é atribuído um papel central na criação do novo cidadão republicano.

Assiste-se durante a Primeira República a uma fase de enorme produção legislativa, no caso da educação: “A República (...) trazia, na sua bagagem revolucionária, o decidido projeto de reformar a mentalidade portuguesa propondo-se executá-lo por diversas vias e, em situação de realce, pela via da instrução e da educação.” (Carvalho,1996: 651). Parte importante deste projeto implicava reafirmar que a educação era uma tarefa do Estado, retomando a oposição às ordens religiosas, e à Companhia de Jesus em particular, que, depois da decisão do Marquês de Pombal, havia lentamente regressado a Portugal e às suas funções de ensino.

No plano das intenções, dos discursos, da retórica, mas também da legislação, é certo que podemos distinguir com total clareza os casos da saúde e da educação: o Estado assumiu mais cedo o interesse de intervir na educação, e fê-lo com maior detalhe do que fez em matéria de saúde. Mas a esta ambição nunca se fez corresponder um orçamento que tornasse possível a efetiva concretização dos propósitos constitucionais ou das diversas decisões políticas então tomadas. E se nos concentrarmos nos resultados, a verdade é que, chegados ao início do Estado Novo, não podemos propriamente assumir a efetividade do direito aos cuidados de saúde e, apesar dos enormes avanços e do desenvolvimento muito maior do que o que ocorre na área da saúde, não podemos considerar que se concretizaram os princípios estabelecidos constitucionalmente de universalidade e gratuitidade do direito à educação.

O período do Estado Novo entre a Constituição de 1933 e o final dos anos 1950 é marcado por uma primeira fase de recuo nas ambições do Estado como garante dos direitos sociais. Podemos identificar neste período um discurso político sobre a importância do reforço das funções sociais das instituições particulares, como as instituições religiosas.

Apesar desta tendência, este período também é marcado pelos esforços de reforço das infraestruturas, evidentes na construção de uma rede de hospitais (1945), depois entregues às misericórdias, ou pelo reforço da construção de escolas primárias, do chamado Plano dos Centenários, e a generalização de postos escolares de reduzida dimensão.

A partir do final dos anos 1950 e dos anos 1960 a situação muda significativamente. Como se pode verificar nas próximas páginas, ocorre, em ambas as áreas das políticas públicas um enorme esforço de abertura e modernização, marcado por peças programáticas e legislativas extremamente inovadoras, mesmo para os padrões internacionais, de que são alguns exemplos: a equiparação da escolaridade obrigatória entre homens e mulheres (1960), o Projeto Regional do Mediterrâneo (1963), o estatuto hospitalar (1968), o Curso Unificado da Telescola (1968), o Ciclo Preparatório (1967), a Reforma Veiga Simão (1973) ou a Reforma da Saúde de Gonçalves Ferreira (1971).

Existe um elevado nível de sobreposição na periodização das políticas públicas nas áreas da saúde e da educação, tanto no que diz respeito às origens dos direitos, que podem ser encontradas no Estado liberal, como aos desenvolvimentos durante o Estado Novo, como quanto ao facto de podermos encontrar as linhas gerais das reformas feitas na democracia traços das mudanças empreendidas no início dos anos 1970, da responsabilidade de Leite Pinto e Veiga Simão, na educação, e de Gonçalves Pereira, na saúde.

Para esta tese, a análise deste período beneficia dos contributos centrais das obras históricas e antológicas que se debruçam sobre as políticas de saúde e de educação, sobre as suas origens e momentos mais significativos, destacando-se entre elas a *História do ensino em Portugal* (Rómulo de Carvalho, 1986), a antologia *Sistema de ensino de Portugal* (Manuela Silva & Isabel Tamen, 1982), a

coletânea *40 anos de políticas de educação* (Maria de Lurdes Rodrigues, 2014a, 2014b), a *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal* (Gonçalves Ferreira, 1990), a antologia 30 anos do Serviço Nacional de Saúde (coordenada por Jorge Simões, 2010) e o volume *O percurso da saúde: Portugal na Europa* (Correia de Campos e Jorge Simões, 2012).

***

A Constituição da República Portuguesa de 1976 é a primeira a consagrar expressamente um conjunto de direitos sociais enquanto direitos fundamentais, incluindo, entre outros, os direitos fundamentais à saúde e à educação (Reis-Novais; 2024:13).[1] Esta prática, entretanto alargada a outras constituições nacionais, traz desafios de concretização de um modelo claramente inovador e que representa a ambição da construção do Estado social no pós-25 de Abril.

Ambas as áreas tiveram, como desenvolveremos em detalhe nos próximos capítulos, impulsos semelhantes, como os princípios consagrados na Constituição de 1976; e impulsos distintos, como os que estão explicitados nas leis de bases aprovadas em 1986 e 1990, respetivamente para a educação e a saúde.

No ordenamento constitucional português está prevista a existência das leis de valor reforçado, sendo esse valor reforçado por via dos procedimentos próprios para a sua aprovação (como a necessidade de maiorias especiais, por exemplo), ou por via de terem valor paramétrico, ou seja, de desenvolverem as bases dos regimes jurídicos de determinadas áreas (no texto constitucional denominadas leis orgânicas, no Artigo 112.º, ou leis de bases).[2]

No caso da investigação que aqui se desenvolve, referimo-nos à Lei de Bases do Sistema Educativo e à Lei de Bases da Saúde, nas suas diversas versões que, por conterem as regras gerais de funcionamento dos sistemas sobre os quais legislam, acabam por ter um poder estruturador das escolhas políticas disponíveis, de regulação e de organização dos sistemas de financiamento e prestação dos serviços públicos de saúde e educação, incluindo as regras de acesso, de financiamento e de relação com o sector privado.

[1] Reis-Novais (2010) identifica, por exemplo, o caso espanhol, em que na Constituição nada se refere quanto aos direitos sociais, questão depois ultrapassada nos Estatutos das Autonomias Regionais (p.75) e identifica as constituições brasileira e de outros países da América Latina, bem como de diferentes democracias mais jovens da Europa de Leste como exemplos, a par do português, de inscrição constitucional dos direitos sociais (p. 71).

[2] A superioridade deste tipo de leis em relação às restantes leis e decretos-leis não é consensual, podendo ser encontrados dois tipos de posição: (a) aqueles que defendem que apenas as leis de bases previstas nos Artigos 164.º e no Artigo 165.º – ou seja, aquelas que são de reserva absoluta ou relativa da Assembleia – têm esta prevalência; (b) aqueles que defendem que todas as leis de bases, independentemente da reserva legislativa, são hierarquicamente superiores às outras leis e decretos-leis. Neste caso, estamos perante duas leis (Lei de Bases da Saúde e Lei de Bases do Sistema Educativo) em que essa dúvida não se coloca (Canotilho e Moreira, 1991: 857).

Ainda de acordo com a Constituição da República Portuguesa (CRP), as bases do sistema de ensino são da reserva absoluta de competência legislativa da Assembleia da República (nos termos do Artigo 164.º, alínea i)), enquanto as bases do Serviço Nacional de Saúde (bem como as da segurança social) são reserva relativa da competência legislativa da Assembleia da República (nos termos do Artigo 165.º, alínea f). Quer isto dizer que, enquanto a Lei de Bases do Sistema Educativo só pode ser alterada por iniciativa da própria assembleia, no caso da Lei de Bases da Saúde é possível, mediante autorização legislativa da Assembleia da República, autorizar o Governo a levar a cabo o processo legislativo.

Importa realçar que as bases do sistema de ensino se encontram na reserva exclusiva da Assembleia da República desde a CRP de 1976, enquanto as bases da saúde só se encontram sob reserva relativa da assembleia desde a revisão constitucional de 1982, não existindo até lá qualquer referência a reservas de competência em matéria de lei de bases da saúde.

A partir da Constituição de 1976 inicia-se, em momentos e ritmos diferentes, o desenvolvimento dos quadros normativos nos quais se viriam a inserir as políticas do sistema público de educação e do Serviço Nacional de Saúde.

Estas leis enquadradoras e de valor reforçado definem, nestas duas áreas, o enquadramento que se desenha para os serviços públicos de saúde e educação e são, depois da CRP, as principais linhas definidoras da fronteira entre o que se pode ou não fazer em matéria de mudanças políticas nos dois sistemas. Constituem-se, assim, como os potenciais pontos de veto formais a mudanças significativas, no sentido da liberalização ou da estatização dos sistemas públicos, especialmente tendo em conta os poderes de reserva legislativa da Assembleia da República que existem nestas duas matérias: mais poderosos na educação e mais suaves na saúde.

***

A partir da fase da consolidação democrática, torna-se inquestionável o papel do Estado na regulação e organização de um serviço público de educação e de um serviço público de saúde, bem como o seu papel no financiamento destes serviços (ainda que o espaço para a introdução de lógicas de cofinanciamento exista). Porém, este consenso não significa que o papel do Estado na prestação dos serviços de educação e saúde não seja questionado e alvo de tensão política.

A análise das transformações de políticas públicas pode ser centrada nos documentos normativos enquadradores, como a Constituição e as leis de bases, na análise de outros instrumentos legislativos, como as leis e os decretos-leis, e nos instrumentos de implementação das políticas, como programas específicos, despachos, regulamentos ou orientações dadas aos serviços.

A análise das revisões constitucionais é muito rica para compreender as mudanças no quadro normativo e macropolítico no qual se inserem as restantes transformações que adiante serão analisadas.

Assim, à semelhança do que se verificou no ponto anterior, relativo às origens das políticas públicas de saúde e de educação, existe um evidente paralelismo nas mudanças constitucionais efetuadas desde 1976 nestas duas áreas. Estas mudanças são asseguradas por vias diferentes, nomeadamente retirando o princípio da gratuitidade total no caso da saúde e aumentando o espaço do desenvolvimento do sector privado na educação. Em ambos os casos, são mudanças que conduzem ao aumento da participação das famílias no esforço financeiro de proteção da saúde e de educação e a uma maior presença do mercado na persecução do direito de todos os cidadãos à saúde e à educação.

No âmbito da concretização do direito à saúde e do direito à educação é definida uma rede de serviços públicos que materializa estes direitos (o SNS e a rede de escolas públicas). No que diz respeito aos princípios gerais destes dois direitos, vemos que o enquadramento do direito à educação se mantém mais estável, enquanto o enquadramento do direito à saúde tem uma alteração significativa no campo da gratuitidade.

Quanto à evolução na Constituição das matérias de relação entre o sector público e o sector privado, a convergência entre as mudanças ocorridas no campo da saúde e no campo da educação é substancialmente mais significativa: nos dois casos foi-se caminhando para o reconhecimento constitucional do lugar dos sectores privados e para o estabelecimento de uma articulação entre o SNS e o sector privado, na saúde, e entre a escola pública e o sector particular e cooperativo, na educação.

***

As mudanças nas políticas públicas de educação e de saúde não se concretizaram apenas no quadro das revisões mais estruturais consubstanciadas nas revisões constitucionais ou através da alteração das leis de base da saúde e da educação. Além de alterações nas definições de princípios e regras gerais evidentes na arquitetura do sistema, foram também sendo desenvolvidas mudanças no quadro existente em cada momento, através de outros instrumentos de definição de políticas públicas.

O levantamento sistemático das áreas em que pode ser estudada a divergência entre as políticas públicas de saúde e de educação, no quadro da relação entre Estado e mercado, permitiu identificar vários instrumentos de política pública que não resultam de alterações de fundo, mas que

contribuíram para desenhar uma relação distinta entre o Estado e o mercado e, assim, um diferente equilíbrio entre público e privado.[3]

Assim, atravessam o longo período da democracia diversas tentativas de mudança da fronteira entre o público e o privado. Falamos, por exemplo, das mudanças na fronteira entre público e privado que ocorreram através da prestação por privados de serviços educativos e de saúde, como a educação pré-escolar até 1995, os contratos de associação, as escolas profissionais privadas ou a contratualização das atividades de enriquecimento curricular[4], na educação; e as parcerias público-privadas (PPP), as concessões de hospitais à gestão privada ou as convenções com o sector privado de meios complementares de diagnósticos e terapêutica ou de cirurgias, na saúde. Mas falamos, igualmente, do crescente recurso ao *outsourcing*, de que refeições escolares e hospitalares são exemplo, mas também do reforço do peso de elementos que passaram progressivamente a ocupar um lugar central nos cuidados de saúde, de que o recurso às tecnologias da saúde é um exemplo, neste caso sem que se verifique a simétrica centralidade das tecnologias de informação e comunicação na educação.

O simples mapeamento de alguns instrumentos de política que, ao longo de várias décadas, contribuíram para redesenhar as fronteiras entre o sector público e o sector privado na saúde e na educação ilustra o potencial explicativo que pode resultar da sua análise para compreender as semelhanças e as diferenças entre as trajetórias seguidas pelos dois sectores, como desenvolvido no quadro 0.1.

[3] Utiliza-se aqui o conceito de instrumentos de política pública de acordo com Lascoumes e Le Galès (2007): "Um instrumento de política pública constitui um dispositivo que é ao mesmo tempo técnico e social, que organiza relações sociais específicas entre o Estado e aqueles que são destinatários das políticas, de acordo com as representações e significados que transporta. É um tipo particular de instituição, um dispositivo técnico com a finalidade genérica de concretizar um conceito concreto de relação entre política e sociedade e sustentado por um conceito de regulação" (p. 4).

[4] A contratualização das atividades de enriquecimento curricular com municípios ou com entidades sociais ou privadas, através do Programa Escola a Tempo Inteiro lançado em 2005, não é incluída nos instrumentos políticos aqui analisados por se considerar que, apesar de existir contratualização externa, este ser, na verdade, um exemplo de internalização na escola pública de uma atividade ou resposta que era até então dada exclusivamente pelo sector privado, através dos ATL ou Centros de Estudos. Ou seja, apesar de se prever a contratualização com o privado estamos, ainda assim, perante um processo de desmercadorização.

Quadro 0.1 Mudanças nas políticas de saúde e educação – um possível mapa comparativo

	Educação	Saúde	Foco de análise
⇨	Constituição da República Portuguesa (Artigos 43.º, 73.º, 74.º, 76.º e 77.º)	Constituição da República Portuguesa (Artigo 64.º)	Enquadramento e sucessivas alterações à Constituição.
⇨	Lei de Bases do Sistema Educativo (1986)	Lei do SNS (Lei Arnaut, 1979) Lei de Bases da Saúde (1990)	Diferentes contextos institucionais de aprovação da lei de bases. Revisões e tentativas de revisões.
	Legislação referente às deduções fiscais de despesas em educação.	Legislação referente às deduções fiscais de despesas em saúde.	Deduções limitadas a um valor na educação e ilimitadas na saúde.
	Mercado dos manuais escolares	Mercado dos medicamentos	Diferenças entre estes dois mercados. Manuais escolares como exemplo de condição de recursos. Receitas comparticipadas passadas por médicos do sector privado.
⇨	Estatuto do Particular e Cooperativo	Estatuto dos Hospitais, desenvolvimento do regime jurídico dos hospitais privados	Diferentes formas de relação do Estado com o sector privado (financiamento e regulação)
⇨	Contratos de associação com estabelecimentos de ensino privados.	Convenções	Ponto de partida semelhante, com evolução totalmente díspar.
	Modernização de escolas secundárias – a Parque Escolar EPE	A reconstrução e alargamento da rede hospitalar - PPP	Opção pela PPP vs. opção pela empresa pública.
	Memorando de Entendimento	Memorando de Entendimento	O memorando de entendimento aprovado pelas instituições internacionais previa medidas comparáveis em matéria de relação entre público e privado, devendo ser comparadas as implementações do memorando nas duas áreas.

Fonte: elaboração própria.

No âmbito desta tese não foram desenvolvidas análises aprofundadas de todos os momentos, políticas públicas e instrumentos de política que acima elencamos. Para compreender as diferentes trajetórias fizemos uma seleção (indicada com uma seta no quadro 0.1), procurando respeitar critérios de exequibilidade, de comparabilidade e de disponibilidade de informação suficiente para análise.

Esta tese baseia-se na análise documental dos momentos acima identificados e cobre fundamentalmente o período compreendido entre o momento fundador do debate e da aprovação da Constituição de 1976 e o fim do período de ajustamento no quadro do Programa de Assistência Económica

e Financeira, em 2015, que foi o espaço para debates relevantes e acesos quanto ao papel do Estado e do privado na prossecução dos direitos sociais.

***

No primeiro capítulo desta tese apresenta-se o problema em análise e faz-se o seu enquadramento. Para isso, desenvolve-se o quadro conceptual no âmbito das políticas públicas, com o qual se procurará compreender as diferentes concretizações de objetivos iniciais semelhantes, procedendo-se posteriormente à apresentação do desenho desta pesquisa e à abordagem metodológica aqui desenvolvida.

No segundo capítulo procura refletir-se sobre o contexto de evolução do Estado-providência, explorando nomeadamente a ambivalência existente entre as pressões, endógenas e exógenas, para a reforma do Estado-providência, bem como as forças que se exercem para a sua continuidade e permanência.

No terceiro capítulo parte-se da especificidade dos serviços públicos no quadro do Estado-providência para o desenvolvimento das características particulares das políticas de educação e de saúde, desenvolvendo as tipologias de sistemas de saúde e de educação, considerando a forma como estes sistemas se configuraram no contexto de pressão para a mudança no Estado-providência explorada no capítulo anterior. Este terceiro capítulo, e com ele o enquadramento teórico-conceptual desta tese, encerra com a construção de uma grelha analítica que, tendo em conta a tensão entre a resiliência e a mudança no Estado-providência e nos sistemas públicos de proteção social, permita abordar as mudanças e as transformações ocorridas nas políticas de saúde e de educação e os seus efeitos nos respetivos sistemas públicos.

Entrando na parte empírica desta tese, na parte II desenvolve-se a análise das trajetórias das políticas de educação e das políticas de saúde em Portugal, identificando-se as unidades temporais, os momentos críticos e as escolhas definidoras, das mais estruturais às mais instrumentais, que vieram a revelar-se decisivas para as diferenças de percurso. Nesta segunda parte incluem-se os capítulos 4 e 5.

No capítulo 4 analisam-se mais aprofundadamente os momentos críticos para a definição das políticas de educação, como as origens do sistema educativo, os princípios constitucionais do direito à educação, o processo de definição da Lei de Bases do Sistema Educativo e das suas alterações. Apresenta-se ainda uma análise de outros instrumentos de ação política fundamentais para a mudança de fronteira entre público e privado em educação: contratos de associação, Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo, as escolas profissionais e a educação pré-escolar. O capítulo termina com a análise de três dimensões transversais ao estudo das políticas educativas: os indicadores que representam a

evolução do equilíbrio público-privado, o papel dos atores na definição de políticas e uma proposta de periodização das políticas de educação em Portugal.

Simetricamente, no capítulo 5 analisam-se mais profundamente os momentos críticos para a definição das políticas de saúde, apresentando-se as origens do sistema de saúde português, os princípios constitucionais do direito à saúde, o processo de definição da Lei de Bases da Saúde e das suas sucessivas alterações. Apresenta-se ainda uma análise de outros instrumentos de ação política fundamentais para a mudança de fronteira entre público e privado na saúde: a contratualização da prestação de cuidados de saúde e as convenções, as concessões de gestão e as PPP e a ADSE. O capítulo termina com a análise de três dimensões transversais ao estudo das políticas de saúde: os indicadores que representam a evolução do equilíbrio público-privado, o papel dos atores na definição de políticas de saúde e uma proposta de periodização das políticas de saúde em Portugal.

Finalmente, no capítulo 6, *Saúde e educação entre o Estado e o mercado*, procede-se à comparação sistemática das políticas públicas desenvolvidas nos dois capítulos anteriores no quadro do modelo analítico apresentado e proposto na primeira parte desta tese. Exploram-se, em primeiro lugar, as diferenças entre as duas áreas, que decorrem das suas trajetórias históricas, nomeadamente do facto de os sistemas se encontrarem em momentos diferentes de desenvolvimento quando se iniciam as reformas em democracia, recorrendo ao quadro teórico do institucionalismo histórico. Em segundo lugar, exploram-se as diferenças entre os sistemas de saúde e de educação que decorrem dos distintos contextos institucionais destes dois campos, no quadro dos conceitos e dos quadros interpretativos do institucionalismo sociológico. Ainda neste campo teórico, exploram-se os efeitos do contexto político, nomeadamente no que diz respeito à orientação político-partidária e ao equilíbrio parlamentar nas diferenças entre as mudanças políticas na educação e na saúde. Em terceiro lugar, desenvolve-se a análise do papel dos atores na construção dos sistemas e nos momentos definidores de mudança, tanto no caso da saúde como no caso da educação.

***

A tese que aqui se apresenta procura uma análise diacrónica, num período longo, com mais de 40 anos. Tal decorre das opções teóricas que aqui se estabeleceram – ou seja, considera-se que o tipo de análise diacrónica selecionada é a mais compatível com as hipóteses que remetem para as explicações assentes no percurso histórico e no desenvolvimento e trajetória das políticas públicas.

Evidentemente, reconhecidas as vantagens heurísticas de analisar um período longo, um conjunto alargado de momentos importantes para a mudança nas políticas e de isso ser feito em duas áreas distintas das políticas públicas, tal opção acarretou inevitáveis custos de aprofundamento na análise aqui realizada de cada um dos sistemas e momentos isoladamente considerado. Esses custos são visíveis, por exemplo, na maior profundidade com que se poderiam estudar alguns momentos cruciais

para a mudança, o comportamento dos atores e protagonistas nesses diferentes momentos; ou na pertinência que poderia ter um estudo mais centrado num núcleo reduzido de componentes dos sistemas e políticas de educação e saúde. Tais limitações poderiam ser evitadas caso se tivesse optado por uma análise intensiva e monográfica de cada um dos momentos e sistemas – mas perdendo, então, a visão de conjunto, diacrónica, de longo prazo e comparativa que este trabalho procura conseguir.

A análise diacrónica desta tese estabelece como centro da análise o período entre 1975 e 2015. Inicia-se com o processo que levou à aprovação da Constituição da República de 1976, que constitui o momento fundador da centralidade do Estado no desenho, definição e concretização das políticas públicas de educação e saúde; e termina com o fim do período de assistência financeira a Portugal que, num contexto em que a sustentabilidade das contas públicas dominou o debate público e político, foi mais claro e incisivo o questionamento sobre o papel do Estado e do mercado na prestação de serviços públicos.

Exemplos da centralidade deste debate são: a redução do número de funcionários públicos durante o período de ajustamento, a apresentação de um Guião para a Reforma do Estado[5], em maio de 2014, que abria diferentes frentes de privatização de funções sociais, ou a apresentação pelo FMI de um relatório com sugestões de reforma e de redução de despesa das funções sociais do Estado. [6]

A tese que aqui se apresenta debruça-se sobre o contexto político, o enquadramento institucional, as escolhas políticas, o papel dos atores e os resultados nas políticas públicas de educação e saúde ao longo dos primeiros 40 anos de democracia, utilizando para o efeito o enquadramento teórico e analítico das políticas públicas, em particular das suas correntes institucionalistas.

---

[5] Nesse Guião para a Reforma do Estado, entre outros temas, o Governo propunha-se "estabelecer acordos estáveis e transparentes com o sector privado e social, nomeadamente através da avaliação de novos formatos de parceria, designadamente na cessão de exploração de algumas unidades do atual parque hospitalar" ou "estudar instrumentos de reforço da liberdade de escolha das famílias sobre a escola que querem para os seus filhos, designadamente o chamado 'cheque-ensino'" (XIX Governo Constitucional (2014). *Um Estado melhor*. Portugal.gov.pt. Disponível em https://www.historico.portugal.gov.pt/media/1415676/20140508%20vpm%20um%20estado%20melhor.pdf)

[6] International Monetary Fund. (2013). *Portugal: Rethinking the state: Selected expenditure reform options (IMF Country Report No. 13/6).* Disponível em https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1306.pdf

PARTE I | O PROBLEMA

E O SEU ENQUADRAMENTO

1. O Estado e o Mercado nos Sistemas de Saúde e de Educação

A mudança de fronteiras entre o público e o privado constitui um dos principais pontos de tensão nas políticas públicas de saúde e de educação e nos debates atuais sobre o Estado-providência. A redefinição do papel do Estado (e do mercado) no financiamento, na regulação e na prestação de serviços públicos está no centro do debate político e do desenho e da formulação das políticas públicas nas últimas décadas (cf. Majone (1997) ou Braithwaite (2008)).

Os serviços públicos de educação e saúde são, na abordagem das políticas públicas, campos muito férteis para a análise da complexa combinação de fatores de mudança e permanência no Estado-providência, para estudar a (re)definição de fronteiras entre o Estado e o mercado, para observar o papel de diferentes grupos profissionais e grupos de interesses e a distribuição relativa de poder e, não menos importante, para compreender a dimensão processual – política e social – das decisões políticas e das configurações institucionais em que estas decisões ocorrem.

Sendo ambos os campos – saúde e educação – privilegiados para este debate, que diferentes desafios se colocam em cada um destes campos? Como se configura, nestas duas áreas, o debate quanto à sustentabilidade dos sistemas? E que fatores podem explicar as diferentes respostas e soluções postas em prática no campo da saúde e no campo da educação nas últimas décadas? Estas são algumas das questões que estiveram na origem desta investigação.

Importa identificar os momentos críticos em que se passou da convergência entre os sistemas públicos de saúde e de educação consagrada no momento fundador, às divergências na sua concretização nestas duas áreas das políticas públicas. Ou seja, identificar os pontos de quebra e de interrupção dos equilíbrios estabelecidos (Baumgartner & Jones, 1993)

É também importante compreender se a formulação das políticas divergiu – ou seja, se o poder político desistiu de procurar construir um SNS hegemónico, enquanto continuou a ambicionar um sistema de educação essencialmente público; ou se, pelo contrário, foi na concretização dos princípios constitucionais e na sua implementação que estas divergências se construíram e sustentaram. Se os contextos de tomada de decisão foram ou não decisivos para as escolhas que acabaram por concretizar diferentes resultados políticos; ou se, pelo contrário, é nas raízes históricas, na dependência de percurso, de cada um destes sectores, que podemos buscar as razões das diferenças acima observadas.

Importa, finalmente, compreender se é nas caraterísticas específicas de cada um destes sectores – a natureza dos bens e dos direitos em causa, a diversidade ou a especificidade dos profissionais envolvidos nos serviços públicos de saúde e de educação ou as características institucionais e de governação de cada um dos sectores – que devemos procurar as razões para o diferente equilíbrio entre sector público e sector privado que observamos nos sistemas de saúde e nos sistemas educativos.

Na investigação que aqui se desenvolve procurar-se-á dar resposta às razões que podem explicar a existência de diferentes combinações entre público e privado, recorrendo, para o efeito, ao enquadramento teórico e conceptual e aos modelos de análise das políticas públicas.

1.1 O equilíbrio entre sector público e sector privado na educação e na saúde

Apesar de serem contemporâneos e de terem conhecido, desde o momento fundador, pressões e tendências semelhantes, o peso dos sectores público e privado nestas duas áreas é diferente: enquanto na educação temos um sistema hegemonicamente público, na saúde encontramos uma complementaridade significativa entre sector público e sector privado. Para concretizar a diferença que atualmente existe entre estas duas áreas das políticas sociais, apresenta-se um conjunto de indicadores na tentativa de descrever e medir estas diferenças no equilíbrio de forças existente entre sector público e sector privado nos serviços de educação e de saúde em Portugal.

Esta diferença no equilíbrio entre sector público e sector privado na educação e na saúde pode ser medida através da análise de indicadores da despesa nestas duas áreas das políticas públicas, de oferta de serviços de saúde e de educação e, finalmente, de procura (ou de utilização) destes serviços. Neste subcapítulo analisaremos as diferenças entre os dois sectores, considerando um conjunto de indicadores que revelam uma estrutura estável, permitindo distingui-los no âmbito do Estado: os indicadores de despesa, de oferta e de procura nas suas dimensões pública e privada nestes sectores do Estado-providência, tendo como fonte indicadores do INE e os relatórios da OCDE.

1.1.1 Despesa e financiamento

Em primeiro lugar, a diferença entre as duas áreas das políticas públicas pode ser medida através do peso da despesa pública e privada no total da despesa em saúde e educação. Neste indicador as diferenças são significativas: enquanto na saúde 66% da despesa total é despesa pública e 28% é despesa direta das famílias (*out of pocket*); na educação 89% da despesa total é despesa pública.[7]

[7] Fonte: OCDE (Education at a Glance 2018, com dados relativos a 2015; Health at a Glance 2009).

Quadro 1.1 Despesa pública no total da despesa em saúde e em educação (em %) em 2015[8]

	Despesa pública no total da despesa (em %)
Saúde	66
Educação	89 (79)

Fonte: OCDE, *Health at a Glance* (2017) e *Education at a Glance* (2018), dados referentes a 2015.

Em segundo lugar, esta diferença pode ser medida pelo contributo do financiamento direto dos agregados familiares na despesa total em saúde e em educação. Este é um indicador frequentemente usado para avaliar a equidade dos sistemas públicos, por evidenciar o peso da importância do rendimento das famílias no acesso a estes serviços públicos. Quanto mais dependente este acesso estiver dos rendimentos e da capacidade de assegurar pagamentos diretos, maiores serão as barreiras ao acesso, mais iníquos serão os sistemas.

Quadro 1.2 Despesa direta dos agregados familiares no total da despesa em saúde e na educação em 2015 (em %)

	Despesa direta dos agregados familiares no total da despesa (em %)
Saúde	28
Educação	11 (15)

Fonte: OCDE, Health at a Glance (2017) e Education at a Glance (2015).

Também aqui as diferenças são significativas, representando a despesa direta em saúde 28% do total da despesa em saúde, enquanto no caso da educação esse valor é de 11%. Note-se que os 28% de despesa direta dos agregados no total da despesa em saúde, quando comparado internacionalmente, é um valor muito elevado, uma vez que compara com 21% na UE27, 24% em Espanha, 7% em França ou 13% na Alemanha, ou 15% no Reino Unido.

Em terceiro lugar, esta diferença pode ser medida considerando o peso das despesas em saúde e em educação nos orçamentos das famílias. De acordo com o Inquérito ao Consumo do INE, 5,5% do total da despesa de consumo final das famílias é feito em saúde, enquanto apenas 2,3% é gasto em educação.[9]

[8] Os dados relativos à despesa em educação nos quadros 1.1 e 1.2 incluem o ensino pré-escolar e ensinos básico e secundário, excluindo o ensino superior. Se analisarmos os valores da educação incluindo o ensino superior chegamos a um total da despesa pública de 79%, despesa das famílias de 15%, o que é ainda assim muito distante da saúde.

[9] Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2017).

1.1.2 Oferta

Vejamos agora as diferenças considerando os indicadores da oferta de serviços, nomeadamente os que evidenciam o peso dos prestadores públicos e dos prestadores privados no total dos prestadores de serviços de saúde e de educação. Considere-se, por exemplo, as percentagens de escolas e hospitais públicos e privados, em que os dois sectores apresentam diferenças significativas.

Quadro 1.3 Escolas e hospitais públicos e privados (em %)[10]

	Público	**Privado**
Escolas	69	31
	Público	**Privado**
Hospitais	49	51[11]

Fonte: *Educação em Números* (DGEEC, 2016) e *Inquérito à Saúde* (INE, 2015).

Este é um dos indicadores em que a diferença entre o sector público e privado é maior, já que 69% das escolas que existem em 2015 são públicas, enquanto apenas 51% dos hospitais são públicos.

Ainda do lado da oferta de serviços, a comparação do número de profissionais (de saúde e de educação) afetos ao sector público e ao sector privado revelam também diferenças significativas.

Quadro 1.4 Professores no sector público e privado (em %)

	Público	**Privado**
Educadores pré-escolar	55,9	44,1
Professores 1.º ciclo	89,3	10,7
Professores 2.º ciclo	88,1	11,9
Professores 3.º ciclo e secundário	88,9	11,1

Fonte: Perfil do Docente 2014-2015 (DGEEC, 2016b).

Quadro 1.5 Profissionais de saúde nos hospitais do sector público e privado (%)

	Público	**Privado**
Médicos especialistas	76	24
Médicos não especialistas + internatos	92	8
Enfermeiros	86	14

Fonte: *Inquérito à Saúde* (INE, 2015).

[10] Inclui escolas do pré-escolar, básicas e secundárias.
[11] Inclui os quatro hospitais em parceria púbico-privada.

Note-se que a análise dos profissionais de saúde é mais complexa, dado o peso da acumulação entre prática pública e prática privada. Apesar de não existirem dados oficiais sobre as acumulações estima-se que, em 2011, metade dos médicos do SNS também trabalhavam no sector privado e que muitos dos médicos independentes também prestassem serviço no sector público (Barros *et al.*, 2011:76).

1.1.3 Procura

Vejamos, finalmente, a expressão das diferenças entre os dois sectores, analisando procura, e considerando, para este efeito, as camas de hospital e os alunos inscritos nos sectores público e privado de saúde e educação, respetivamente.

Quadro 1.6 Camas em hospitais e alunos inscritos[12] no sector público e privado (em %)

	Público	**Privado**
Camas em hospitais	63	37[13]
Alunos Inscritos	80	20

Fonte: Perfil do Aluno 2014-2015 (DGEEC, 2016c) e Inquérito à Saúde (INE, 2015).

A análise deste indicador confirma que também do lado da utilização dos serviços se verifica a tendência identificada: enquanto mais de 80% dos alunos frequentam o ensino público de educação, as camas em hospitais públicos são 63%.

Esta diferença aumenta, no caso da saúde, quando consideramos não as camas em hospital (ie., a capacidade de internamento), mas também as consultas realizadas. Considerando os dados das consultas realizadas em hospitais, verificamos que uma parte muito significativa das consultas de especialidade são privadas: variando entre 14% das consultas de oncologia, 28% das consultas de medicina interna, 39% das consultas de pediatria, mais de 46% das consultas de cardiologia, 61% das consultas de ginecologia e atingindo mesmo os 96% das consultas de medicina dentária.

[12] Inclui alunos do pré-escolar e ensino básico e secundário.
[13] Inclui camas nos quatro hospitais em parceria público-privada (PPP).

Quadro 1.7 Consultas realizadas em hospitais públicos e privados

Especialidade	Público	Privado
Cardiologia	67	33
Dentária	4	96
Oncologia médica	86	14
Física e de reabilitação	45	55
Ortopedia	43	57
Pediatria	61	39
Medicina interna	72	28

Fonte: *Inquérito à Saúde* (INE, 2015).

Considerando os dados das cirurgias realizadas em hospitais, verifica-se uma tendência semelhante, com 14% das cirurgias cardiotorácicas, 21% das cirurgias maxilofaciais, 36% das cirurgias gerais e 49% das neurocirurgias a serem realizadas no privado.

Quadro 1.8 Cirurgias realizadas em hospitais públicos e privados

Especialidade Cirúrgica	Público	Privado
Cardiotorácica	86	14
Cirurgia plástica	54	46
Neurocirurgia	51	49
Maxilofacial	79	21
Ortopedia	55	45
Urologia	55	45
Cirurgia Geral	74	36

Fonte: *Inquérito à Saúde* (INE, 2015).

Em síntese, a uma mesma ambição inicial de construção de sistemas públicos, universais e gratuitos não correspondeu, portanto, o mesmo "resultado", podendo hoje ser observado através de indicadores estatísticos que revelam a estrutura estável dos sistemas: no caso da saúde, um sistema de saúde assente na complementaridade entre público e privado, e no caso da educação, um sistema onde o sector público é hegemónico.

1.2 O quadro teórico e conceptual: novo institucionalismo

A investigação que aqui se desenvolve assenta nos princípios de análise das políticas públicas e convoca o seu enquadramento teórico e conceptual. Apesar de ser recente o seu desenvolvimento enquanto campo disciplinar autónomo em Portugal (Rodrigues e Silva, 2012, 2013; Rodrigues, 2014c; Rodrigues e Silva, 2015), o estudo das políticas públicas dá os primeiros passos nos Estados Unidos da América a partir dos anos 50 de século XX (Allison, 2006) e encontra-se plenamente institucionalizado

há décadas. quer no contexto norte-americano, quer no contexto europeu (ver, por exemplo, Lascoumes e Le Galès, 2007).

O estudo das políticas públicas procura desvendar as diferentes dimensões e elementos dos processos da chamada "caixa negra" das tomadas de decisão e não decisão (Dye, 2010) por atores públicos, tendo em atenção nomeadamente os diferentes atores envolvidos, os recursos mobilizados, o conteúdo substantivo e institucional das políticas e as regras institucionais genéricas e aplicáveis a casos específicos (Knoepfel *et al.*, 2007: 18). A definição de políticas públicas, além da referência aos agentes e ao contexto público da tomada de decisão, inclui obrigatoriamente a noção de intencionalidade. Como refere Hugh Heclo (1972):

> (...) política [*policy*] é um termo onde parece existir algum consenso relativo à sua definição. Tal como comummente usado, a termo política é geralmente aplicável a algo "maior" do que as decisões particulares, mas "menor" do que grandes os movimentos sociais. Assim, a política, em termos de nível de análise, é um conceito relativamente colocado na faixa intermédia (...) Um segundo elemento fundamental no uso do termo pela maioria dos escritores é intencionalidade de algum tipo (p. 84).

Esta opção disciplinar situa, assim, a investigação em curso no âmbito de uma análise que procura, sobretudo, compreender o problema político na origem, o processo de tomada de decisão política e da sua concretização. Em causa está, portanto, realçar o conteúdo dessas decisões, os objetivos esperados e os contextos em que são tomadas; os atores que participam e os recursos mobilizados para essa decisão, bem como os interesses que esses atores representaram; e, não menos importante, a forma como as decisões foram ou não implementadas.

Tendo em conta o propósito desta investigação – comparar a evolução díspar de dois sistemas públicos que, partindo de um objetivo inicial comum, apresentam hoje diferenças significativas –, justifica-se a opção por um quadro teórico que combinasse uma abordagem longitudinal da trajetória com uma abordagem em profundidade dos contextos em que as mudanças públicas ocorreram. Para o estudo das mudanças nas políticas públicas e, em particular, de sistemas institucionais relativamente bem circunscritos, o contributo das teorias institucionalistas afigura-se de particular pertinência. As teorias institucionalistas analisam o processo das políticas públicas em torno dos chamados três "i" identificados por Peter Hall (1993): interesses, instituições e ideias.

Nas pesquisas que marcam de forma indelével a análise dos processos de construção, mudança e retração do Estado-providência – problema no qual esta investigação se insere – são muito frequentes as abordagens de "longo curso", que abordam os processos de criação de regras, normas, instituições ao longo do tempo e a forma como estas condicionam a mudança e limitam as tentativas de transformação radical (Pierson, 1997, 2001; Heclo, 1974; Esping-Andersen, 1996, 2000). Muitas pesquisas

sobre estes temas, como adiante procuraremos exemplificar, partilham o património comum dos modelos analíticos de cariz institucionalista, valorizando em particular a perspetiva histórica.

Thelen e Mahoney (2015) organizam uma obra em torno das atualizações e estado da arte na análise histórico-comparativa. No seu texto introdutório, consideram que esta abordagem não perdeu atualidade nem importância no âmbito das políticas públicas graças à sua capacidade de adaptar as suas abordagens e instrumentos aos novos problemas e aos novos contextos. Nesse texto destacam as principais características deste quadro analítico: a orientação macroscópica da sua abordagem, assente em configurações causais e na análise do seu contexto; o facto de ser uma linha de investigação baseada em casos concretos que correspondam a dilemas reais do mundo e aos mecanismos empíricos através dos quais as mudanças ocorrem (ou não) e, finalmente, o facto de ser uma investigação temporalmente orientada, onde tanto é fundamental a localização temporal (o quando) como a estrutura temporal (por exemplo, se é gradual ou repentina).

As teorias institucionalistas funcionam nesta investigação como a principal influência teórica no quadro do estudo das políticas públicas, o que implica uma opção clara pela segunda das duas narrativas descritas por March & Olsen (1996):

> Há duas narrativas convencionais da democracia política: a primeira vê a política como um mercado de transações, em que os interesses de indivíduos ou grupos são prosseguidos por atores racionais. Ela destaca a negociação de coligações e as trocas "voluntárias". A segunda narrativa é uma narrativa institucional. Ela caracteriza a política de uma forma mais integrada, enfatizando a criação de entidades e instituições e os seus efeitos estruturantes da vida política (March & Olsen, 1996:248).

No presente trabalho, adota-se, pois, por uma abordagem de compreensão baseada nas instituições e nas suas potencialidades estruturantes da vida política e nos processos de tomada de decisão no Estado, em detrimento de uma visão pluralista do fenómeno da decisão política.

Neste capítulo, procuramos, em primeiro lugar, apresentar esta corrente teórica, descrevendo-a, procurando distinguir vários subtipos de abordagem institucionalista e identificando as principais virtualidades e limitações deste modelo analítico para a compreensão do processo político.

Em segundo lugar, procuramos identificar um conjunto de pesquisas que se tornaram referências fundamentais na análise, exemplares para a investigação que aqui se procurou desenvolver. São pesquisas que se debruçaram tanto sobre a saúde, como sobre a educação, como ainda sobre outras áreas das políticas sociais; e que constituíram referenciais fundamentalmente pelo enquadramento teórico, pelo desenho de pesquisa, pelas abordagens metodológicas e pelos instrumentos de análise que mobilizaram no desenvolvimento das respetivas investigações.

Relativamente às teorias neoinstitucionalistas, realçam-se contributos clássicos de autores como Paul Pierson (1995, 2000a, 2000b, 2001, 2006), Ellen Immergut (2006a, 1992a), Theda Skocpol (2004) e Stephen Ball (2007, 2008).[14] Estes investigadores desenvolveram as suas pesquisas com base em propostas teóricas que se centram no quadro institucional no qual as escolhas políticas são o principal fator explicativo dos diferentes resultados políticos ("political outcomes").

Mobilizando conceitos como dependência de trajetória, custos de transição, pontos de veto e aprendizagem social, procede-se ao estudo (a) dos processos através dos quais são construídas as maiorias que tornam possíveis as decisões e (b) dos quadros formais em que se equilibram os poderes executivo e legislativo. Estes são, segundo estes autores, elementos essenciais para compreender as decisões tomadas e não tomadas.

Para uma noção global da perspetiva do novo institucionalismo, é importante incluir nesta análise os três tipos de abordagens referidos por Peter Hall e Rosemary Taylor (Hall & Taylor, 2006): o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico.[15]

O primeiro tipo de institucionalismo identificado por estes autores – o institucionalismo histórico – centra-se nas grandes tendências nas decisões em processos de longo prazo, na assimetria de poder das instituições políticas e em fatores como a dependência de percurso, os custos de transição de determinadas mudanças e as consequências indesejadas da ação. Esta abordagem valoriza os processos de construção dos procedimentos, das rotinas, das regras do jogo do sistema político, que pela sua permanência influenciam as tomadas de decisão. As origens desta proposta teórica remontam às correntes estruturais-funcionalistas e às teorias do conflito (tanto as de raiz pluralista, como as de raiz neomarxista). O foco de análise é o Estado, não enquanto ator neutro, mas enquanto complexo institucional. Exemplos de estudos que seguem a abordagem do institucionalismo histórico incluem os conduzidos por Paul Pierson (1997), Ellen Immergut (1992), Theda Skocpol (1997) e Kathleen Thelen (2004).

Por exemplo, na pesquisa de Thelen as diferentes trajetórias seguidas na formação vocacional em vários países são compreendidas através de conceitos utilizados pelo institucionalismo histórico, como o conceito de dependência de trajetória:

> O trabalho analítico [...] consistiu em perceber a incrível estabilidade de alguns elementos do sistema através de uma série de ruturas históricas, mas também captar as subtis mudanças incrementais que, ao longo do tempo, transformaram o sistema, em termos políticos e especialmente de distribuição do poder. (Thelen, 2004: xiii)

[14] O novo institucionalismo aqui tratado distingue-se do "velho institucionalismo", uma vez que este último se concentrava apenas nas dimensões formais, legais e procedimentais do sector público (Bell; 2002:4).

[15] Stephen Bell (2002) considera apenas dois tipos: o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo histórico, onde inclui as abordagens descritas no texto de Hall & Taylor (2006) como institucionalismo sociológico.

Entre as abordagens do institucionalismo histórico encontram-se outras perspetivas que procuraram ultrapassar o conceito de dependência de trajetória. Contribuições como as de Baumgartner & Jones (1993, 2005), com o conceito de equilíbrio pontuado, procuram explicar não apenas os períodos de longa permanência, mas também os momentos de acentuada mudança nas políticas que criam, por sua vez, novos equilíbrios prolongados. De acordo com estes autores, o atrito institucional ou os pontos de veto, conceitos desenvolvidos nas abordagens teóricas mais centradas na dependência de trajetória criada pelas instituições, apesar de num primeiro momento garantirem a estabilidade nas políticas, acabam por provocar igualmente momentos mais acelerados de mudança. Nesta abordagem, os momentos de continuidade resultam de longos períodos em que um determinado assunto não está no centro das atenções dos agentes políticos em resultado da rigidez institucional, a que se segue um período de intensa atenção sobre esse tema específico e consequentes períodos de impulsos para a mudança (Jensen, 2009).

Em segundo lugar, Hall & Taylor (2006) identificam o institucionalismo da escolha racional. Esta abordagem é mais centrada nos dilemas da ação coletiva, no papel da interação estratégica e na previsão de comportamento das instituições políticas. Metodologicamente, esta abordagem baseia-se sobretudo no individualismo metodológico e na racionalidade dos agentes. A análise desta corrente teórica parte da conceção de que as instituições são definidas pelas interações entre os atores, que agem de acordo com uma lógica de racionalidade em que se pretende a maximização dos seus interesses estratégicos. Ora, de acordo com esta perspetiva teórica, essa interação estratégica tem efeito nos resultados políticos.

Uma das principais referências na abordagem do institucionalismo da escolha racional é o clássico de Mancur Olson (1998 [1965]), *A lógica da ação coletiva*. Partindo do conceito de bem público, e recorrendo a diferentes exemplos de grupos de interesse, o autor constrói o seu argumento de que os indivíduos, ainda que pertençam a grupos de interesse, não contribuem forçosamente para a construção e defesa desse interesse comum:

> A ação coletiva, para um grupo, é um bem público, um resultado desejado pelos seus membros, mas em que é difícil obter contributos dispendiosas para a sua produção. Os membros, de acordo com esta lógica, são atraídos para a opção *free riding*, pois o contributo não é uma estratégia dominante no jogo de ação coletiva. Mancur Olson, partindo desta constatação, demoliu as perspetivas pluralistas e marxistas sobre grupos, argumentando que eles não vão, por necessidade, formar-se em torno de interesses e objetivos comuns (como estes argumentos mais sociológicos assumidos), precisamente por causa da lógica do *free riding*. As contribuições individuais são não apenas pessoalmente onerosas, mas muitas vezes apenas trivialmente relevantes para alcançar um objetivo de grupo, especialmente em grandes grupos. Assim, os indivíduos são tentados a

> abster-se de contribuir. Esta tentação é reforçada pela constatação de que toda a gente vai ser tentado a *free riding* (Sheplse, 2008: 30).

Finalmente, os autores descrevem o terceiro tipo: o institucionalismo sociológico. Este tipo de institucionalismo centra-se no plano organizacional das instituições políticas, realçando a sua dimensão simbólica, cognitiva e moral e inclui o reconhecimento da relação entre a dimensão institucional e a dimensão cultural das instituições e dos atores políticos. As abordagens que se enquadram no institucionalismo sociológico consideram, assim, que as instituições e as suas regras se desenvolvem em torno de valores culturais, normas sociais, símbolos e hábitos que condicionam os quadros cognitivos dos atores e consequentemente as regras, procedimentos e normas institucionais que conferem legitimidade social às instituições. Com origem na teoria das organizações, esta abordagem procura explicar por que motivos as organizações seguem determinadas formas institucionais, tentando superar as contradições entre racionalidade e cultura institucional. Exemplos da abordagem do institucionalismo sociológico são o estudo desenvolvido por Hugh Heclo (1974) sobre o Estado social no Reino Unido e na Suécia, bem como no trabalho desenvolvido por Frank Dobbin (1994) sobre génese e evolução dos caminhos de ferro:

> As estratégias industriais modernas foram formatadas pelas características das instituições políticas, não só porque as nações reinterpretaram características estatais preexistentes como estratégias de crescimento, mas também porque utilizaram as designações mais abrangentes da cultura política para designar as instituições económicas. As culturas políticas formataram as novas estratégias industriais e económicas, principalmente ao determinarem o tipo de problemas económicos e industriais percecionados pelos Estados e ao delimitarem as soluções que os estados escolheriam para esses mesmos problemas. (Dobbin,1994:20)

1.2.1 Pesquisas exemplares

Antes de avançar para a construção do modelo de análise utilizado nesta pesquisa, desenhado a partir dos diferentes tipos de abordagem neoinstitucionalista, é importante identificar alguns dos contributos considerados exemplares deste tipo de perspetiva aplicada às áreas de política aqui estudadas. Com efeito, um trabalho como o que aqui se desenvolve acaba inevitavelmente, no processo do seu desenvolvimento, por beneficiar de outras investigações no campo das políticas públicas, mais centradas na educação ou na saúde, que, por afinidades teóricas, metodológicas ou relacionadas com o *puzzle* que resulta da pergunta de investigação, assumiram o lugar de pesquisas exemplares no desenho desta pesquisa. De entre as investigações que mais contribuíram para o desenho e desenvolvimento desta pesquisa, importa realçar os contributos dos clássicos do institucionalismo como

Paul Pierson (1995), Ellen Immergut (1992a), Carolyn Tuohy (1999), Margaret Archer (2013[1979]) e Stephen Ball (2007).

Paul Pierson, em *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of the retrenchment* (1995), descreve os processos através dos quais se procuraram implementar políticas de retração e desmantelamento de programas do Estado-providência no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, nos anos 1980. O objetivo do autor foi compreender de que forma é que as condições institucionais condicionaram o sucesso/insucesso desses programas de desmantelamento e a resiliência do Estado-providência. Essa investigação exige, como escreve o autor, que se analise "a retração, e não os cortes". Ou seja, "que se analisem os conflitos políticos sobre as características do Estado-providência", uma vez que "a retração deve ser vista como um processo de mudança na provisão social numa direção mais residual, e não apenas como uma questão de cortes orçamentais" (Pierson, 1995:15).

O autor identifica dois tipos de retração do Estado-providência: a retração sistémica e a retração programática. Enquanto esta última resulta de cortes na despesa e de restruturações dos programas de Estado-providência, a primeira refere-se essencialmente às mudanças políticas que se traduzem na mudança de contexto para as decisões futuras relativas à despesa social (Pierson, 1995).

No que diz respeito à retração sistémica, pode assumir quatro formas distintas:

i. Diminuir o financiamento, constringindo os fluxos de financiamento e as receitas do Estado-providência;
ii. Desenvolver políticas que transformem a opinião pública, desenvolvendo por exemplo preferência pelas respostas privadas;
iii. Promover transformações institucionais nos processos de decisão, que alterem os equilíbrios de forças. Podem estar em causa processos de centralização ou de descentralização de competências;
iv. Enfraquecer os grupos de interesse que apoiam o Estado-providência, mudando as suas possibilidades de intervenção, ou alterando os mecanismos do seu financiamento.

Esta investigação de Paul Pierson (1995) é um exemplo paradigmático de uma linha de investigação inserida na corrente do institucionalismo histórico, pela abordagem, pelos casos escolhidos, pela metodologia seguida e pelas conclusões apresentadas.

Por um lado, porque os casos escolhidos permitem simultaneamente ter em conta as dimensões de resiliência. Por exemplo, a despesa nas funções sociais continuou a subir e programas estudados não foram desmantelados. Por outro lado, a metodologia seguida permite estudar os contextos políticos dos dois países, os contextos específicos de cada área/programa analisados, o que oferece uma análise pormenorizada sobre os diferentes contextos institucionais nacionais e sectoriais.

Por último, as conclusões reforçam as ideias desenvolvidas na apresentação do *puzzle* de investigação de que as mudanças no Estado-providência são limitadas, sendo dificilmente possível falar de "desmantelamento". E sublinham, igualmente, que são as condições institucionais que limitam e condicionam a mudança – e, assim, justificam os falhanços e os insucessos nas iniciativas de tentativa de transformação profunda do Estado-providência nos anos 1980 selecionados pelo autor para esta investigação.

A centralidade da dimensão institucional como fator explicativo não impede que se considere a importância no papel dos atores. Aliás, neste trabalho Pierson (*idem*) procura precisamente "fazer a ponte entre as explicações para a mudança política fornecidas pelo novo institucionalismo e as explicações apresentadas pelas correntes teóricas que colocam maior ênfase nos grupos sociais" (Pierson, *ibidem*: 50). Como afirma o autor:

> As forças sociais são importantes, porque os defensores da retração dificilmente são bem-sucedidos quando se deparam com oposição política significativa. No entanto, os fatores institucionais – incluindo a estrutura das instituições formais, mas especialmente as consequências das iniciativas políticas antecedentes – são centrais na definição se esta oposição política de facto acontece (Pierson, *ibidem*: 50).

Outro dos conceitos fundamentais explorados por Pierson nesta investigação é o de *policy feedback.*[16] Pierson recupera o clássico de Schattschneider (1935) "new policies *create new politcs"* para desenvolver o seu conceito de *policy feedback*. Pierson dedica-se com particular detalhe aos efeitos políticos criados pela aplicação de novas políticas públicas, realçando que os efeitos políticos das novas políticas, ou os novos quadros políticos que estas criam, são fundamentais para compreender a ação política e os efeitos de resiliência no momento da aplicação de políticas de retração.

Pierson distingue quatro tipos de *policy feedback*: os efeitos na atividade dos grupos de interesse (incentivos seletivos, compensações, nichos de iniciativa política, etc.); os efeitos de bloqueio (*lock-in*,

[16] As fronteiras entre o institucionalismo histórico e o institucionalismo sociológico e o institucionalismo da escolha racional não são estanques e o conceito de policy feedback, tendo raiz no institucionalismo histórico, tem dimensões que podem ser analisadas pela lente do institucionalismo sociológico – pela criação de normas e novas expectativas sociais; ou pela lente do institucionalismo da escolha racional – pela mudança de incentivos junto dos atores.

ou seja, movimentações de grupos para aumentar os custos de transição); *os* efeitos de aprendizagem das políticas *(policy learning);* e os efeitos de transformação na circulação de informação. [17]

Ellen Immergut (1992a) refere, no prefácio a *Health politics: interests and institutions in Western Europe*, a interrogação que motivou o início da investigação: a perplexidade em torno da aparente impossibilidade de implementar nos Estados Unidos da América um sistema de seguro universal de saúde. Porque esta questão acaba por moldar o desenvolvimento deste estudo, vale a pena determo-nos um pouco sobre ela. Por que razão parece ser tão difícil implementar um mecanismo universal de cuidados de saúde nos Estados Unidos? Terão os médicos americanos mais aversão à intervenção governamental? Terão as associações de médicos americanas mais poder do que as suas congéneres europeias? É a partir destas interrogações que a autora desenha a sua investigação e formula uma pergunta de partida e respetivas hipóteses, desenhando uma estratégia metodológica assente no método comparativo.

A questão de partida desta investigação, formulada na sua versão mais ampla, é a seguinte: por que razão países com níveis semelhantes de desenvolvimento económico e de tecnologia médica têm sistemas de saúde tão diferentes? Que fatores explicam que países com modelos económicos semelhantes, e até com modelos de Estado social semelhantes, tenham evoluído para respostas de saúde tão díspares? (Immergut, 1992a: 2) O ponto fundamental que a autora pretende abordar é, pois, o das condições concretas de desenvolvimento e aplicação das políticas de saúde, tentando assim encontrar as relações de causalidade que estão por detrás de tão diferentes resultados.

Immergut (*idem*) desenvolve a sua análise sobre o desenvolvimento das políticas de saúde em França, na Suécia e na Suíça no quadro das teorias institucionalistas de análise das políticas públicas. Na definição do seu quadro teórico, a autora elabora um estado da arte ao longo do qual vai apresentando as limitações de cada abordagem para a explicação das diferenças identificadas entre os três países que estão a ser estudados.

[17] Paul Pierson tem continuado a explorar os conceitos de pontos de veto ou de policy feedback, adaptando-os mais recentemente ao contexto de polarização política crescente, a partir da segunda década do século XXI. Em Policy Feedback in na Age of Polarization (Pierson e Hacker, 2019) e Let them eat their tweets (Pierson e Hacker, 2025), Pierson e Hacker atualizam as teorias e os referidos conceitos ao contexto de hiperpolarização política que, segundo os autores, contribuiu para que mais dificilmente se construam novos consensos políticos em torno de políticas bem desenhadas e implementadas. Segundo os autores, o tribalismo, a polarização e as desigualdades levam a que mesmo políticas públicas com resultados positivos não mudem, como antes procuraram demonstrar, os posicionamentos dos partidos políticos no sentido da consensualização, mas antes na manutenção e até exacerbar de trincheiras (um dos exemplos dados é precisamente na área da saúde, com a continua rejeição por parte do Partido Republicano do *Afordable Care Act*, lançado por Obama, apesar dos mais de 45 milhões de americanos terem passado a ter direito à proteção na saúde). Estas mudanças recentes colocam em causa a eficácia dos pontos de veto face a políticas de desmantelamento do Estado Social e a capacidade de alargar consensos através do *policy feedback*.

Este mapeamento do estado da arte percorre as abordagens teóricas das políticas de saúde, que aqui enunciaremos brevemente e apenas no sentido em que ilustrem a opção pela abordagem institucionalista:

i. as que procuram explicar as políticas a partir de fatores económicos e do desenvolvimento e poder da tecnologia médica, que a autora considera não serem adequadas por existirem países com modelos económicos semelhantes e sistemas de saúde diferentes;
ii. as que se centram na tradição política de cada país, em particular do peso que a ideologia liberal tem em cada país, que a autora rejeita dando o exemplo inglês, que, sendo sempre apontado como exemplo de modelo liberal, tem um dos mais progressivos serviços nacionais de saúde;
iii. as que se centram no poder da classe profissional dos médicos, que a autora rejeita por identificar países que contrariam melhor do que outros as pressões da classe médica e;
iv. as teorias de classe, centradas em conflitos sociais, por exemplo, entre sindicatos e patrões, que a autora desvaloriza em detrimento de outros, por exemplo, a idade.

Immergut (*ibidem*) refere ainda duas abordagens de tipo institucionalista que considera terem contribuído para o seu quadro teórico: a abordagem corporativista, centrada nos interesses dos vários grupos (Schmitter, 1975; 1977); o Estado simultaneamente como ator e estrutura (Skocpol, 1997). Apresenta, então, o quadro teórico defendendo que este ultrapassa limitações das várias abordagens antes apresentadas.

Assim, segundo a autora, são as regras institucionais e os diferentes mecanismos de decisão política e não os diferentes interesses e recursos dos atores sociais e dos grupos de interesse que condicionam as políticas de saúde. São, no fundo, as regras do jogo e não as diferentes estratégias dos atores que mais contribuem para os quadros de políticas de saúde em cada país: "tenta compreender a variação nas políticas de seguro nacional de saúde, focando-se no quadro institucional no qual as decisões políticas foram tomadas" (Immergut; 1992a:25). O quadro institucional apresentado pela autora refere-se nomeadamente ao tipo de pontos de veto e à forma como estão organizadas as instituições políticas de cada um dos três países estudados, dando a Suíça como exemplo em que a existência de referendos que permitem rejeitar legislação deu uma força aos médicos na rejeição das propostas de criação de um serviço nacional de saúde:

> Isso criou uma oportunidade estratégica para os grupos de interesse, como os médicos suíços, que descobriram que podiam usar a ameaça do referendo para obter dos legisladores. Os médicos suíços nunca recorreram a greves médicas; simplesmente ameaçaram bloquear a legislação convocando referendos. (Immergut: 1992a:24)

No fundo, o comportamento dos grupos de interesse, para a autora, não é uma variável independente – já que as associações de médicos e sindicatos tiveram as mesmas intenções –, mas uma variável que depende da organização do sistema político. As instituições mudam o leque de atores relevantes e redefinem as alternativas políticas (Immergut: 1992a:231)[18].

A terceira obra que consideramos neste capítulo entre os contributos que foram fundamentais para a construção do modelo de análise do trabalho que aqui se desenvolve é a investigação de Carolyn Hughes Tuohy, *Acidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain and Canada* (1999). Neste livro, Tuohy apresenta uma análise comparativa das características dos sistemas de saúde dos Estados Unidos, Canadá e Inglaterra nos anos 1990, procurando compreender os diferentes "padrões de mudança", nomeadamente no que diz respeito ao impacto da introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde.

A escolha de casos justifica-se pelas diferenças que estes três sistemas de saúde apresentam: nos Estados Unidos falhou uma reforma de grande dimensão, mas apesar disso o sistema viveu uma grande transformação; no Reino Unido, foi concretizada uma reforma de fôlego, mas o seu impacto foi atenuado no processo de implementação; e no Canadá, apesar do discurso sobre a crise e a necessidade de implementação de reformas que reduzissem a despesa, nenhuma reforma significativa foi implementada. Este é o *puzzle* de que parte a autora, que procura com a investigação explicar estas diferenças com base na análise dos processos, sistemas e contextos de tomada de decisão. São de especial relevo na análise de cada "sistema de tomada de decisão" duas dimensões:

i. o equilíbrio político-económico da estrutura de interesses (atores do Estado, interesses financeiros privados e profissionais de saúde);
ii. o *mix* de mecanismos de controlo social que legitimam a relação entre os atores, que no caso da saúde são tipicamente o mercado, a hierarquia e a colegialidade.

No que diz respeito ao quadro teórico escolhido pela autora, este enquadra-se no conjunto de pesquisas exemplares que aqui destacamos, procurando reunir os contributos da análise institucionalista com a escolha racional:

[18] Ellen Immergut (2021) coordena um estudo a nível europeu de aplicação dos conceitos por ela desenvolvidos - nomeadamente o de legado político. Numa análise que se inicia em 1989, com o fim da guerra fria e termina em plena pandemia COVID 19 os autores retratam para o conjunto dos países europeus, concluindo continuando a saúde a ser um tema de afirmação partidária e com marcadas diferenças ideológicas, a verdade é que a popularidade dos sistemas de saúde de base universal faz convergir todas as propostas políticas para a ideia de melhor acesso e melhores cuidados.

> O enquadramento que aqui se desenvolve, tal como noutras recentes interpretações das políticas públicas (e.g. Pierson, 1994: 174-75), assenta nas ideias de duas correntes de análise da ciência política: "institucionalismo histórico" e "escolha racional". Este explora as lógicas distintivas de sistemas de tomada de decisão particulares, nos quais os atores respondem, racionalmente, aos incentivos com que se defrontam, tendo em conta os recursos que conseguem mobilizar (Tuohy; 1999:6).

O argumento principal de Tuohy é o de que o desenho de cada um dos sistemas de tomada de decisão influencia a forma como cada sistema de saúde reagiu às tentativas de reforma: "cada sistema de tomada de decisão de cada um dos sistemas de saúde tem a sua lógica poderosa, originada na interseção entre a influência e o *mix* de instrumentos de controlo – uma lógica com implicações particulares no padrão e ritmo da mudança." (Tuohy, 1999:129).

De acordo com a autora, os diferentes mecanismos de relação entre os profissionais e o Estado e entre os profissionais e o mercado originaram diferentes formas de integração dos princípios e dos instrumentos de mercado, com diferentes resultados em termos de desenho do sistema de saúde de cada país.

Assim, a autora procura, através da comparação entre os três países – Reino Unido, Estados Unidos, Canadá –, concluir como a natureza original dos três sistemas condicionou a sua evolução e a forma como se apropriaram das reformas do mercado interno.

As diferenças prendem-se fundamentalmente com o facto de estarmos perante países com sistemas de financiamento público e de financiamento maioritariamente privado dos sistemas de saúde. A autora retira duas conclusões fundamentais (Tuohy; 1999:131):

i. que o papel central da profissão médica e dos mecanismos colegiais que caracterizam os sistemas de financiamento público tornam os sistemas públicos mais resilientes, uma vez que os mecanismos de negociação entre Estado e profissionais constituem uma relevante coligação em defesa dos sistemas públicos.
ii. que o ritmo da mudança é acelerado por uma maior facilidade de investimento privado, pela maior presença de atores privados e pela sua pluralidade, uma vez que a procura de formas mais lucrativas de organização acelera as mudanças na estrutura industrial e na organização que não tem paralelo com as transformações que ocorreram nos sistemas financiados pelo Estado.

Um dos estudos que mais influenciaram a abordagem institucionalista no campo das políticas educativas é a obra clássica de Margaret Archer (2013 [1979]), *social origins of educational systems*. Nesta pesquisa, Archer procura identificar que fatores contribuíram para o desenho de diferentes tipos de

sistemas educativos, bem como refletir sobre a forma como o desenvolvimento de diferentes tipos de sistemas nacionais de educação condiciona a mudança e as transformações subsequentes.

A análise proposta por Archer (*idem*) é feita numa perspetiva macro, em que a abordagem escolhida é a da sociologia histórica e assente no método comparativo. Os países que a autora considera são França, Inglaterra, Dinamarca e Rússia.

Archer (*ididem*) propõe-se aplicar os princípios teóricos da sua abordagem morfogenética para descrever e estudar os padrões de surgimento dos sistemas educativos, analisando as suas características institucionais e os subsequentes processos e padrões de desenvolvimento e de mudanças nos sistemas educativos.

Assim, a autora argumenta que se desenvolveram dois grandes tipos de sistemas educativos – centralizados e descentralizados – propondo-se estudar as propriedades emergentes destas duas culturas institucionais. O advento central para a autora – que constitui a entidade emergente – é a criação de sistemas de educação estatais. Segundo a autora, nos sistemas centralizados as decisões centram-se no Estado, que impõe a sua agenda e faz valer os seus interesses; enquanto nos sistemas descentralizados, a autonomia é mais relevante, não apenas na prestação, mas também na formulação de políticas de educação. Nos sistemas centralizados verifica-se um processo de negociação assente na manipulação política, enquanto nos sistemas descentralizados se verifica uma maior variedade nos processos de negociação e, em resultado disso, diferentes adaptações locais e diferentes apropriações das políticas educativas (Batista, 2015:28)

Ora, de acordo com Archer, a forma como se desenvolveram os sistemas educativos num momento fundamental de mudança de paradigma – a criação dos sistemas educativos do Estado-nação – marca de forma indelével, condiciona e limita os padrões de mudança nos sistemas educativos. Nas palavras de Archer (2013): "As perspetivas de mudança vão no sentido de a interação educacional futura continuar a ter padrões dissimilares nos dois sistemas [centralizados e descentralizados] e de os produtos da mudança reproduzirem os traços principais da centralização ou descentralização" (p. 790).

A autora retira esta conclusão tendo em conta a permanência das diferenças no condicionamento estrutural entre um e outro sistema. Archer lembra que há fatores culturais que podem encorajar a convergência educacional, reforçando, no entanto, que "por mais internacionais que as forças culturais possam ser, elas têm de lutar com estruturas consolidadas dos diferentes sistemas nacionais de educação e com os interesses estabelecidos associados à sua manutenção" (Archer; (2013 [1979]:790). No fundo, a autora apresenta-nos uma explicação para as permanências das suas características institucionais e para as limitações que estas impõem à mudança muito próxima dos conceitos desenvolvidos pelo institucionalismo histórico e pelo institucionalismo sociológico.

Em *Education Plc: Understanding private sector participation in public sector education*, Stephen Ball (2007) procura compreender um conjunto diverso de dinâmicas que o autor inclui no processo de

privatização (privatizações) na educação. Recorrendo ao método da sociologia das políticas, ou *policy sociology* (Ball, 1997), o autor desenha um modelo de análise assente em três elementos fundamentais: a dimensão discursiva, a dimensão estrutural e a dimensão interpretativa. Através destas três dimensões o autor procura compreender as mudanças nas políticas educativas, nomeadamente aquelas que se relacionam com os fenómenos de privatização da educação.

Importa determo-nos no conceito de privatização e na sua operacionalização, tal como proposta por Ball (2007). O autor começa por destacar que existe uma enorme variedade de "tipos e formas de privatização, envolvendo diferentes formas de financiamento e diferentes relações entre financiadores, prestadores de serviço e clientes" (Ball, 2007:13). O autor destaca também que os processos de privatização têm uma longa história na educação, referindo o caso dos manuais escolares, o equipamento e a construção e os instrumentos de avaliação, destacando, no entanto, que o processo de privatização que agora se verifica não tem paralelo e faz parte de um movimento mais alargado na sociedade.

Ao descrever a história da privatização na educação, Ball parte da proposta teórica de Jessop (2002) e procura identificar os processos através dos quais se legitimou, desde os anos 1980, a introdução das lógicas e dos processos de mercado e que possibilitou a afirmação de processos de privatização recentes, como os que se verificam principalmente a partir do final dos anos 1990 e que o autor apelida de Indústria dos Serviços da Educação (ESI). Nessa descrição histórica, o autor identifica, citando Whitfield (2001), três estratégias fundamentais:

a) destabilização: estratégia que passa pela generalização das críticas ao sector público, da identificação das falhas do Estado, procurando criar um discurso hegemónico sobre a necessidade de reforma do sector público e sobre os benefícios da apropriação das lógicas de mercado;
b) desinvestimento/reinvestimento: estratégia mais complexa que remete para o redirecionamento do investimento (na forma e nos destinatários) que pode suceder a um desinvestimento;
c) mercadorização: estratégia que é, simultaneamente, causa e consequência da privatização, e que consiste na transformação de processos públicos em processos passíveis de ser colocados no mercado e contratualizados.

Para Ball estes processos de privatização desenvolveram-se através de três instrumentos (o autor chama-lhes tecnologias) fundamentais: os mercados, a nova gestão pública e a performatividade.

Baseada num conjunto de entrevistas a responsáveis políticos e em análise documental, esta pesquisa procura compreender as dinâmicas de privatização, o perfil dos atores neste novo quadro de relações entre o sector público e o sector privado, as redes de relações entre dos novos empreendedores (os novos atores que chegam através do sector privado).

Nas suas conclusões, Ball destaca que o processo que aqui estuda é irreversível e corre a par com um processo mais abrangente de relação entre sector público e privado, o capital e sociedade civil nos serviços do Estado-providência.

> A privatização não é apenas uma mudança técnica na gestão da oferta do serviço de educação – ela envolve mudanças no propósito e na experiência da educação, o que significa ser um professor e um aluno, mas é também uma parte de um processo de mudança social mais profunda e alargada. Ela muda quem nós somos e a nossa relação com o que fazemos, e abrange todos os aspetos da nossa prática quotidiana e do nosso pensamento (Ball, 2007:186-7).

Tal como nas pesquisas exemplares aqui apresentadas em traços gerais, a abordagem que se desenha nesta pesquisa considera que para o estudo das mudanças nas políticas públicas e, em particular, de sistemas institucionais relativamente bem circunscritos, os contributos das teorias institucionalistas se afiguram de particular pertinência. Assim, assume-se o enquadramento teórico do novo institucionalismo, aproveitando o potencial heurístico das três abordagens consideradas por Hall & Taylor (2006): a dimensão histórica, sociológica e da escolha racional. Tal como nas investigações agora apresentadas, procurar-se-á combinar elementos destas três abordagens que se revelem robustos para compreender as diferenças entre as políticas públicas de educação e de saúde quanto à evolução da tensão entre Estado e mercado, entre o sector público e o sector privado.

Estes três tipos de institucionalismo funcionam, assim, nesta investigação como uma trindade de influências, em que, como se verá no desenho de pesquisa exposto no capítulo seguinte, o institucionalismo histórico atua como referência principal, e o institucionalismo sociológico e da escolha racional funcionam como referências secundárias.

1.3 Das teorias ao modelo de análise: o desenho da pesquisa

O objetivo principal desta pesquisa, como descrevemos anteriormente, é o de tentar compreender as razões e os processos que levaram dois sistemas com pontos de partida próximos, com semelhanças institucionais, com incentivos análogos e trajetórias similares ao longo do período da democracia a evoluir de forma díspar e a responder diferentemente a pressões análogas para a mudança que afetam as várias dimensões do Estado-providência. Fá-lo, no contexto disciplinar da análise das políticas públicas, e recorrendo ao enquadramento teórico institucionalista.

É neste quadro – de análise das políticas públicas e no quadro teórico do institucionalismo – que definimos as perguntas de partida, que orientaram este trabalho. A pergunta de partida que orienta esta pesquisa é a seguinte:

— Que razões podem justificar que os sistemas de saúde e de educação em Portugal, apesar de terem objetivos semelhantes, tenham resistido de forma diferente às pressões para a mudança de fronteiras entre Estado e mercado?

A esta pergunta fundamental que orienta esta pesquisa, somam-se três outras questões, de segunda linha, que permitem focar os objetivos que serão prosseguidos, que são as seguintes:

— Como evoluíram as tensões entre Estado e mercado nas políticas públicas de educação e de saúde?
— Quais os fatores que contribuíram para uma diferente concretização dos princípios fundadores dos sistemas públicos de saúde e de educação?
— Quais os principais momentos e decisões que introduziram alterações na trajetória, fazendo os sistemas divergir?

É na tentativa de responder à primeira questão de partida, que orienta esta investigação, que foram definidas as seguintes hipóteses que serão exploradas nas dimensões do modelo de análise abaixo desenvolvido. As diferenças nas políticas públicas implementadas e no resultado do equilíbrio entre público e privado podem ser explicadas por diferentes fatores relacionados com a trajetória, a natureza destas duas áreas, os atores envolvidos e as escolhas políticas transformadas em decisões.

Em primeiro lugar, os diferentes resultados políticos na saúde e na educação podem ser explicados pelas distintas raízes históricas dos processos através dos quais se deu origem à intervenção do Estado na saúde e na educação. As diferentes origens resultam em diferentes modelos de prestação, e a resiliência institucional ou o processo de dependência de trajetória podem explicar as diferenças de resultado. Em causa estariam, por exemplo, a persistência de exercício liberal da profissão médica ou a persistência da presença de instituições religiosas na prestação destes serviços.

Em segundo lugar, as diferenças no resultado político podem também justificar-se pela distinta natureza dos bens "saúde" e "educação", tendo esta diferente natureza dos bens públicos uma consequência na forma de concretizar o direito ao acesso à saúde e à educação e originando, assim, pela sua própria natureza, diferentes tipos de resposta, diferentes presenças do Estado e do sector privado, incluindo a existência de diferentes mercados que explicariam uma evolução diferenciada destes serviços públicos.

Em terceiro lugar, poderíamos estar na presença de diferentes estratégias dos grupos e atores de cada uma das políticas públicas em causa, incluindo diferentes capacidades de influenciar as políticas, diferentes agendas políticas ou diferentes equilíbrios de poder entre os diferentes grupos de interesse envolvidos, mais ou menos plurais, consoante se trate da saúde ou da educação.

Em quarto lugar, é necessário considerar a potencialidade explicativa dos diferentes enquadramentos institucionais destes dois sistemas públicos que, por dependerem de diferentes equilíbrios de poderes ou de diferentes lógicas na tomada de decisão, podiam explicar os diferentes resultados políticos obtidos.

Finalmente, há que considerar os diferentes enquadramentos político-ideológicos em momentos históricos distintos em que as decisões foram tomadas e que podem explicar os diferentes resultados em termos de políticas públicas de saúde e educação, no que diz respeito à participação do mercado na prestação de serviços públicos. Estão em causa, neste caso, a existência de diferentes equilíbrios no quadro político-ideológico, de que são exemplo:

- aprovação de medidas de política em contextos de governos maioritários ou em contexto de coligação;
- a aprovação de medidas de política em contextos em que o Presidente da República é da mesma área política dos governos, ou em contextos em que o oposto acontece;
- a aprovação de medidas de política em contextos politicamente tensos (final de legislatura, por exemplo) ou em contextos de menor tensão;
- a aprovação de medidas de política convergentes com a orientação política da União Europeia;

Para enquadrar estas diferentes hipóteses foi definido um modelo de análise para esta investigação que procurasse acautelar esta complexidade causal, hierarquizando, depois, o potencial heurístico de cada uma das hipóteses.

1.3.1 O modelo de análise

O modelo de análise definido para responder ao *puzzle* das relações entre o Estado e o mercado nas políticas públicas de saúde e de educação assume, assim, como variável dependente os diferentes equilíbrios entre Estado e mercado, entre público e privado, na concretização do direito à saúde e à educação e na prestação de serviços públicos de saúde e de educação. A variável "equilíbrio público-privado na saúde e na educação" é a variável dependente e que traduz, portanto, os resultados políticos que decorrem das diferentes escolhas políticas ao longo do tempo aqui tomado como referência, que é o período democrático.

Assim, o trabalho parte da evidência das diferenças entre as duas áreas das políticas públicas no que diz respeito ao equilíbrio entre público e privado e, a partir dessas diferenças, procura identificar e analisar os fatores que as justificam.

É nesse sentido que no desenho de análise surgem como principais variáveis independentes: a natureza dos bens públicos, o percurso histórico ou de trajetória, as estratégias e os atores envolvidos e, finalmente, as diferentes escolhas de políticas em momentos críticos.

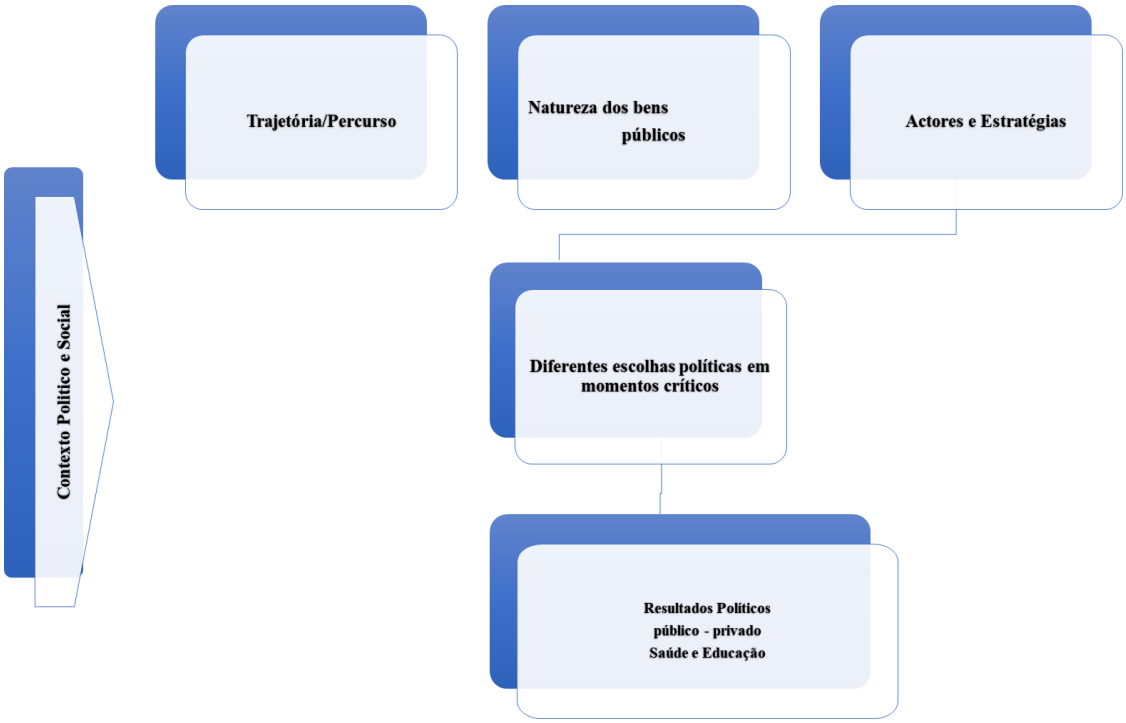


Figura 1.1 Modelo de análise

Fonte: elaboração própria.

1.3.2 Diferentes escolhas políticas

Em primeiro lugar, dada a sua posição no desenho da pesquisa e no modelo de análise, cumpre definir e justificar a importância da variável "diferentes escolhas políticas". Esta variável assume um carácter misto, intermédia ou de mediação: Se, por um lado, é uma variável dependente das três variáveis já identificadas (a natureza dos bens/serviços, a história/trajetória e a forma como os atores influenciam as escolhas políticas), por outro lado, é uma variável explicativa das diferentes decisões em matéria de tensão entre a dimensão pública e a dimensão privada. Nesta segunda vertente, enquanto variável explicativa, está em causa a possibilidade de que existam diferenças políticas com origem nas dimensões mais ideológicas e doutrinárias ou dimensões políticas que resultam de terem sido aprovadas por diferentes partidos, com diferentes programas ou em que as condições políticas de construção de maiorias possam ter influenciado as escolhas políticas feitas.

Importa, pois, clarificar se existem diferenças fundamentais nas decisões políticas dos vários governos, ao longo das últimas décadas, por um lado, e se existem diferenças ideológicas fundamentais na abordagem que cada um dos partidos de governo faz à área da saúde e à área da educação. Uma das questões a considerar é a existência de coligações (formais ou informais) entre os partidos ou com atores privilegiados, como são os sindicatos, as ordens profissionais, ou a indústria farmacêutica, por exemplo.

Outro elemento fundamental desta análise é compreender o contexto de cada decisão transformadora: que decisões foram tomadas por governos maioritários, em que casos existiram coligações alargadas, em que casos assistimos a pontos de veto (presidencial ou constitucional).

1.3.3 Percurso – dependência de trajetória

A variável "percurso – dependência de trajetória" ocupa um lugar central no modelo de análise que orienta esta pesquisa, uma vez que é a variável que decorre de forma mais direta da opção pela análise institucionalista que aqui selecionámos, em particular na sua dimensão histórica.

Procura-se aqui compreender as origens do processo através do qual o Estado assumiu funções na saúde e na educação. Compreender esses processos e os seus desenvolvimentos, estudar a amplitude das responsabilidades do Estado e compreender de que forma é que essas origens se distinguem, ou seja, as diferenças entre as políticas públicas de saúde e de educação que existiam até 1974 é um elemento fundamental nesta análise. A importância da análise desta trajetória justifica-se, uma vez que esta pode ter influenciado a concretização dos princípios constitucionais definidos em 1976, os desenvolvimentos posteriores e as opções políticas e capacidade de implementação dessas escolas, nestas duas áreas, ao longo do período democrático.

Esta variável é enriquecida com os contributos do institucionalismo histórico (Pierson, Thelen, Immergut, Skocpol), que acima desenvolvemos, sendo os conceitos principais que aqui se desenvolverão os de dependência de trajetória (Pierson, 2000a), os custos de transição (Pierson, 1997) e de ponto de veto (Tsebelis, 2000). E complementada com os contributos das teorias do equilíbrio pontuado (Baumgartner & Jones, 1993; Jones & Baumgartner 2005), ou conceitos que exploram as mudanças sem revisões formais significativas como *policy drift* (Hacker, 2005), conversão (Thelen, 2002 e 2004), e *layering* (Palier, 2005).

Quando o Estado assumiu a responsabilidade sobre a saúde e educação? Quais os processos através dos quais os assumiu? Foram eles substantivamente diferentes nestas duas áreas das políticas públicas?

Esta variável procura, no fundo, compreender como estas diferenças de percurso influenciaram e limitaram as diferentes configurações das políticas públicas de saúde e de educação através das instituições.

1.3.4 Natureza dos bens públicos

Esta variável parte de se considerarem significativas as diferenças na natureza dos bens públicos "saúde" e "educação", diferenças que são identificáveis nas suas externalidades, na afetação de recursos, nos limites no acesso a cada um destes bens.

Estamos, portanto, no âmbito da abordagem do institucionalismo da escolha racional, acima apresentado. Mas, em muitos elementos da reflexão sobre esta variável, aproximamo-nos de abordagens próximas das teorias da escolha pública. Esta corrente teórica é um desenvolvimento das teorias da escolha racional e procura compreender os processos de definição de *regras* para a tomada de decisão, desde logo na afetação de recursos e na redistribuição.

James Buchanan (1968) e Anthony Downs (1957) são dois dos autores responsáveis pela importação para a ciência política de um quadro teórico e metodológico da economia e da sua aplicação à esfera do estudo das políticas públicas: as teorias da escolha pública.

> A perspetiva da teoria da escolha pública é que as decisões políticas e económicas dos governos estão sujeitas a um conjunto de poderes repartidos por diferentes agentes com funções diferentes no sistema político. Presidente, executivo, legislativo, sistema judicial, administração pública, partidos políticos, grupos de interesse, todos eles interferem na possibilidade e capacidade de implementação dessas políticas. (...)
>
> Como tal, é desejável uma interpenetração entre a análise económica e a análise política, de forma a poder prever não só que medidas de política serão aprovadas, mas também de que forma serão (ou não) implementadas. (Pereira, 1997: 423)

As teorias da escolha pública partem do pressuposto que todos os indivíduos são atores racionais, movidos pelo interesse próprio e têm como objetivo a maximização da utilidade e assentam no princípio do individualismo metodológico: possibilidade de, a partir deste pressuposto, deduzir explicações generalizáveis:

> A postura metodológica individualista resulta de que para muitos economistas é a única operacional, ou seja, mesmo que, por hipótese, se aceite a existência de entidades orgânicas supraindividuais com vontade própria (grupos, povos, sociedades), torna-se impossível determinar qual seria essa vontade (...) A abordagem da teoria da escolha pública é sobretudo processual. Cada escolha coletiva, no processo político, é resultado das preferências dos agentes envolvidos na escolha (cidadãos num referendo, autarcas numa câmara municipal, deputados no parlamento) e das regras e procedimentos que permitem passar de preferências diversas de cada individuo para uma única escolha coletiva (Pereira: 1997: 424).

Com o objetivo de compreender o que explica a intervenção numas áreas e não noutras, esta proposta teórica constrói o seu modelo de análise com base na ideia de que o Estado procura intervir com o objetivo de responder a falhas de mercado e toma a decisão de intervir com base num julgamento sobre o interesse público.

Dos diferentes conceitos desenvolvidos pelas teorias da escolha pública, importa aqui reter: o conceito de bem público (Samuelson, 1954; Krugman *et al.* (2011), o conceito de externalidade e o conceito de imperfeição de mercado.

Em primeiro lugar, o conceito de bem público. À luz do enquadramento teórico da escolha pública, os bens públicos são aqueles que são imediatamente disponibilizados a todos, estando garantido que o consumo de uns não reduz a possibilidade de outros consumirem (não rivalidade), sendo impossível excluir alguém do consumo (não exclusão).

Em segundo lugar, destaca-se o conceito de externalidade. Parte do princípio teórico desta corrente de que para que a competição seja perfeita, os custos e os benefícios de produzir e consumir um bem devem ser suportados apenas pelos indivíduos que os produzem e aqueles que consomem, mas a educação e a saúde, enquanto bens públicos, produzem externalidades positivas; população mais qualificada, doenças erradicadas através, por exemplo, da vacinação.

Para Barr (2012) são as externalidades positivas do Estado-providência que justificam a sua análise à semelhança dos bens públicos. Mesmo quando não apresentam plenamente as características de não rivalidade e não exclusão, ou seja, não sendo bens públicos puros, mas antes bens meritórios ou quase-públicos, estes podem ser analisados como bens públicos.

De acordo com as teorias da escolha pública, quando a competição não é perfeita, o Estado deve intervir para prevenir ou corrigir as falhas de mercado e fá-lo, por exemplo, regulando preços, subsidiando ou taxando a sua produção ou garantindo a sua provisão pública:

> Na perspetiva da teoria da escolha pública, trata-se de comparar os "fracassos do governo" com os "fracassos do mercado", ou seja, perceber que, quer o mercado, quer o sector público, são instituições *imperfeitas* de afetar os recursos, e como tal o objetivo da análise é desenvolver uma *análise institucional comparada* (Pereira, 1997: 424).

Assim, no caso das políticas de saúde e de educação, cumpre-se explorar as diferenças na natureza dos direitos e na natureza dos bens/serviços no caso da saúde e educação. Estamos perante sistemas públicos com características diferentes em termos de troca voluntária entre despesa e serviços, ou seja, no processo de afetação de recursos? Estamos perante serviços públicos diferentes em termos de expectativa de universalidade e equidade ou com dimensões redistributivas muito diferentes, ou seja, de *outcome*/distribuição dos bens/serviços? Estamos perante serviços com lógicas distintas de provisão?

Ou seja, considera-se que o valor acrescentado do processo de prestação dos cuidados de saúde e do serviço de educação é diferente, sendo mais internalizado no caso da educação. Por outro lado, no caso da saúde estão diretamente envolvidos no sistema mais bens de natureza privada, como os medicamentos e as tecnologias. Por outro lado, a proximidade da área da saúde ao sector financeiro e ao sector dos seguros é significativamente maior e mais complexa. Esta variável parte do reconhecimento que estas diferenças podem ter influência na evolução das políticas públicas nestas duas áreas, em particular no que diz respeito à relação público-privado.

1.3.5 Atores e estratégias

Esta variável junta-se às duas variáveis anteriormente apresentadas (a natureza dos bens/serviços e a história/*path*) no conjunto das variáveis explicativas e relaciona-se com duas dimensões fundamentais: por um lado, com a análise das estratégias seguidas pelos diferentes atores que procuraram influenciar as decisões políticas nestas duas áreas das políticas públicas; por outro, com a capacidade real de influência e com a forma como exercem essa influência.

As políticas e as decisões resultam sempre dos atores, das suas intenções e da sua interação, pelo que a importância dos atores no processo de definição das políticas públicas é um dos elementos fundamentais na sua análise. Este elemento é incluído na generalidade das abordagens teóricas no âmbito das políticas públicas, tanto nas enquadradas nas perspetivas pluralistas, como nas correntes institucionalistas. Quer seja reconhecida maior liberdade ou mais constrangimentos aos atores, a análise sobre as suas intenções, ações, interações, acesso a recursos e impactos das políticas está presente na generalidade das abordagens teóricas das políticas públicas.

No conjunto dos atores, consideram-se não apenas os agentes da decisão, ou seja, as autoridades políticas e administrativas, mas também aqueles que são afetados pelas políticas públicas em análise, tanto positiva como negativamente.

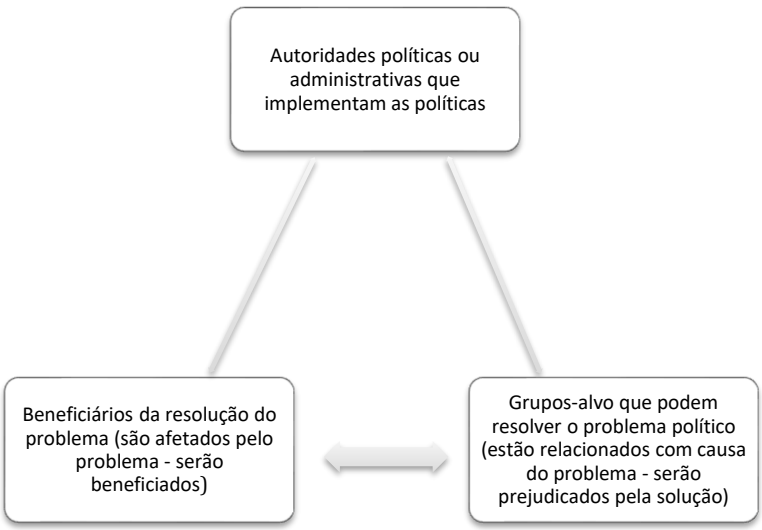


Figura 1.2 Triângulo dos atores no processo das políticas públicas

Fonte: Knoepfel (2007:57).

Neste tópico, a teoria da ação coletiva (cf. Olson, 1998) apresenta um contributo relevante para o trabalho que aqui se procura desenvolver, uma vez que esta abordagem se centra na análise da escolha política enquanto processo em que se joga a influência de grupos de interesse, partidos políticos, burocracia, legislação e regras eleitorais no processo de decisão.

Além dos atores públicos e privados e das suas estratégias, há que considerar os recursos que estes possuem na arena política de cada uma das áreas incluídas nesta pesquisa. Recorrendo à proposta de Knoepfel (2007), podemos identificar dez tipos de recursos à disposição dos atores públicos e privados: força, lei, pessoal, dinheiro, informação, organização, consenso, tempo, infraestrutura e apoio político. (pp. 65)

Assim, importa considerar que tanto os atores públicos como os atores privados possuem diferentes tipos de recursos e diferentes graus no acesso a cada um destes recursos, no caso da saúde e da educação.

São atores fundamentais a considerar para esta análise: os atores políticos, incluindo os partidos políticos, o governo, o Parlamento, o Presidente da República e o Tribunal Constitucional; os atores profissionais, incluindo as organizações de representação dos profissionais de saúde e da educação, as ordens profissionais e os diferentes sindicatos; outros atores, como os grupos de interesse (não incluídos nos atores profissionais atrás referidos), como a indústria, os utentes dos serviços públicos, os atores privados com intervenção na provisão de serviços de saúde e de educação.

Trata-se, no fundo, de compreender os diferentes quadros institucionais em que as decisões políticas são tomadas no caso da educação e da saúde e as diferenças entre as estratégias seguidas em cada uma das duas áreas aqui comparadas. De realçar, desde logo, o maior número e o pluralismo mais significativo existente no caso da saúde, que inclui, no exemplo do campo dos atores profissionais, as ordens profissionais e os sindicatos, enquanto na educação só existem os segundos; ou a existência de outro tipo de atores, muitos de dimensão internacional, de que o principal exemplo é a indústria farmacêutica.

1.4 O método comparativo aplicado a duas áreas das políticas públicas

Considerando que o propósito central desta pesquisa é o de comparar duas áreas das políticas sociais – a saúde e a educação – com o intuito de identificar as semelhanças e as diferenças da resposta de cada um destes sistemas de proteção às oportunidades de mudança no quadro do Estado-providência, nomeadamente no que diz respeito ao equilíbrio entre Estado e mercado, a opção metodológica pelo método comparativo pode considerar-se como a escolha evidente. Trata-se, no caso em apreço, de utilizar o método comparativo entre duas áreas das políticas públicas no mesmo país ao longo de um período, isto é, uma comparação setorial e temporal.

A utilização do método comparativo é muito comum na investigação em ciência política ou em políticas públicas, pelo seu potencial heurístico, explorando a descrição e análise das diferenças e homologias entre políticas, entre instituições, entre países e entre processos políticos, o que permite simplificar a compreensão de problemas complexos. A utilização do método comparativo recorrendo à seleção de casos beneficia da influência de diferentes ciências sociais, como a história ou a sociologia,

em que a simplificação que resulta da seleção de casos contribui para compreensão das diferenças e semelhanças como forma de controlar possíveis hipóteses explicativas.

A opção pelo método comparativo implica, por isso, utilizar a comparação como ferramenta para compreender de que forma as variáveis identificadas explicam as diferenças nas respostas a pressões semelhantes para a mudança no Estado-providência e a pressões específicas em cada um destes sectores das políticas públicas de proteção social, ao longo de todo o período democrático, considerando, em especial, momentos fundamentais para a mudança nestes sectores. O método comparativo de um número reduzido de casos assenta, pois, nos processos políticos da tomada de decisões políticas concretas e nas instituições implicadas em cada uma das políticas consideradas.

Este objetivo fundamental e a utilização do método comparativo como instrumento metodológico principal implica que o desenho da pesquisa, partindo de um mesmo contexto, de objetivos e grandes tendências semelhantes e das características comuns entre estas duas áreas das políticas públicas, desemboque em pressões diferenciadas, em divergências e diferenças fundamentais, não apenas nas escolhas políticas, mas também nas suas características institucionais sectoriais e nos resultados políticos.

Acresce a esta análise comparativa das diferenças entre as políticas de saúde e de educação o facto de se proceder a uma comparação entre as duas áreas ao longo de um período longo, numa perspetiva diacrónica. É necessário, por isso, desenhar duas trajetórias paralelas, identificando os marcos que permitem identificar momentos de comparação específicos, aumentando, assim, de forma virtual, o número de casos em que podemos comparar escolhas políticas, percursos e trajetórias e concretização de políticas que justifiquem as diferenças de resultado já descritas (Bartolini, 1994).

Numa tentativa de caracterização da comparação que aqui será levada a cabo, pode afirmar-se que estamos na presença de uma estratégia orientada para os casos (*case-oriented)* e uma investigação típica de seleção de casos (*small N*) (Lijphart, 1971). Ou seja, estamos perante uma pesquisa que identifica um número de casos ou pontos de análise, definidos e selecionados teoricamente, caracterizados qualitativamente, procurando posteriormente nexos causais na interação das variáveis que sejam suscetíveis de generalizações. De acordo com della Porta e M. Keating (2008b: 206):

> Numa abordagem orientada para os casos, pelo contrário, um conhecimento aprofundado de um pequeno número de casos fornece a base para generalizações que são temporariamente limitadas aos casos estudados e cuja relevância mais ampla deve ser controlada através de mais investigação. As macrounidades (como os países) são, portanto, consideradas configurações sociais únicas e complexas (Skocpol e Somers: 1980), embora sejam construídos conceitos que transcendem a validade de casos individuais.

A componente de análise histórica, muito referida na literatura como frequente no método comparativo focado na seleção de casos, está igualmente presente nesta investigação, e implica que além das variações entre as duas áreas das políticas públicas, se considere também a variação ao longo do tempo em cada uma delas (Bartolini, 1994:114).

1.4.1 A seleção dos casos

A seleção de casos numa investigação longitudinal não obedece aos critérios de representatividade estatística, mas a critérios que permitam desenvolver o *puzzle* em que a pergunta de partida e as hipóteses se incluem. Ou seja, a escolha dos pontos de análise deve obedecer a critérios, de que os cinco critérios identificados por Smelser (1976, citado por della Porta, 2008) são um exemplo. De acordo com aquele autor os casos selecionados devem ser: adequados ao problema teórico colocado pelo investigador; relevantes para o fenómeno em estudo; empiricamente equivalentes, ou do mesmo tipo; conter informação disponível equivalente aos diferentes casos selecionados; e, finalmente, os procedimentos de escolha devem ser repetíveis.

Assim, a seleção das políticas de educação e de saúde como campos de análise para as mudanças no equilíbrio entre Estado e mercado no sector dos serviços do Estado-providência pode justificar-se por terem um conjunto de dimensões comuns:

- Tanto as políticas de saúde como as de educação permitem ilustrar as dinâmicas, centrais nesta tese, de tensão entre Estado e mercado nas políticas públicas do Estado-providência;
- Tanto as políticas de saúde como as de educação são relevantes para compreender as mudanças a que o Estado-providência tem estado sujeito, que adiante são descritas do ponto de vista teórico, permitindo as suas diferenças ampliar a compreensão do fenómeno em Portugal;
- Tanto as políticas de saúde como as de educação apresentam um conjunto de objetivos políticos e dinâmicas de reforma que, por coincidirem, *grosso modo*, no tempo permitem a comparação entre duas respostas diferentes aos desafios políticos;
- Tanto as políticas de saúde como as de educação constituem subsistemas do Estado-providência assentes na prestação de serviços públicos de carácter universal;
- Tanto quanto às políticas de saúde como quanto às políticas de educação existe informação disponível sobre os momentos e os processos de tomada de decisão política que possibilitam a análise que aqui se procura realizar.

Escolhidas estas duas áreas das políticas públicas de proteção social cumpre refletir sobre os limites desta comparação.

1.4.2 As potencialidades e os limites da comparação entre a saúde e a educação

Como se disse acima, a utilização do método comparativo recorrendo à seleção de pontos de análise ou casos é frequente nas pesquisas no campo da ciência política e das políticas públicas. Os casos em que o recurso a esta estratégia metodológica é mais frequente são aqueles que procuram comparar uma política pública ou um conjunto de políticas públicas em diversos países.

Uma das críticas possíveis a esta comparação entre políticas de saúde e de educação é o da *naturalização* das diferenças, ou seja, o argumento de que diferenças a jusante, nos resultados políticos, são explicadas pela natureza tão distinta dos dois casos em comparação. Este argumento, muitas vezes referido na elaboração desta pesquisa, parece desvalorizar as dimensões semelhantes entre a saúde e a educação:[19]

- ambas são políticas públicas que pretendem assegurar direitos sociais definidos na Constituição;
- para ambas foram desenvolvidos sistemas públicos que pretendem assegurar esse direito;
- em ambos os casos, existe um debate contemporâneo em torno do papel do Estado e do lugar do sector privado
- em ambos os casos, persistiu um sector privado, frequentemente utilizado pelas classes sociais mais privilegiadas, mas que foi também utilizado para garantir a prestação do serviço na inexistência de serviço público.
- As teses da naturalização são também rejeitadas pela existência de diferenças e homologias quando se comparam diferentes países.

1.4.3 A análise das diferenças

Assim, no que diz respeito à comparação entre as políticas públicas, esta investigação aproxima-se daquilo que John Stuart Mill (1967) denominou de método das diferenças, no sentido em que se vai sucessivamente eliminando causas possíveis (umas são eliminadas teoricamente e no desenho da pesquisa e seleção de casos[20] e outras são eliminadas empiricamente) para identificar a causa central, no caso, o quadro institucional em que as decisões políticas são tomadas.

A representação em tabela da aplicação do método das diferenças:

[19] As semelhanças e diferenças entre estes dois sistemas públicos serão desenvolvidas em maior detalhe no capítulo 3.

[20] A seleção dos casos acaba por funcionar como uma aproximação a um modelo experimental, uma vez que se procura eliminar *a priori* a multicausalidade, não fazendo, no entanto, o confronto com explicações alternativas.

Quadro 1.9 Aplicação do método das diferenças ao objeto de estudo

	Saúde	Educação
Pontos de partida	a	a
Quadro político/pontos de veto	b	b
Estratégia dos atores	c	d
Contexto político e enquadramento institucional	e	f
Escolhas Políticas – Resultados Políticos	x	y

A análise aqui efetuada apresenta, no entanto, uma das limitações apontadas ao método *method of agreement*: a da incapacidade de compreender a multicausalidade, uma vez que, apesar de se procurar eliminar *a priori* (através da seleção de casos) a multicausalidade, ao escolher políticas em que as medidas tomadas foram semelhantes e o ponto de partida é tido como sendo o mesmo, se procura limitar as causas possíveis àquela que está a ser estudada, não verificando, empiricamente, o poder explicativo de variáveis como a estratégia dos médicos e dos professores e dos governos ou o histórico dos sistemas de saúde ou educação.

1.4.4 A abordagem metodológica e a recolha de informação

O trabalho aqui desenvolvido assenta predominantemente na análise documental extensiva e na construção detalhada da cronologia dos acontecimentos e das decisões políticas, com identificação dos momentos fundamentais para a mudança, que possam ser identificados nas duas áreas das políticas públicas. Assim, o âmbito temporal desta investigação compreende-se entre a aprovação da Constituição de 1976 e o final do período de ajustamento, identificando os seguintes períodos: (i) período pré-revolucionário; (ii) o momento fundador entre a revolução democrática e a aprovação da constituição de 1976; (iii) os anos de consolidação orçamental no final da década de 1970 e início da década de 1980; (iv) o período da mudança da fronteira entre público e privado do fim dos anos 1980 e princípio dos anos 1990; (v) o período das mudanças na gestão pública no final dos anos 1990; (vi) o período marcado pela entrada na moeda única e pelos critérios de Maastricht e (vii) o mais recente período dos programas de ajustamento e de austeridade, na sequência do acordo de assistência financeira assinado com o FMI e com as instituições europeias.

Neste intervalo temporal inclui-se o momento constitutivo de aprovação da Constituição de 1976, a criação do SNS e a aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo e da Lei de Bases da Saúde, em que os debates sobre as escolhas políticas e o percurso a seguir são definidores da trajetória. Mas inclui-se também o período de assistência financeira em que foram relançados os debates sobre o papel do Estado na provisão dos serviços públicos que concretizam os direitos socias e se viveu um contexto político propício à afirmação de um programa político que redesenhasse as fronteiras entre

Estado e mercado, especialmente devido aos debates sobre a despesa pública e a necessidade de a reduzir.

Identificados os momentos fundamentais para a mudança nas duas áreas das políticas públicas cumpre desenvolver uma análise em profundidade dos processos políticos nesses momentos, considerando o contexto político, o contexto económico e social, os atores envolvidos e a natureza das decisões tomadas e os processos da sua concretização. Para esta análise é fundamental a recolha exaustiva, leitura e análise de documentos e fontes secundárias de informação, designadamente:

- da legislação fundamental, debates parlamentares, programas eleitorais e de governo, testemunhos, imprensa;
- de informação estatística e de indicadores financeiros (despesas, salários, evolução dos sectores público e privado, etc.) que permita o dimensionamento do fenómeno;
- entrevistas, testemunhos, publicações e discursos de atores fundamentais.

1.5 Análise do processo político

A cada momento de decisão (ou de não decisão) política será aplicado o seguinte esquema de análise, inspirado no modelo das etapas, nos termos em que ele foi proposto por Maria de Lurdes Rodrigues (2014c), e considera as seguintes principais fases no processo das políticas públicas:

- Definição do problema – referente ao momento em que se assume o problema político, em que este ganha relevância pública e se considera a necessidade de intervenção pública para o solucionar;
- Agendamento – momento em que se analisa o processo de colocação na agenda política (através dos manifestos eleitorais, dos programas de governo, das propostas feitas por partidos políticos, por grupos de pressão ou por outros atores com capacidade de agendamento) de uma intervenção concreta sobre o problema político identificado;
- Formulação das respostas políticas e políticas alternativas – relativo ao momento em que são desenhadas as soluções, implicadas as relações causais que justificam uma solução em detrimento de uma outra solução alternativa, debatidas as várias alternativas apresentadas pelos diferentes atores e reunidos os instrumentos e os recursos necessários para a implementar;
- Implementação – relativa à fase de concretização das decisões tomadas, ao envolvimento dos atores institucionais e à superação das dificuldades de concretização;
- Avaliação e *feedback* – momento em que é feita a avaliação dos impactos das decisões tomadas, nomeadamente o cumprimento dos objetivos e as reações dos grupos de interesse;
- Novo agendamento (e reinício do ciclo de políticas públicas) – uma vez que a resiliência dos sistemas de saúde e educação é um dos temas que aqui é desenvolvido, a questão da

resiliência e durabilidade de cada alteração e o surgimento de um novo problema ou da correção da decisão tomada são particularmente relevantes para esta análise.

A análise das políticas públicas através do estudo do ciclo de etapas em que as políticas se desenvolvem (desde o surgimento dos problemas à formulação das políticas que lhe procuram responder, e da sua implementação à avaliação dos seus impactos e resultados) foi pela primeira vez proposto por Lasswell, logo em 1956.[21]

Apesar de muito criticada tanto no seu princípio, como nas fases e na sequência que propunha, a verdade é que esta primeira proposta de análise do processo político através de etapas consideradas numa sequência analítica se afirmou pelo seu elevado poder heurístico. Depois desta proposta inicial diversos autores, conforme refere Sabatier (2007) procuraram etapas e sequências alternativas, mantendo o princípio de análise do processo das políticas de forma sequencial e isolando as suas principais etapas: Anderson (2003; 2011), May & Wildavsky (1978), Jenkins (1978) e Brewer & DeLeon (1983) apresentam algumas das propostas mais significativas.

Não obstante a intensa produção na área das políticas públicas assente no modelo das etapas e a sua generalização nos manuais e nas escolas de políticas públicas, a partir do final dos anos 1980 surge na literatura uma corrente crítica deste modelo que procura identificar as suas limitações (para uma recensão das principais críticas ao modelo de análise centrado no ciclo político ver Sabatier (2007) e De Leon (2006)).

Uma das principais críticas identificadas por Sabatier (2007) prende-se com a inexistência, na base do modelo das etapas, de uma teoria que procure identificar relações causais entre variáveis, tornando-a incapaz de produzir hipóteses explicativas.

Outra das críticas identificadas por Sabatier é a feita por Nakamura (1987) e assenta na ideia de que o trabalho de análise baseado neste modelo tende a olhar para as etapas como sequenciais e autónomas, muitas vezes descrevendo mal o processo político, por não ser capaz de identificar novas relações sequenciais ou simultaneidades nas diferentes fases do processo.

Finalmente, a excessiva simplificação, assumindo sempre a hegemonia do legislador e do seu poder de impor as políticas de cima para baixo e a subvalorização do papel dos diferentes atores e das várias instituições no processo político ou a atribuição de ordem e total racionalidade ao processo de construção das políticas são outras das principais limitações do modelo que estão da base das razões pelas quais estas propostas tenham perdido o seu lugar central na análise central das políticas públicas.

Apesar destas limitações, partilhadas por muitos, a verdade é que o seu poder de organização do processo político fez com que os modelos de análise e os quadros teóricos que o substituíram surjam

[21] As fases propostas por Lasswell (1956) são: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, conclusão e avaliação.

muitas vezes associados a cada uma destas fases. É, aliás, frequente ver os estudos empíricos ou modelos analíticos na área das políticas públicas organizados como sendo centrados na implementação, na formulação, no agendamento ou em qualquer outra das etapas deste ciclo político. Ou seja, independentemente das limitações deste modelo para análise, ele é muito eficaz para descrever e comparar processos políticos em duas áreas distintas das políticas públicas, em particular quando eles decorrem de inovações legislativas, como aqui se pretende, reservando modelos teóricos e analíticos de maior poder heurístico para uma fase subsequente deste trabalho.

Considera-se que a utilização que aqui se fará do modelo das etapas nesta fase do trabalho é, por um lado, compreensível e justificável e por outro lado exige uma cautela reforçada relativamente à sua utilização, bem ilustrada pela seguinte afirmação de Pierre Muller:

> Como vemos, a utilização deste tipo de representação sequencial vale mais pelas questões que ela coloca do que pelas respostas que nos fornece. Ela levanta, em cada fase, a questão de como é que a ação dos diferentes atores em presença ajudou a construir uma estrutura sequencial de uma determinada política de forma diferente (...). Haverá vantagem em conceber uma política pública não como uma série de sequências sucessivas, mas como um conjunto de sequências paralelas que interagem e se modificam continuamente (Muller, 2009:26-27)

É, pois, com o propósito de identificar os processos através dos quais se discutiram e aprovaram as leis de bases da saúde e da educação, identificando lógicas partilhadas e processos distintos que podem explicar diferenças na resiliência dos quadros legais aprovados, que se recorre à análise através do método das etapas.

De realçar, ainda, que o objetivo comparativo entre duas áreas das políticas públicas desta tese faz com que se atribua especial relevo ao fenómeno da não decisão (Dye, 2010). Partindo da observação inicial de que os problemas, as tendências, as pressões para a mudança têm sido semelhantes nestas duas áreas do Estado-providência, nas últimas décadas, então cumpre que atentemos não só às medidas de política efetivamente decididas e concretizadas, mas também às decisões não tomadas. Por que razão não foram tomadas decisões politicamente agendadas e até formuladas; que pontos de veto ocorreram; que motivos levaram à rejeição de uma determinada proposta efetuada, e, finalmente, que decisões foram tomadas numa das áreas das políticas públicas que aqui se comparam e por que razão não foram adotadas decisões do mesmo tipo para a outra área – são algumas das questões que aqui se procurará explorar.

A utilização deste modelo permite-nos organizar a informação relativa ao processo de decisão que deu origem ao desenho e aprovação de cada uma das alterações legislativas em matéria de educação e da saúde. Esta organização é particularmente relevante uma vez que estamos perante uma

quantidade grande de processos decisórios em contextos políticos bastante diferentes (de 1978 a 2009) e com atores muito diversificados.

Todas estas fases serão analisadas não só no que diz respeito ao agendamento político de cada uma das políticas selecionadas, ao conteúdo das alterações propostas ou concretizadas, às alternativas avançadas para a decisão política tomada, mas também no que diz respeito à descrição e análise das condições institucionais da decisão – incluindo o papel dos atores, dos grupos de interesse, protagonistas da decisão, origem da proposta e equilíbrios maioritários que permitiram (ou não) a sua aprovação.

2. O ESTADO-PROVIDÊNCIA EM CONTEXTO DE MUDANÇA: ENTRE A RESILIÊNCIA E A REFORMA

O Estado-providência ocupa um lugar central no debate público e político e na investigação científica nas áreas da economia, da sociologia ou das políticas públicas. Apesar de nas últimas décadas se multiplicarem discursos que apontam para a crise, falência ou desaparecimento e desmantelamento do Estado-providência, as dimensões de mudança parecem coexistir com importantes elementos de permanência (Esping-Andersen, 2000; Hemerijck, 2002; Pierson, 1995; 2001).

A pertinência da inclusão deste capítulo nesta tese prende-se com duas dimensões fundamentais: a necessidade de completar o quadro teórico das políticas públicas, apresentado do capítulo 1, desenvolvendo agora os debates, as teorias e os conceitos que têm marcado a reflexão e a investigação no âmbito do Estado-providência e das suas transformações a partir do final dos anos 80 do século XX; e a necessidade de descrever o pano de fundo que marca as transformações que adiante explicitaremos ocorridas nas duas áreas das políticas públicas que aqui abordamos e que desenvolveremos nos capítulos seguintes: a saúde e a educação.

Esta pesquisa insere-se, assim, na linha de investigação que se debruça sobre as tendências recentes de transformação no Estado-providência, que destaca as pressões exógenas e as endógenas para a introdução de mudanças no desenho do Estado-providência, as tentativas de transformação mais significativa ou radical, bem como os elementos de permanência e continuidade nas funções sociais e as condições que justificam a resiliência do Estado-providência, no espaço do mundo ocidental em geral, e em Portugal em particular.

Neste segundo capítulo procuraremos, em primeiro lugar, explorar as pressões para a reforma do Estado-providência, identificando as pressões endógenas e as pressões exógenas; bem como desenvolveremos aquelas que são as principais forças de continuidade ou permanência dos sistemas. Finalmente, procuraremos enquadrar as reformas do Estado-providência, na tensão entre a resiliência e as pressões para a mudança, procurando tipificar os processos de mudança nas políticas públicas sociais e referindo-nos aos modelos de análise propostos por autores como Paul Pierson (1995, 2001), Anton Hamerijck (2002), Esping-Andersen (2000) ou Ferrera (2008), Rhodes (2000).

O enquadramento dos processos de mudança nas políticas públicas do Estado-providência que faremos neste capítulo servirá de guião e terá em conta a adaptação do quadro geral abaixo descrito às especificidades dos sistemas de saúde e de educação, aqui considerados enquanto subsistemas da componente dos serviços do Estado-providência, que adiante explicitaremos em maior detalhe.

Finalmente, deve realçar-se a necessidade de considerar que as especificidades dos sectores dos serviços no Estado-providência assentam não apenas nas similaridades e disparidades no que diz respeito às pressões para a reforma dos serviços públicos face às pressões que são descritas no plano

genérico do Estado-providência, mas também nas manifestas singularidades do sector dos serviços no que diz respeito à resiliência e dependência de trajetória. As singularidades do sector dos serviços nas tendências de permanência e continuidade decorrem principalmente da importância dos atores nos serviços públicos, nomeadamente dos profissionais dos serviços públicos, quando comparado com a importância dos atores nos quadros institucionais descritos na literatura do Estado-providência mais assente nas políticas de transferências.

2.1 As pressões para a reforma do Estado-providência

A literatura sobre Estado-providência organiza os fatores de pressões para a mudança ou para a reforma dos sistemas de proteção social em dois tipos: em primeiro lugar, as pressões que têm origem externa, que começam a dar sinais na sequência dos dois choques petrolíferos dos anos 1970; em segundo lugar, as pressões que decorrem de mudanças internas nas economias e nas estruturas sociais nacionais, e que também elas emergem enquanto problema no final dos anos 1970. Conforme resume Ferrera (2008):

> Para o Estado-providência, os últimos 30 anos testemunharam uma transição turbulenta da "Era do Ouro" da expansão para uma "Era de Prata" de austeridade permanente. Esta mudança tem sido o resultado de pressões externas e de transformações internas das economias nacionais e das estruturas sociais. A austeridade permanente implicou adaptações institucionais decisivas e tem sido acompanhada por uma "nova política", centrada numa pluralidade de estratégias de prevenção de "culpa" por parte dos partidos e dos governos (Ferrera; 2008:82).

A atual conjuntura no Estado-providência é, assim, marcada pelo fim de períodos continuados de grande crescimento económico, aliado ao crescimento da despesa – resultante de fatores como o envelhecimento da população, a multiplicação de medidas de proteção social, o desenvolvimento tecnológico e o alargamento dos cuidados de saúde e o peso das despesas sociais sobre os sistemas públicos – e a um cenário de fortes limitações ao crescimento da receita, por não ser viável aumentar progressivamente a carga fiscal, e pelo rácio progressivamente mais desfavorável entre contribuintes e beneficiários.

A conjugação destes fatores levanta problemas de sustentabilidade que têm sido apresentados como dimensões que impõem a mudança suave, a mudança radical ou desmantelamento do Estado-providência. Estas pressões para a mudança têm alimentado quer o trabalho científico, quer o debate político sobre Estado-providência. Nas últimas décadas, são explícitas as pressões em várias frentes sobre a arquitetura básica do Estado-providência. Estes fatores de pressão, de diferentes tipos, têm justificado que se fale da "crise" do Estado-providência, pelo menos desde a crise petrolífera de final dos anos 1970.

Na apresentação destes fatores procurar-se-á remeter simultaneamente para a literatura sobre o Estado-providência e para o exemplo específico dos sistemas de saúde e educação.

2.1.1 Pressões endógenas

Na apresentação de um artigo em que apresenta um estado da arte na reflexão em torno da passagem da ideia de ouro para as perspetivas de prata, Ferrera (2008) identifica os tipos de pressões internas e as principais investigações de referência em que essas pressões estão descritas e problematizadas:

> Estados-providência europeus começaram a ser afetados por uma série de desafios e dinâmicas internas (como o envelhecimento demográfico ou a transição pós-industrial) cada vez mais problemáticos. Os diagnósticos seminais desta dimensão interna da crise apareceram na segunda metade da década de 1970, tanto no campo conflitualista-pluralista (por exemplo, Flora, 1981) e um marxista-funcionalista (por exemplo, Gough, 1979, reproduzindo O'Connor, 1973). Durante os anos 80 e 90, o debate sobre "crise" tornou-se uma indústria em crescimento. (Ferrera; 2008:82)

Uma das principais pressões identificadas na literatura (Esping-Andersen, 1996, 2002; Ferrera, 2008; Pierson, 1995, 2000a; 2000b) é o fim do período de ouro de crescimento económico em que a maior parte dos modelos de Estado-providência foi concebida e desenvolvida. Trata-se da emergência de um período que Paul Pierson (1995; 2000) identificou como sendo um contexto de austeridade permanente, em que os desequilíbrios entre a receita (por força de uma economia a crescer menos e de níveis altos de desemprego) e a despesa (pelo declínio demográfico, pelo encarecer de alguns cuidados e pelos altos níveis de desemprego) são cada vez maiores, e em que a pressão do peso da despesa social no PIB aumenta progressivamente, atingindo um ponto-limite do esforço fiscal.

Outro dos fatores de pressão para a mudança é de ordem demográfica. Entre os anos 1970 e 2013 a esperança média de vida em Portugal passou de 67,1 anos, em 1970, para 80,7 anos, em 2015.[22] Tendo em conta que uma parte das prestações e serviços que constituem o Estado-providência respondem precisamente aos riscos de envelhecimento, é muitíssimo forte a pressão financeira que o aumento da esperança média de vida conjugado com uma baixa da taxa de fecundidade representa para a sua sustentabilidade.

Trata-se, neste caso, de um fator de pressão sobre o Estado-providência em geral, e sobre os sistemas de saúde em particular, provocados pelo seu próprio sucesso. De registar que, no que aos cuidados de saúde diz respeito, a pressão originada pelo envelhecimento da população é reforçada, porque não só está em causa um maior número de beneficiários e menor número de contribuintes, como também o crescimento de custos decorrente do aumento das doenças crónicas, do maior

[22] INE, consultado a 2 de julho de 2023.

número de anos de vida sujeitos a tratamento médico e do desenvolvimento das tecnologias de saúde, tanto ao nível do diagnóstico, como terapêutico e farmacológico.[23]

Além da baixa na taxa de fecundidade, outros fatores relacionados com a organização familiar contribuem como fator de pressão sobre o Estado-providência; desde logo, a mais frequente recomposição familiar e enfraquecimento das redes de apoio familiar aumentam a pressão sobre os apoios sociais organizados pelo Estado. O desenvolvimento de novas áreas de articulação entre os cuidados de saúde e as medidas de proteção social na velhice, como a rede de cuidados continuados, são um bom exemplo desta pressão.

Existem ainda fatores de pressão relacionados com o mercado de trabalho. O surgimento do Estado-providência ocorre num contexto de pleno emprego, ou de potencial pleno emprego, que foi substituído por ciclos longos de desemprego alto, com formas progressivamente mais precárias de participação no mercado de trabalho.

Outra das transformações relevantes em relação ao momento de criação e desenvolvimento do Estado-providência é a de se viver atualmente num mercado de trabalho muito assente no sector dos serviços. As alterações ao mercado de trabalho, nomeadamente as que estão relacionadas com a sua terciarização, têm como consequência o chamado "trilema da terciarização", em que os objetivos de crescimento do emprego, equidade salarial e contenção de custos estão em conflito. Ou o emprego é público e se sobem os salários, prejudicando a contenção orçamental, ou é privado e o emprego desce e a equidade diminui, de acordo com Iversen & Wren (1998), citados por Hemerijck (2002).

No caso específico da saúde, este fator – o do crescimento continuado da despesa – é agravado por dois elementos essenciais que diferem (ainda que acentuando o elemento de pressão) do que vemos descrito na literatura sobre a componente de prestações e transferências sociais do Estado-providência.

O primeiro fator prende-se com os custos dos recursos humanos e a crescente especialização das profissões médicas e paramédicas. O segundo fator relaciona-se com o peso crescente das tecnologias em saúde e o alargamento substancial das suas utilizações (incluindo aqui as tecnologias no seu sentido mais restrito, incluindo meios complementares de diagnóstico e terapêutica, mas também os medicamentos, vacinas, etc.), mudança com fortes impactos ao nível da despesa. O peso que este sector em particular tem resulta, não só de uma pressão financeira, mas de uma pressão económica decorrente da proximidade entre o sector farmacêutico e o sector financeiro. Esta é, aliás, uma das principais

[23] Pita Barros (1999; 2012), reconhecendo o papel do envelhecimento populacional no aumento da despesa em saúde, recorre a um conjunto de estudos empíricos para demonstrar que o peso do fator envelhecimento populacional no aumento da despesa em saúde é claramente menos significativo do que o de fatores como a inovação tecnológica. Segundo o autor, os desafios do envelhecimento demográfico para a saúde são mais o da diversificação de respostas do que o do aumento da despesa, já que este ocorre de facto no final da vida, mas independentemente do momento em que o final de vida ocorre.

especificidades do sector da saúde que referimos no capítulo 1, já que introduz um conjunto de atores com muito poder de influência junto das esferas de decisão política.

Este desequilíbrio resultante do aumento continuado de despesa, ao mesmo tempo que são crescentes as dificuldades em assegurar o correspondente aumento da receita, levanta enormes problemas de sustentabilidade que têm alimentado quer o trabalho científico quer o debate político sobre Estado-providência nas últimas décadas: "a continuidade de níveis baixos de crescimento, conjugada com os desafios da criação de emprego no sector de serviços, o envelhecimento da população e os compromissos pesados de políticas já existentes já estão a gerar pressões intensas" (Pierson, 2001).

Um dos problemas principais é, portanto, de divergência entre as condições em que os programas do Estado-providência foram desenhados e as condições atuais para a sua implementação, como afirma Esping-Andersen:

> Os problemas "endógenos" do Estado-providência assentam na crescente discrepância entre desenho do programa existente e as necessidades sociais. O estado de bem-estar contemporâneo procura responder a uma ordem social passada; os seus ideais de universalismo e igualdade surgiram por referência a uma classe operária industrial relativamente homogénea (Esping-Andersen, 1996:9).

2.1.2 Pressões exógenas

Além das pressões endógenas, a literatura sobre Estado-providência identifica um conjunto de pressões exógenas, das quais destacamos as que se prendem com o processo de globalização e as que decorrem, em países europeus, como Portugal, do processo de europeização.

As pressões resultantes do processo de globalização centram-se nos efeitos da globalização económica e no imperativo de competitividade resultante da maior interdependência económica que dinamizou políticas que visassem explorar as vantagens competitivas e a diminuição dos custos salariais. Isto significa que podemos identificar uma mudança de prioridades das políticas nacionais da redistribuição e pleno emprego para políticas monetaristas (controlo da inflação, nova gestão cambial e políticas orçamentais restritivas). Esta realidade é particularmente significativa na Europa e no contexto pós-Maastricht, com as obrigações estipuladas nos Programas de Estabilidade e Crescimento.

As dimensões de europeização das políticas públicas do Estado-providência (bem como na generalidade da política orçamental e do mercado de trabalho foram ainda mais visíveis e impositivas durante o período de assistência financeira (2011-15) "Verificou-se uma mudança qualitativa no modo de imposição da restrição externa, agora mais intrusiva e abrangente, mas também com uma orientação política clara: desvalorização interna, procurando impulsionar as exportações através da

competição baseada nos custos (empobrecimento competitivo). (Branco e Silva; 2024:34). Nas palavras de Moreira e Glatzer (2023):

> (...) a resposta da troika (a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional), liderada pela Alemanha e por outros países credores, à crise da dívida soberana deslocou o centro de decisão política para cima, para o nível europeu. Em troca dos resgates, a troika impôs condições onerosas de consolidação fiscal, assim como a liberalização do mercado de trabalho português (Moreira e Glatzer, 2023:519)

Nos países da União Europeia podemos identificar um outro processo, distinto da globalização, que é o da europeização, que poderíamos definir como o processo de construção, difusão e institucionalização de regras e procedimentos (mais ou menos formais) bem como de paradigmas, discursos e quadros cognitivos nascidos no quadro da definição de políticas europeias que são posteriormente incorporados nas políticas e nos discursos nacionais. (Radaelli; 2004).[24] De notar que neste conceito de europeização estão incluídas quer as transferências formais de poder de decisão (por exemplo, o pacto de estabilidade impõe um conjunto de regras para a política económica de cada país), quer de processos mais informais de difusão e convergência de políticas (de que podem ser exemplos a introdução de mecanismos de parceria entre Estado e mercado para a criação de equipamentos públicos, como as chamadas parcerias público-privadas ou, noutro campo, a convergência de políticas que decorre da difusão de boas práticas verificadas em países que melhoraram ou alcançaram bons resultados em avaliações internacionais, como aconteceu com a Finlândia, no caso da educação).

O peso efetivo destas pressões exógenas não é consensual e muitos autores, como Ferrera, Hemerijck & Rhodes (2000), continuam a defender a centralidade do Estado-nação na definição de políticas públicas. Estes autores apresentam a existência e permanência de vários tipos de Estado-providência, de diferentes estratégias de mudança e o facto de alguns países vizinhos e sujeitos às mesmas pressões externas terem evoluído para modelos de Estado-providência diferentes como demonstração de que as pressões internas e as características político-institucionais nacionais se sobrepõem às forças da globalização e da europeização.

A influência internacional não se esgota nas forças impostas pela globalização, nem pela pressão resultante da União Europeia e das suas instituições. Especificamente no que diz respeito às políticas de saúde, diversas organizações internacionais têm influenciado fortemente as políticas de saúde. Os trabalhos da OCDE, do Banco Mundial e da Organização Mundial de Saúde, desde há décadas, desenvolvem relatórios que tipificam e avaliam os sistemas de saúde dos vários países segundo um conjunto

[24] O papel específico do processo de alargamento da União Europeia poderia merecer uma reflexão própria, especialmente porque as fases mais recentes dessa alargamento se fizeram com Estados-membros que saíram recentemente de um tipo de relação Estado *vs* mercado substancialmente distinta daquela que foi a matriz fundadora da União Europeia.

de categorias que marcaram a agenda de mudança nas políticas de saúde: a equidade, a eficiência económica, a eficiência técnica e o estado de saúde das populações.

O mesmo acontece no que diz respeito à educação. A OCDE, o Banco Mundial e a União Europeia têm desenvolvido um conjunto de recomendações políticas no sentido de alargar progressivamente a escolaridade, comparar performances e resultados e medir níveis de proficiência nas principais áreas curriculares, mas também no desenvolvimento e propagação das teorias que ressalvam as vantagens individuais de uma qualificação mais longa.

2.2 As forças de continuidade e a resiliência do Estado-providência

Apesar das pressões a que está sujeito e de se anunciar há várias décadas a crise e o fim do Estado-providência tal como o conhecemos, a verdade é que não assistimos a mudanças radicas e estruturais no desenho do nosso Estado-providência e que, apesar das tentativas de redução do seu peso financeiro, os beneficiários e a despesa social do Estado continua a crescer, ainda que a ritmos diferenciados.[25]

Diversas investigações empíricas (Pierson, 1995; Esping-Andersen, 1996, 2000) demonstram a resiliência do Estado-providência enquanto o conhecemos, mesmo em momentos em que estiveram no governo partidos com programas que assumidamente pretendiam reduzir o peso das funções sociais do Estado. Nas palavras de Esping-Andersen, estamos na presença de um Estado-providência congelado:

> Na maioria dos países o que vemos não é uma mudança radical, mas sim um cenário de Estado-providência "congelado". A resistência à mudança é expectável: as políticas há muito estabelecidas institucionalizam-se, e cultivam interesses estabelecidos na sua perpetuação (Esping-Andersen; 1996:24).

Que fatores contribuíram para este "congelamento"? Que fatores contrariaram as pressões endógenas e exógenas e contribuíram para a estabilidade de uma instituição com o "fim anunciado" há tanto tempo?

Paul Pierson tem contribuído significativamente para a resposta às questões identificadas desde que centrou, em 1994, a sua tese de doutoramento no estudo das políticas implementadas pelos governos liderados por Ronald Reagan e Margaret Thatcher. No seu trabalho, clara e assumidamente inserido na abordagem institucionalista, o autor identifica dois tipos de fontes principais para a resiliência política do Estado-providência: os incentivos eleitorais associados às várias medidas; e a rigidez institucional que reduz o espaço institucional para a mudança. "Juntos, esses fatores têm criado

[25] A evolução recente destes dados, posterior à crise iniciada em 2008, sofre, naturalmente, dos múltiplos impactos dessa crise, os quais não estão ainda estabilizados.

enorme resiliência ao longo destas duas décadas de "crise" do Estado-providência" (Pierson, 2001:277).

Na base do argumento dos incentivos eleitorais está a popularidade que os diversos programas do Estado-providência têm junto dos eleitores e os custos políticos e eleitorais de medidas de retração das funções sociais do Estado. Um dos fatores mais comummente apresentados como justificação para esta popularidade é o número muito significativo (e crescente) de beneficiários dos vários programas e medidas de proteção social e do emprego público. Programas universais, como o serviço nacional de saúde, aumentam ainda mais a base de apoio ao Estado-providência e a resistência a programas de desmantelamento ou redução da sua abrangência.

No entanto, os defensores do Estado-providência não se resumem àqueles que têm um interesse direto nas suas vantagens: "O apoio popular geralmente parece estender-se bem além dos limites do mero autointeresse económico" (Pierson; 2001: 275). Coexiste com este interesse direto a ideia, também popular, de cobertura do risco futuro (potenciais clientes), bem como a ideia mais abrangente de que o Estado-providência é um garante de estabilidade social e um elemento essencial dos direitos de cidadania.

Para Paul Pierson, a popularidade do Estado-providência e a ação daqueles que procuram preservar os seus direitos adquiridos não são suficientes para explicar a resiliência do Estado-providência. O autor identifica um conjunto de fatores institucionais a que chama rigidez institucional (*institucional stickiness*), que são, no fundo, a resistência e rigidez do sistema político existente. O autor identifica essencialmente duas dimensões desta rigidez: os pontos de veto e a dependência de percurso ou de trajetória *(path dependence*).

A primeira dimensão desta rigidez é simples de compreender: os sistemas políticos incluem normalmente pontos de veto, isto é, pontos em que é possível revogar ou impedir uma decisão emanada pelo poder executivo ou legislativo (o Presidente da República, o Tribunal Constitucional, o referendo são exemplos de ponto de veto comuns nas democracias ocidentais). Estes pontos de veto implicam, no fundo, que as medidas tomadas sejam apoiadas por mais do que os 51% necessários para obter uma maioria governativa ou parlamentar, ou seja, exigem que as medidas sejam mais consensuais do que seria necessário se dependessem exclusivamente do poder eleito.

O conceito de dependência de percurso ou de trajetória é mais complexo e é um dos maiores contributos da análise institucionalista das políticas públicas. O que está em causa é a existência de limitações à introdução de mudanças, limitações essas que são provocadas por decisões tomadas no passado. Ou seja, determinado tipo de opções tomadas, de caminhos seguidos, condicionam as decisões futuras por tornarem demasiado elevados (ou mesmo impossíveis) os custos de saída. Um exemplo clássico deste fenómeno é o do sistema de saúde nos Estados Unidos; em que o modelo vigente, muito assente em seguros de saúde, tornou inviável a transferência para um modelo de serviço

nacional de saúde, apesar de essa ter sido a opção programática do presidente Bill Clinton no início da década de 1990 (Skocpol, 1997).

É importante esclarecer que não se trata de considerar que existe um elemento determinante que impeça a mudança, mas apenas de uma limitação à mudança, uma diminuição da sua amplitude ou do ritmo a que esta ocorre: "Uma vez que este ponto é muitas vezes mal interpretado, deve sublinhar-se que o argumento não é que a dependência de trajetória 'congela' as soluções vigentes. A mudança continua, mas é uma mudança limitada" (Pierson, 2001).

Pierson representa graficamente a forma como a mudança política radical que alterasse significativamente o desenho do Estado-providência se encontra fortemente limitada. A reta aqui apresentada, proposta pelo autor, representa o espaço institucional viável para a mudança significativa de políticas:

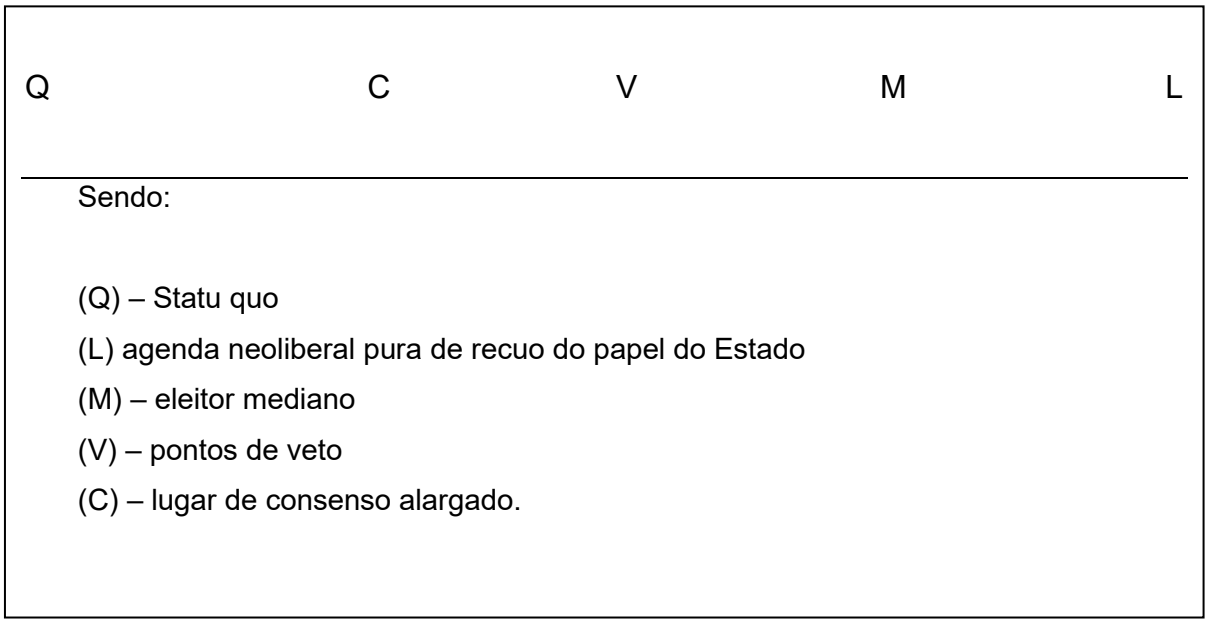


Figura 2.1 Reta de Pierson

Fonte: Paul Pierson (2001).

Segundo o autor, os governos recuam de (L) para (M) por necessidade eleitoral, recuam para (V) para evitar os pontos de veto, e recuam de (V) para (C) para alargar a sua base de apoio, construindo consensos mais alargados. Assim, o espaço institucional viável para reformas diminui-se muito e fica, no fundo, limitado à distância entre (C), o ponto de consenso alargado e (V), o ponto de veto institucional.

Assim, os argumentos centrais nas perspetivas que sublinham a resiliência do Estado-providência e que aqui importa reter remetem para três dimensões analíticas fundamentais. Em primeiro lugar, a resiliência do Estado-providência resulta de fatores associados aos custos associados às transições de modelos (ver Heclo, 1995; e Skocpol, 1997, sobre a reforma da saúde nos Estados Unidos); em segundo lugar, elementos mais gerais de rigidez institucional do sistema, que resiste a transformações radicais

e promove mudanças suaves dentro do quadro vigente (ver Pierson, 1995); Tuohy, 1999; e Archer, 1979); e, finalmente, os elementos que remetem para as causas que resultam do sucesso do próprio sistema de proteção social, que dificulta a mudança, tanto aos olhos da opinião pública, como de muitos dos atores envolvidos (ver Tsebelis (2000) sobre pontos de veto formais e informais e Immergut (1992) sobre a características institucionais formais dos sistemas políticos que impedem a mudança nos sistemas de saúde).

2.3 A mudança possível num cenário de continuidade das políticas

Vários autores tentaram superar a hegemonia das teorias baseadas no conceito de dependência de percurso. Estas abordagens aceitam a ideia de que a permanência é a regra e explicam essa permanência, como fazem os defensores da dependência de percurso, com a rigidez ou atrito institucional. Porém, complementam essa análise das dinâmicas de continuidade com o estudo dos momentos de mudança. Nas teorias do equilíbrio pontuado (Baumgartner & Jones, 1993; Jones & Baumgartner, 2005, True, Jones & Baumgartner, 2007) as mudanças ocorrem periodicamente e geram novos equilíbrios igualmente duradouros.

O modelo desenvolve-se na busca da explicação destes momentos – pontuados – de mudança, procurando explicar como surgem estas dinâmicas de mudança de larga escala. Para tal, propõe dois conceitos; o conceito de imagem política e o conceito de subsistema político.

O conceito de imagem política, apresentado por estes autores como elemento crítico da sua abordagem, corresponde à perceção construída pela comunidade de um determinado assunto. Quando a imagem política é assumida do mesmo modo de forma alargada e consensual constitui-se um monopólio político e os sistemas políticos tendem para a estabilidade. Quando se constituem imagens divergentes relativamente a um tema, abre-se a possibilidade de diferentes atores políticos lutarem pelas suas ideias e de se gerar uma disputa capaz de alterar as políticas.

O conceito de subsistema político, por seu lado, remete para as comunidades de especialistas que, na incapacidade dos governos para lidarem com as questões que não estão na ordem do dia, assumem a tarefa de processar os problemas políticos, de os colocar no debate público, na agenda política. Para Baumgartner & Jones, o subsistema político permite o desenvolvimento de informação e argumentos enquanto eles ainda não estão na esfera macropolítica (Araújo e Rodrigues, 2017:25).

Carsten Jensen (2009) procura aplicar o modelo do equilíbrio pontuado ao debate sobre o Estado-providência, rejeitando a oposição entre dependência de percurso e transformação política, apresentando-a como uma teoria de estabilidade e de mudança (Jensen, 2009:293). Partindo da pergunta de investigação se a teoria do equilíbrio pontuado tinha aplicação de tipo inovador nos estudos do Estado-providência, Jensen, na sua análise de resultados, identifica diferenças fundamentais entre políticas,

descrevendo processos mais incrementais no caso das pensões de reforma, confirmando a abordagem teórica de Pierson e um comportamento diferente no caso do subsídio de desemprego.

Streeck & Thelen (2005) dedicam-se também a estudar a mudança institucional nas sociedades contemporâneas. Para estes autores, há um processo de mudança nas sociedades contemporâneas – a *liberalização* – que é simultaneamente incremental e transformador e é no quadro desse processo de mudança que constroem a sua tipologia.

Se, por um lado, para exemplificar as forças de continuidade, temos os conceitos de *path dependence* ou de ponto de veto; temos, do lado oposto, e como se explorará adiante, um conjunto de conceitos que nos permitem tipificar os processos de mudança nas políticas públicas. Referem-se, desde já, dois: o de transferência de políticas e o de aprendizagem política ou social.

O conceito de transferência de políticas centra-se no como e porquê de os governos adotarem cada vez mais as ideias, exemplos ou experiências uns dos outros na formulação de novas políticas domésticas, procurando no tempo e no espaço políticas, medidas, estratégias ou outros elementos que suportem o desenho das suas próprias reformas ou programas. Este conceito cobre, portanto, diferentes dimensões. De forma mais estruturada, importando instrumentos de política – de que o caso das parcerias público-privadas (PPP) são um bom exemplo; ou através de processos de contaminação de quadros cognitivos – de que os mecanismos da "nova gestão pública" são ilustrativos. De um modo global, a verdade é que tanto os momentos de construção inicial dos sistemas como os processos de mudança nas políticas públicas apoiam-se muito nas mudanças efetuadas noutros países (no caso da saúde e da educação, como veremos de seguida, a inspiração e a transferência de políticas tem sido um elemento muito visível e muito estudado.

O conceito de aprendizagem social pode considerar-se como força oposta à da dependência de percurso, uma vez que representa a forma como o percurso contribui para a mudança (e não para a continuidade), a forma como o passado influencia as mudanças políticas, mas desta feita incentivando-as e não resistindo.

Peter Hall (1993) define aprendizagem das políticas (ou aprendizagem social) como "uma tentativa deliberada de ajustar as metas ou os instrumentos de políticas públicas à luz da experiência passada ou da informação adquirida, a aprendizagem ocorre quando mudanças políticas resultam de tal processo" (Hall, 1993:278). Este autor representa a aprendizagem das políticas em três tipos: a aprendizagem das políticas de primeira ordem, quando está em causa a mudança/atualização dos instrumentos, mantendo os objetivos; e a aprendizagem das políticas de segunda ordem, quando está em causa a mudança de instrumentos, corrigindo decisões/experiências passadas; e, finalmente, a aprendizagem das políticas de terceira ordem, quando estamos perante uma mudança de paradigma nas políticas públicas definidas.

Béland & Howlett (2016) apresentam uma crítica à forma como o institucionalismo, em particular o institucionalismo histórico, se centra excessivamente na ideia de permanência e desenvolve pouco os instrumentos analíticos dos processos de mudança. Propõem uma forma de conciliar as teorias do institucionalismo histórico com as perspetivas de análise da mudança das ideias e do agendamento, nomeadamente a proposta de *multiple streams framework*, de John Kingdon (2002[1984]). Apesar de não se enquadrar na abordagem institucionalista, a forma como aborda o surgimento de novas políticas (ideias ou resposta aos problemas) pode, no entender de Béland & Howlett, ser combinado com a análise do institucionalismo histórico. Na proposta de Kingdon, "Os desenvolvimentos na esfera política são determinantes nos processos de agendamento politico. Um novo governo altera a agenda política em função das suas conceções dos problemas e das suas propostas" (Kingdon, 2002:198). O modelo apresentado por este autor baseia-se na identificação de três fluxos autónomos no processo político: o fluxo do problema, o fluxo das políticas e o fluxo da política. Quando estes três fluxos convergem para a tomada de decisão, para a mudança política, abre-se uma janela de oportunidade que faz aumentar a probabilidade de resolução de um determinado problema: "Mas o alinhamento completo dos três fluxos aumenta drasticamente as probabilidades de um assunto se fixar firmemente na agenda de decisão" (Kingdon, 2002:202).[26]

Por outro lado, as mudanças implementadas no Estado-providência, e mesmo a incidência de diferentes fatores de pressão para a sua existência, não são idênticas em todos os países. Um dos adquiridos na literatura sobre o Estado-providência e sobre os regimes de proteção social (tal como, aliás, nos debates sobre o Estado e o capitalismo (cf. Hall e Soskice; 2001) é a diversidade de modelos e configurações de que este se pode revestir. Nesse quadro, faz todo o sentido perspetivar as mudanças possíveis (e reais) do Estado-providência também a partir de uma análise do que estas significam em quadros – institucionais, ideológicos e políticos – de partida muito distintos.

Assim, apesar da resiliência do Estado-providência, que acima foi descrita nos seus fatores fundamentais, o Estado-providência não permanece imutável. A inexistência de mudanças estruturais ou a resistência a tentativas de desmantelamento não significa que não se observem mudanças, e até mudanças significativas. Conforme referem Ferrera, Hemerijck & Rhodes (2000):

> Na realidade está claramente em curso uma dinâmica de mudança institucional (…) muitas configurações dos instrumentos tradicionais sofreram alterações (como sejam as regras de elegibilidade ou as fórmulas dos benefícios); os instrumentos mais antigos foram abandonados (como, por exemplo, as indexações automáticas), em detrimento de outros, entretanto adotados (por exemplo, os seguros de dependência) (Ferrera e Hemerijck & Rhodes, 2000:100).

[26] Paul Sebatier (1991) critica esta perspetiva de Kingdon, por considerar que ela é demasiado apolítica ("negligenciando o papel da análise das coligações de interesses [advocacy], coloca demasiada distância entre a vertente das 'políticas' e da 'política e não descreve o processo depois de aberta a janela de oportunidade.

Trata-se, portanto, de rejeitar a ideia de uma mudança profunda, reconhecendo a importância dos fatores de permanência que decorrem da dependência de percurso, assinalando que, apesar desse traço geral de continuidade, as mudanças ocorrem, através da reformulação e das pequenas correções:

> Vivemos num mundo de dependência de trajetória, e uma mudança radical no Estado-providência europeu está institucionalmente afastada. O desafio é não tanto desenhar, em abstrato, uma arquitetura do Estado-providência completamente nova, mas antes reformular as políticas sociais e económicas vigentes de forma a torná-las mais eficazes na resposta aos novos desafios das economias pós-industriais. (Hemerijck, 2002:39)

Apesar do reconhecimento que faz das variáveis institucionais e da resiliência do Estado-providência, Hemerijck (2002) vem, nos últimos anos, rebatendo progressivamente abordagens que se concentrem apenas da dimensão de continuidade. Em resposta a Pierson, Hemerijck alega que, mesmo considerando a tendência geral de crescimento dos níveis de despesas sociais em percentagem do PIB entre 1980 e o início de 2000 em todos os países da OCDE descrita por Pierson, a conclusão de que a continuidade institucional é a ideia que melhor captura a dinâmica de desenvolvimento do Estado-providência desde o final da década de 1970 não é adequada:

> É bem possível que as inovações em domínios políticos adjacentes ao seguro social possam ser muito eficazes na redução dos novos riscos sociais. Pesquisa cumulativa sobre o seguro social tem certamente aprofundado a nossa compreensão sobre as duas décadas passadas. Mas deixando de considerar a forma como os programas de seguro social estão relacionados e interagem com disposições económicas e de políticas sociais mais amplas pode muito bem fazer perder de vista mudanças políticas públicas significativas no Estado-providência, ao longo do recente período de rápida reestruturação económica e social noutros domínios políticos relevantes. O Estado-providência é mais do que o "estado do seguro social" (Hemerijck, 2011:7-8).

Ou seja, Hemerijck, reconhecendo a validade e o potencial explicativo das abordagens do institucionalismo histórico e assumindo como válidas as análises que destacam o progressivo aumento da despesa pública em funções sociais, a continuidade da generalidade dos programas de proteção social e até o surgimento de novos programas e do alargamento de eventualidades cobertas, questiona a tendência para uma excessiva concentração nessas tendências que amplifica a perceção de continuidade e que tem o potencial de ocultar as dimensões em que a mudança tem sido significativa. Como afirma este autor num artigo em que responde diretamente a Paul Pierson:

> Por detrás da estabilidade da despesa pública em funções sociais e da retração apenas moderada no pacote de benefícios e nas taxas de substituição, o Estado-providência experienciou, no meu entender, uma profunda transformação institucional (Hemerijck, 2011:8).

2.3.1 A análise da mudança no Estado-providência

Regressando a Paul Pierson, a mudança nas políticas de proteção social pode ser descrita e estudada em três dimensões distintas: o processo de remercadorização, a contenção de custos e a recalibragem. "Em vez disso, a partir das perspetivas dos atores proeminentes no processo de reforma, podemos pensar sobre a mudança em três dimensões: remercadorização, contenção de custos e recalibragem" (Pierson, 2001:279).

Com o conceito de remercadorização, Pierson remete para uma oposição ao conceito de desmercadorização de Esping-Andersen (1992), que se referia a uma independência das prestações sociais face à participação no mercado de trabalho. Trata-se, pois, de reverter a relação de algumas políticas, apertando as regras de elegibilidade ou reduzindo alguns benefícios, afastando-as do domínio dos direitos e voltando a relacioná-las com a participação no mercado de trabalho, limitando o acesso a determinados benefícios.

Em segundo lugar, Pierson identifica a contenção de custos. No caso, trata-se de um conjunto de medidas que procuram dirigir-se especificamente às pressões que decorrem da "era de austeridade permanente" que descreve mudanças mais imediatas com o objetivo de reduzir o défice ou a dívida pública.

Finalmente, o autor identifica as mudanças que são enquadráveis no processo de recalibragem, o conjunto de mudanças de adaptação do Estado-providência às atuais condições económicas e sociais, ou seja, tentando superar a desadequação entre o modelo criado nos anos dourados de crescimento e o modelo económico e social vigente.

Podemos identificar, segundo Pierson, dois tipos de mudança enquadráveis no conceito de recalibragem: a recalibragem através da racionalização, quando estão em causa mudanças nos programas existentes, mantendo os objetivos; por exemplo, condicionando os apoios ou os serviços à condição de recursos do beneficiário); e a recalibragem através da atualização, quando se desenham novas medidas que procuram responder a novos problemas, como o desenvolvimento de medidas que favoreçam a natalidade, ou medidas que especificamente procuram responder aos desafios do envelhecimento populacional.

Hemerijck recorre igualmente ao conceito de recalibragem para descrever a forma como o Estado-providência se tem transformado apesar da sua resiliência, no entanto, Hemerijck propõe uma reformulação e densificação do conceito de recalibragem. Em primeiro lugar, o autor rejeita a tipologia tripla proposta por Pierson – remercadorização, a contenção de custos e a recalibragem – por considerar que estes processos são difíceis de destrinçar numa análise empírica, considerando que o conceito de recalibragem pode servir para descrever todos os processos de mudança.

Para Hemerijck (2013), o conceito de recalibragem deve ser mais inclusivo de modo que possa descrever todos os processos de reconversão institucional (Hemerijck, 2013: 105-111). Para esse efeito, o autor desenvolve quatro tipos de recalibragem:

i. Funcional – ações de reequilíbrio dentro e transversais às funções de proteção social, de forma que se responda às mudanças na natureza dos riscos sociais e dos tipos de intervenção necessária. Neste tipo de recalibragem são fundamentais o *policy feedback* e o papel dos peritos e das instituições internacionais na identificação das transformações, dos novos riscos e das novas necessidades.
ii. Normativa – ações que envolvem mudanças no quadro cognitivo, nas orientações normativas, no quadro de valores, na dimensão simbólica e no discurso político. São especialmente, neste tipo de recalibragem, relevantes os atores que lideram as disputas entre valores contraditórios "em competição" e a capacidade que estes têm de "generalizar" o quadro de valores que defendem.
iii. Institucional – ações que incluem mudanças no desenho das instituições, na atribuição de papéis e responsabilidades, nos quadros de tomada de decisão, Este tipo de recalibragem inclui processos diversos: recalibragem vertical (processos de descentralização, desconcentração e de delegação de competências), recalibragem horizontal (incluindo parcerias com instituições não estatais, comunidades e participação dos utentes e das famílias) e os processos de reconfiguração institucional, que resultam da europeização, e que significam perda de poder por parte dos Estados para uma instância de governo de nível superior, ainda que no caso das políticas sociais ocorra de forma mais incipiente, através de estratégias como o método aberto de coordenação.
iv. Distributiva – ações que buscam o reequilíbrio na proteção social com o objetivo de atenuar diferenças entre grupos sociais, tendo em conta a correção de desigualdades na distribuição dos benefícios, o seu direcionamento para aqueles que mais precisam e os interesses de longo-prazo da sociedade.

Analisadas as forças de resiliência e continuidade e as forças de pressão e de mudança no Estado-providência, em sentido lato, durante as últimas décadas, revela-se importante aprofundar esta análise, procurando apurar se, nas duas áreas das políticas públicas sobre as quais aqui nos debruçamos – a educação e a saúde –, e que muitas vezes têm estado ausentes do debate teórico sobre o Estado-providência, se replicam tendências semelhantes de mudança e permanência, descritas neste capítulo, ou se, pelo contrário, se manifestam diferenças ou especificidades relevantes que devam ser tidas em conta numa análise aprofundada relativa às mudanças concretas nas políticas públicas de saúde e de

educação, entre 1974 e a atualidade, nomeadamente quanto ao equilíbrio entre público e privado nestas duas áreas.

3. A ESPECIFICIDADE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS NO ESTADO-PROVIDÊNCIA: OS CASOS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE

Depois de enquadrar o debate em torno da sustentabilidade, das pressões para a mudança e dos impulsos de permanência no Estado-providência, procurar-se-á neste capítulo aprofundar este debate, aplicando-o aos casos específicos da educação e da saúde. Antes disso, torna-se necessário discutir em que termos é que estes dois sistemas – de saúde e educação – são enquadráveis neste debate, discussão que se mostra particularmente relevante quando constatamos a ausência destes dois sistemas das obras fundamentais que marcam o debate relativo à sustentabilidade, mudança e permanência que descrevemos no capítulo 2.

A noção de que os sistemas de saúde e de educação estão integrados no conceito geral de Estado-providência não é consensual. No entanto, a consulta das obras publicadas pelos principais autores que estudaram o Estado-providência é suficiente para concluir que, em todas as definições apresentadas, são incluídas diferentes dimensões de proteção social: dimensões de proteção perante riscos como o desemprego ou a velhice, dimensões que garantem mínimos sociais e que têm como função relevante o combate à pobreza e dimensões que asseguram, de forma universal, a prestação de um conjunto de serviços:

> Dito simplesmente, o princípio geral por trás do Estado-providência era que os governos podiam e deviam assumir a responsabilidade de manter um mínimo decente de condições de vida de todos os cidadãos. Isto implicava um ataque em três frentes às carências e dependências. Primeiro, significava a regulação da economia de mercado, de forma a manter um nível de emprego alto e estável. Em segundo lugar, significava a prestação pública de uma série de serviços sociais universais, nomeadamente educação, segurança social, assistência médica e habitação, e um conjunto de serviços sociais pessoais, de forma a satisfazer as necessidades básicas dos cidadãos numa sociedade complexa e em mutação. A universalidade dos serviços sociais era um princípio importante que implicava destinarem-se os serviços de Estado a todos os cidadãos e não apenas à população de baixos rendimentos. Em terceiro lugar, havia uma "rede de segurança" de serviços de assistência, baseada numa comprovação de falta de rendimentos ou de meios para enfrentar casos excecionais de necessidade ou aliviar a pobreza. Estes três dados – pleno emprego, serviços sociais universais e assistência social – davam expressão concreta à ideia de responsabilidade coletiva de manutenção de um padrão mínimo nacional de condições de vida, como questão de justiça social. Em suma, neste sentido, o Estado-providência institucionalizava o papel do governo na prevenção e alívio da pobreza e na manutenção de condições de vida minimamente adequadas para todos os cidadãos. Isto implicava uma intervenção ativa e permanente por parte da nação – isto é, do governo – para evitar as desigualdades (Mishra, 1995: 21-22).

É defendido por muitos autores, como se verá adiante, que a saúde e a educação são dimensões básicas da definição dos padrões de bem-estar e são, no discurso político, normalmente associadas ao grande grupo das políticas sociais. Aliás, do ponto de vista histórico e fundador, basta lembrar que ambas estão entre as cinco áreas fundamentais de serviços definidas por Beveridge (1942) em que o Estado deveria assumir responsabilidade.

Apesar do reconhecimento de pertença da saúde e da educação a uma descrição genérica de Estado-providência, a verdade é que estes sistemas ocuparam um lugar menor na análise de autores fundamentais para os debates contemporâneos sobre o Estado-providência. Por exemplo, Esping-Andersen, autor central nas polémicas científicas sobre Estado-providência, abordou sempre mais profundamente a componente das transferências e menos a dos serviços do Estado-providência (Jensen, 2008).

A presença dos serviços públicos na literatura sobre Estado-providência ocorre, segundo Jensen (2008), de duas formas: em primeiro lugar, no tratamento específico de um determinado sector – a saúde ou os cuidados com as crianças ou os idosos, por exemplo – de que são exemplo as análises centradas nos serviços de ação social de Anttonen & Sipilä (1996), Anttonen & Baldock (2003), ou as análises centradas na saúde de Moran (2000) e Hacker (2004); em segundo lugar, este tipo de análise está presente como extensão dos modelos de análise centrados nas transferências, assumindo que o sector dos serviços teria características uniformes em relação ao sector das transferências, num dado país (ver especialmente o trabalho de Korpi (1998, 2000, 2003)). Estas análises acrescentam, aos estudos quantitativos centrados nas políticas de transferência, elementos das políticas de proteção social assentes na prestação de serviços públicos. Jensen (2008) propõe-se demonstrar a importância de se incluir a análise dos serviços públicos na construção de tipologias de Estado-providência, não apenas acrescentando estas dimensões, mas estudando as suas especificidades em relação às políticas assentes em transferências. No seu trabalho, apesar deste objetivo fundamental, o autor apenas inclui na sua análise os casos da saúde e da ação social.

A não inclusão das dimensões de serviços públicos nas abordagens é igualmente reproduzida nas abordagens das *Variedades do Capitalismo* (Hall & Soskice, 2001), que apesar de incluírem as questões da educação, as tratam de forma muito focada na formação profissional e na relação com as empresas, deixando igualmente os sistemas de saúde de fora da sua tipologia.

A conceção de que a análise dos sistemas de serviços públicos deve ser feita respeitando as suas especificidades e diferenças relativamente à análise sobre o Estado-providência aplica-se também à educação. Vários autores, como Heidenheimer (1981), Heclo (1985) e Castles (1989) consideram, em particular no que diz respeito à educação, que estes sistemas deviam estar sujeitos a uma análise diferenciada das restantes dimensões do Estado-providência, uma vez que a educação se assume não como parte integrante, mas sim como dimensão alternativa ao Estado-providência. Segundo estes

autores, através dos sistemas educativos procura-se a redução das desigualdades *ex-ante*, enquanto o Estado social atuaria *ex-post*, através das transferências sociais.

A inclusão da educação nos elementos centrais do Estado-providência nas pesquisas fundamentais sobre o tema é ainda mais rara e mais complexa do que a da saúde, apesar de contributos como o de T. H. Marshall (1964), que considera a educação um dos direitos sociais fundamentais:

> o direito à educação é genuinamente um direito social de cidadania, uma vez que o objetivo da educação durante a infância é para moldar o futuro adulto. De facto, a educação deve ser considerada não como o direito da criança a ir à escola, mas como o direito de o cidadão adulto ter sido educado (Marshall, 1964: 81-2).

Na investigação que aqui se desenvolve considera-se a educação, a saúde e as restantes dimensões da proteção social enquanto equivalentes funcionais, duas formas complementares de aprofundar o bem-estar, uma vez que o desenvolvimento do Estado-providência, dos sistemas de saúde e a generalização de sistemas de educação universais são coincidentes no tempo e se incluem, globalmente, num esforço de criação de uma sociedade coesa e mais independente das condições económicas dos cidadãos.

Esta abordagem é sustentada por um conjunto alargado de elementos que aproximam o caso dos serviços de educação e de saúde das restantes áreas do Estado-providência. Esses elementos são aqui organizados em diversas categorias analíticas: histórica, política, teórica, analítica e empírica:

- *Histórica*; os serviços de educação e saúde desenvolvem-se em simultâneo com as restantes respostas normalmente incluídas no conceito de Estado-providência, no período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial (cf. Beveridge (1942));
- *Política*; no sentido em que no conceito de Estado social (conceito que no diálogo político corresponde genericamente ao de Estado-providência) estão normalmente incluídas a saúde, a educação e a segurança social) e em que o direito à saúde e à educação são normalmente apresentados como dois dos principais direitos sociais;
- *Teórica;* tanto nas suas origens – relatório Beveridge (1942) – como nos desenvolvimentos fundamentais seguintes (Esping-Anderson, Castles, Pierson, Korpi) – estas áreas incluem-se entre as que são referidas ou trabalhadas pelos principais autores que se dedicam ao estudo do Estado-providência;
- *Analítica*; no sentido em que a estas áreas se aplicam os três critérios de análise de Esping-Anderson (1990): desmercadorização ("o grau segundo o qual aos indivíduos ou às famílias é possível manter um nível de vida socialmente aceitável, independentemente da participação no mercado" (Esping-Andersen, 1990: 37)), sistema de estratificação (todos os modelos de

proteção social conduzem a um determinado modelo de estratificação e redistribuição de recursos) e a relação entre diferentes combinações estado/mercado/família;

- *Empírica*; dada a coincidência temporal e de objetivos que, no momento mais significativo de definição das funções do Estado, a Constituição da República definida em 1976, são atribuídos ao sistema de educação e de saúde.

Um dos principais indicadores da menor relevância da prestação de serviços públicos na literatura do Estado-providência é a sua exclusão das análises tipológicas do Estado-providência. Alguns autores procuraram superar esta limitação e enquadrar estas dimensões nas análises tipológicas e taxinómicas do Estado-providência (Anttonen & Sipilä, 1996; Jensen, 2008); Guillén, *et al.*, 2001; Moran, 2000).

A análise tipológica é essencial no estudo das mudanças e as permanências no Estado-providência, porque é um dos instrumentos que nos permite identificar as características fundamentais de cada sistema. O conceito de tipologia aqui utilizado é tributário da definição apresentada por Titmuss: "o objetivo da construção de modelos não é admirar a arquitetura do prédio, mas para nos ajudar a ver um pouco de ordem em toda a desordem e confusão dos factos, sistemas e escolhas relativas a áreas da nossa vida económica e social" (Titmuss, 1974: 30). Realce-se, a este respeito, a importância e a relevância que a construção de tipologias do Estado-providência tem neste campo de estudo desde Esping-Andersen (1990), e a forma como esse momento de identificação dos três mundos do Estado-providência marcou o debate. Desde então, a generalidade da literatura nesta matéria realça a capacidade que a análise tipológica nos traz quando associa a cada tipo de Estado-providência diferentes estratégias de mudança e de reação às pressões a que estão sujeitos os esquemas de proteção social. Como afirma Adão e Silva (2002):

> Assim, estudar a forma como aqueles variam de país para país tem-se revelado importante, não apenas para compreender dinâmicas mais gerais da economia política, mas, também, para desenvolver hipóteses sobre países específicos. Deste modo, a forma como hoje concebemos os estados providência é, em larga medida, tributária de uma lógica comparativa, assente na agregação de países em torno de aspetos institucionais e constelações de *outputs* (p. 25).

Procurar-se-á, nos dois subcapítulos que se seguem, analisar em maior profundidade as políticas de educação e de saúde. Primeiro para o caso da educação e depois para o caso da saúde, analisaremos dois elementos fundamentais: (i) as tipologias específicas que foram sendo propostas por diferentes autores nestes dois sistemas que enquadramos no Estado e; (ii) as tendências de transformação e das mudanças recentes nas políticas públicas em cada uma destas duas áreas das políticas públicas.

Posteriormente, nos dois subcapítulos finais deste capítulo 3, retomaremos a análise comparada destas duas áreas das políticas públicas. Primeiro, procedendo à comparação entre as diferentes

propostas de tipologias referentes aos sistemas de saúde e de educação e reenquadrando-as com as propostas tipológicas clássicas nos estudos sobre o Estado-providência.

Depois, num momento final deste capítulo, apresentaremos uma análise da mudança nas políticas de saúde e de educação no contexto das reformas do Estado-providência.

3.1 Tipologias e mudanças políticas na educação

3.1.1 Tipologias dos sistemas de educação

No que diz respeito aos sistemas educativos, são diversas as tipologias propostas, que organizam os sistemas educativos em torno de múltiplas variáveis. Beblavy, Thum, & Veselkova (2011) analisam as tipologias de sistemas educativos, identificando aquelas que se organizam em torno de características específicas dos sistemas, isto é, assentes nos arranjos institucionais da educação, nos níveis de escolaridade das populações, designadamente as suas características no que diz respeito à universalidade, integração e diferenciação, as que se organizam em função das relações com o mercado laboral, identificando a forma como os sistemas educativos procuram ir ao encontro das necessidades do mercado de trabalho; e aquelas que se relacionam a educação e o Estado-providência.

Para este trabalho importa desenvolver com mais pormenor as tipologias construídas com base na relação entre os sistemas educativos e os modelos de Estado-providência. As tipologias estudadas por Beblavy *et al.* (2011), que se enquadram neste último tipo, centram a sua análise na investigação sobre a despesa, como Hega & Hokenmaier (2002), Ansell (2008) e Pechar & Andres (2011) ou na perspetiva da equidade garantida pelos sistemas (Allmendinger & Leibfried, 2003; e Peter *et al.*, 2010).

Uma das ideias nas quais se baseiam os defensores de que a política educativa não estaria incluída no conceito abrangente de Estado-providência assenta na defesa de que a política educativa se assume como verdadeira alternativa ao Estado-providência. Segundo estes autores (Wilensky, 1975), os países teriam como estratégias alternativas a aposta na redução das desigualdades à partida, através da educação, ou prosseguir uma aposta na correção das desigualdades através de políticas sociais fortes e abrangentes.

Estas teorias seriam confirmadas pelo aparente paradoxo de que os países com regimes de Estado-providência que se aproximam do tipo liberal, apesar de apresentarem maiores níveis de desigualdade, serem mais inclusivos no que diz respeito aos indicadores de escolarização de nível secundário do que os países com modelos conservadores ou continentais (Pechar & Andres, 2011).

Vários autores procuraram, nos últimos anos, contrariar esta oposição entre proteção social e educação e trabalharam no cruzamento entre as teorias e as tipologias do Estado-providência e as tipologias de sistemas educativos com o propósito de refutar empiricamente a ideia de que o investimento em educação e o investimento em proteção social são estratégias alternativas.

Busemeyer & Nicolai (2010) propõem uma análise de *clusters* baseada num conjunto de indicadores publicados pela OCDE (2012a) no *Education at a Glance*, designadamente: despesa total, pública e privada em educação, investimento público em educação (por sector e por relação às outras componentes da despesa pública) ou o nível de escolaridade da população.

Da análise de *clusters* realizada, estes autores propõem a seguinte tipologia de sistemas educativos: o tipo Norte da Europa, que inclui três subdivisões (países escandinavos, Alemanha e Áustria, e Modelo Continental); o tipo Mediterrâneo e o tipo Países Anglófonos.

Quadro 3.1 Tipologia dos sistemas de educação – Busemeyer e Nicolai

Norte da Europa	Países Escandinavos (Dinamarca, Suécia, Finlândia, Noruega)	Elevados níveis de despesa pública e reduzidos níveis de despesa privada. Altos níveis de escolarização secundária. Boa performance
	Alemanha e Áustria	Características semelhantes ao modelo nórdico, mas de carácter dual. Menores níveis de despesa pública no ensino superior.
	Modelo Continental (França, Holanda, Bélgica e Irlanda)	Escolas (subsídios direto de escolas católicas)
Mediterrâneo	Itália Espanha Portugal	Peso da igreja católica na educação.
Anglófonos (mais Japão)	Canadá EUA Austrália Nova Zelândia Reino Unido	

Também Hega & Hokenmaier (2002) procuraram contrariar a abordagem de que políticas educativas não eram associáveis às abordagens mais transversais sobre Estado-providência. Partindo da tipologia utilizada por Esping-Anderson, os autores defendem a inclusão da educação no seu modelo de análise e proposta de tipologia:

> Esping-Andersen não incluiu a educação a par do seguro social nos perfis de políticas de Estado-providência que descreve. Sustentamos que deveria ser incluída, uma vez que a educação, assim como outros programas sociais, pode reduzir a dependência de um indivíduo face às arbitrariedades dos mercados de trabalho, ou pelo menos melhorar a sua posição (Hega & Hokenmaier, 2002).

Através de uma análise da despesa com educação e com as políticas sociais para um conjunto de 18 países da OCDE, no período entre 1960 e 1990, Hega & Hokenmaier observam que os países

incluídos por Esping-Anderson no tipo social-democrata revelam maior tendência para investir simultaneamente em educação e em políticas sociais do que os países do modelo liberal ou continental.

A análise quantitativa feita por estes autores permite concluir que a tipologia usada por Esping-Anderson possui um potencial de previsão da evolução da despesa em educação: "Estados-providência com perfis semelhantes de seguro social tendem também a 'agrupar-se' de acordo com a semelhança das suas políticas educativas" (Hega & Hokenmaier, 2002).

A pesquisa levada a cabo por estes autores não apenas contraria a tese de que os países optariam entre o investimento em politicas sociais e o investimento em politicas educativas, como sugere que as opções de política educativa obedecem a um padrão semelhante de escolhas em matéria de proteção social e de educação e, consequentemente, que as abordagens que utilizam a tipologia e a metodologia proposta por Esping-Anderson beneficiariam em incluir a educação nas suas análises sobre os modelos institucionais de Estado-providência.

3.1.2 Transformações políticas na educação

Tal como nas restantes áreas das políticas sociais, também na educação podemos elencar as principais mudanças, o sentido dessas transformações e alinhar a periodização das mudanças políticas nos países ocidentais no período que sucedeu aos anos dourados do Estado-providência. Como veremos, tanto na educação como na saúde, existem, no caso português, diferenças relativamente às periodizações apresentadas pelos estudiosos das políticas públicas de Estado-providência, que se podem resumir no atraso que decorre dos 48 anos do regime do Estado Novo.

Seguindo, por exemplo, a periodização proposta por Tomlinson (2005) ou por Ball (2008) para o caso inglês, podemos identificar que até ao final dos anos 1970 (até 1976, segundo Ball ou até 1979, segundo Tomlinson) estamos perante uma fase de consenso social-democrata sobre o Estado-providência, sobre a centralidade do investimento em educação e sobre o crescimento de um sistema educativo, e em particular das escolas integradas (*compreensive schools*), como meio de diminuição das desigualdades.

O período posterior é marcado pelo fim do consenso em torno do Estado-providência. Neste período, Tomlinson reconhece três fases: entre 1980 e 1987 identifica um período de movimentação das forças de mercado; entre 1988 e 1994 assinala a criação de um mercado competitivo; entre 1994 e 1997 reconhece um período marcado pelas consequências dessa competição.

Stephen Ball (2007), por seu lado, identifica apenas uma grande fase de implementação de políticas neoliberais, de recuo de um sistema educativo compreensivo e de base nacional. Ambos os autores realçam uma tentativa de mudança da fronteira entre o Estado e o mercado e a primazia da teoria do capital humano e das teorias da escolha pública.

A partir de 1997 ambos os autores reconhecem uma nova fase, coincidente com a chegada ao poder de Tony Blair, marcada pela enorme valorização da educação como elemento fundamental de progresso económico e de promoção da sociedade de conhecimento, não abdicando, contudo, das propostas identificadas por Jessop (2002) como conducentes ao "estado competitivo" e da narrativa das teorias do capital humano. Trata-se, portanto, de um exemplo de aplicação do termo cunhado por Giddens (2005), a "terceira via". Este período de intensa produção legislativa tem um enorme efeito de contaminação das políticas educativas europeias, numa década em que os partidos socialistas governaram em muitos países europeus.

Diversos autores referem que, embora o consenso social-democrata tenha desaparecido, e ao contrário do que acontece com outras áreas do Estado-providência, o consenso em relação à prioridade da educação, no espaço das políticas públicas, não desvanece. Isto acontece, essencialmente, devido à convicção – alimentada pelas propostas teóricas do capital humano – de que existe uma correlação entre a educação e o crescimento económico. Esta relação pode ser tida como uma responsabilidade e uma vantagem coletiva, isto é, centrada na igualdade de oportunidades, na coesão social, ou individual, ou seja, centrada das vantagens e nos ganhos individuais que resultam de percursos escolares mais longos. Certo é que a necessidade de qualificar as populações não mais saiu da agenda política.

Quais são as diferenças entre o primeiro consenso (social-democrata) e o segundo consenso (liberal) e o consenso da década de 90 (da terceira via)? As diferenças identificam-se em cinco planos:

- diferentes *âmbitos* – nacional até à década de 1970, e mais transnacional e local a partir da década de 1980;
- diferentes *agentes de mudança* – o Estado até à década de 1970, e um conjunto de agentes mais alargado (a comunidade) a partir da década de 1980;
- de diferentes *alvos* das políticas – um alvo mais coletivo até à década de 1970, e mais individual a partir da década de 1980;
- de diferentes *objetivos* – um objetivo mais amplo, muito centrado nas competências e na educação até à década de 1970 e mais centrado nos conhecimentos e na instrução a partir da década de 1980;
- e, finalmente, em diferentes *princípios* orientadores desse consenso, mais ligados à cidadania e democracia até à década de 1970, e mais ligados à economia e à competitividade a partir da década de 1980.

Portanto, tal como acontece com a saúde, é aos anos 1980 que devemos regressar para compreender as origens das transformações nas políticas educativas. A partir desta altura, vemos surgir no debate político um conjunto de conceitos: escolha, mercado da educação, gestão pública, empresa,

metas, cheque-ensino – e todos estes conceitos nos remetem para uma mudança na fronteira entre Estado e mercado no que diz respeito às funções e ao papel de cada uma destas instituições em matéria de educação.

Flores (2018: 20-22) identifica razões e justificações económicas e sociais para esta mudança. No que diz respeito aos argumentos económicos, refere-se a momentos em que as medidas de privatização são justificadas ou argumentadas como sendo resposta a crises económicas ou financeiras, como exemplo de medidas de controlo orçamental ou de poupança. O segundo grupo de argumentos são de base social ou educativa, e assentam na ideia da liberdade de escolha como caminho para a melhoria dos resultados, como promotora de equidade e de especificidade das respostas. Diversos estudos internacionais e nacionais demonstraram que, considerando a origem social dos alunos, não existem diferenças nos resultados dos diferentes sistemas (ver, por exemplo, Ravitch, 2011; Lubienski & Lubienski, 2013; OCDE, 2017a ou, em Portugal, os resultados do projeto AQeduto).

As tentativas de sistematização das mudanças em matéria de responsabilidades do Estado nas funções educativas assentam, como noutras áreas das políticas do Estado-providência, na análise das alterações introduzidas nas três principais dimensões de governação: o financiamento, a regulação (ou controlo das atividades) e a provisão (ou prestação) dos serviços educativos. Esta tipologia é frequentemente usada, por exemplo pela OCDE, e também pelo autor que aqui seguimos em particular (Dale, 1997)

Em matéria de *financiamento* podem identificar-se como principais dimensões de análise:

i. a fonte de financiamento, explicitando se é pública ou privada, ou se é assegurada através de impostos ou de pagamentos diretos;
ii. o objeto do financiamento, nomeadamente se o financiamento é dirigido às organizações ou aos indivíduos, por exemplo através de *vouchers*;
iii. o universo do financiamento, isto é, se é universal, garantido para todos os indivíduos ou para grupos específicos, mas também se é total/global ou parcial, por exemplo em regime de copagamento,
iv. a forma através da qual o financiamento é assegurado, nomeadamente se é assegurado através de bolsas, subsídios, investimento, honorários ou empréstimos, ou se o financiamento está ou não sujeito a algumas condições (de acordo com as necessidades, ou de acordo com os resultados);
v. e, finalmente, se o financiamento existe apenas numa base competitiva. Em matéria de financiamento, considera-se especialmente relevante, nos últimos anos, a multiplicação de entidades financiadoras não públicas: o aumento dos copagamentos, o aumento de

financiamento privado e a criação de atividades paralelas ao ensino financiadas maioritariamente pelo sector privado.

No que diz respeito à *regulação*, está em causa não apenas o estudo da forma como o Estado mudou a definição e imposição de regras de controlo do funcionamento dos mercados, e do mercado da educação em particular, como também a forma como o Estado, em muitos casos, criou e fomentou a criação de diversos mercados na área da educação.

Segundo Dale (1997) são três os processos através dos quais o Estado transformou a partir dos anos 1980 a forma de governação da educação:

a) a desregulação, através da diminuição das estratégias de intervenção direta do Estado na regulação e passagem de funções para entidades reguladoras;
b) a juridificação, através da utilização crescente da lei e de normas escritas, diminuindo o espaço de contencioso político através da sua transformação numa disputa eminentemente jurídica;
c) a aplicação dos princípios da nova gestão pública, ou seja, através da equiparação de estatuto entre entidades públicas e privadas, garantido a competição entre ambas, e avaliação através dos resultados e de parâmetros estandardizados.

No que diz respeito à provisão do serviço educativo, a principal questão a ter em conta é saber se o direito de acesso universal à educação é assegurado pelo Estado através da prestação do serviço suportado por uma rede pública de escolas ou se o direito é concretizado por via da criação de condições de acesso à educação em que os serviços educativos são prestados de outra forma que não a existência de uma rede pública de ensino.

São vários os processos através dos quais o Estado tem transformado a sua tradicional função de prestação do serviço público de educação:

i. o financiamento público (total ou parcial) de escolas privadas,
ii. a concessão da gestão de escolas públicas ao sector privado e cooperativo ou às comunidades educativas,
iii. a criação de instrumentos de financiamento individual (cheque-ensino) que permita ao aluno ou à família escolher a escola privada que quer frequentar.
iv. Podemos, pois, identificar as principais tensões que se encontram nas mudanças nas políticas de educação dos últimos 30 anos.

3.1.3 Equidade, seleção e qualidade

A aprovação de uma escolaridade obrigatória mais longa, como a que ocorreu em Portugal em 1986, marca uma transformação profunda da missão atribuída à escola. A tensão entre a função de seleção (seleção e seriação hierarquizada dos mais capazes), anteriormente atribuída à escola como uma das suas principais tarefas, conflitua com as suas novas funções de integração de todos os alunos por um período de escolaridade cada vez mais longo. Essa tensão entre seleção e integração manifesta-se, em particular, num conflito latente entre os interesses das classes médias escolarizadas – que a educação se constitua como um "prémio" de vantagens competitivas no mercado de trabalho; e o interesse desta nova missão da escola – e a escolarização de toda a população, como forma de potenciar o desenvolvimento, a economia, o progresso social e a cidadania (Rodrigues, 2012).

Essa tensão ganha uma nova configuração com os processos de transformação do Estado-providência, consistindo essencialmente na relegitimação da função de seletividade, expressa nos textos programáticos como meritocracia, e a sobreposição das necessidades e das vantagens individuais. É visível, em países como o Reino Unido, a Suécia e os Estados Unidos, a partir do final dos anos 1980, um discurso político que valoriza as expectativas das classes que viram na educação uma forma de reproduzir as suas vantagens no mercado de trabalho, realçando a liberdade de escolha das escolas por parte das famílias ou o financiamento público de escolas privadas, de base individual, através de modalidades de cheque-ensino.

Outro dos elementos que demonstram significativamente a permanência da função de seleção na base do contrato social entre a escola e a sociedade é a elevada taxa de retenção ainda verificada em alguns países, de que Portugal é um dos principais exemplos, e o regresso à agenda política da necessidade de provas eliminatórias:

> Mas, apesar desse esforço da sociedade portuguesa no sentido da democratização, há problemas graves e endémicos que não estão resolvidos, como a retenção e o abandono e, por isso, questões relacionadas com as aprendizagens, o ensino, a avaliação e a organização e funcionamento pedagógico das escolas (Fernandes, 2014: 264).

Se é verdade que não existe uma oposição entre o objetivo da escolaridade para todos e a avaliação dos conhecimentos, a verdade é que esta exaltação da retenção significa que se considera que a escola só é de qualidade, só é exigente, se reprovar os alunos considerados incapazes. Pede-se à escola, através da lei, que eduque todos os alunos durante nove ou doze anos de escolaridade e exige-se da escola, através da pressão social, que ela reprove, exclua e selecione os alunos e exclua os menos capazes:

> O tópico do insucesso escolar enfrenta na política educativa dificuldades relacionadas com a perceção pública da repetência e do chumbo. A ideia, muito divulgada – no interior da comunidade

> educativa e fora dela –, de que chumbar faz bem ao "carácter" das crianças e dos jovens tem sido impeditiva do desenvolvimento de uma atitude mais exigente para com os resultados escolares dos alunos (Rodrigues, 2012:182).

Esta é, nas últimas décadas, uma das peças essencial do *puzzle* político: o equilíbrio – no discurso, nas políticas e nos seus instrumentos – entre a equidade e a qualidade, entre a universalidade e a seletividade. Esta tensão tem, como veremos adiante, repercussões no modo de financiamento, nas modalidades de gestão e nas formas de prestação do serviço público (e privado) de educação.

3.1.4 Educação-democracia e educação-mercado de trabalho

A importância da educação beneficia, como referido acima, de um alargado consenso social. Este consenso assenta hoje nos benefícios económicos (individuais e coletivos) da escolarização, mas foi, no início da constituição do Estado-providência, um consenso que era não apenas económico, mas também político.

Associado à edificação do Estado-nação, o desenvolvimento do Estado-providência, e dos serviços públicos de educação em particular, beneficia de um consenso que assenta no reconhecimento de que a educação e a democratização estão diretamente relacionadas.

John Dewey (1916) é um dos primeiros autores a trabalhar sobre esta relação e a transformar essa reflexão numa determinada orientação para as políticas educativas. Reconhecendo que "uma democracia é mais do que uma forma de governo; é, antes de mais, um modo de convivência em associação" (Dewey, 1916:101), este autor propunha para a consolidação deste "modo de vida" era essencial uma escola que integrasse todos, numa situação de igualdade. Esta teoria vai, ao longo de todo o século XX, marcar o desenvolvimento das políticas de educação em todo o mundo desenvolvido.

Com a evolução deste consenso social-democrata, assente na importância da educação para a concretização da cidadania e para a consolidação da democracia, para um consenso neoliberal, o foco transfere-se para o proveito económico da educação e para a valorização do capital humano (Ball, 2007 e 2008). O facto de, no que diz respeito à educação – e ao contrário do que acontece noutras áreas –, as mudanças ocorridas a partir dos anos 1980 não terem alterado a prioridade atribuída à educação não significa que os pressupostos e os objetivos com que as políticas são concebidas, legitimadas e implementadas sejam os mesmos.

Na verdade, esta tensão entre uma visão que valoriza a relação entre educação e democracia e uma visão que sublinha a relação entre educação e economia, ou entre educação e mercado de trabalho, não mais abandona o debate sobre as políticas de educação.

3.1.5 Competição, liberdade de escolha e equidade

Talvez um dos debates mais marcantes na atualidade decorre da movimentação das forças económicas e políticas de criação de um mercado interno na educação. De acordo com esta abordagem, através da competição entre escolas públicas e escolas privadas e da separação entre as funções de regulação, financiamento e prestação de serviço educativo desempenhadas pelo Estado, as escolas (públicas e privadas) ganhariam eficiência e qualidade (Ravitch, 2011). Esta aproximação das funções sociais do Estado ao funcionamento dos mercados é descrita recorrendo aos conceitos de mercado interno, competição pública ou *quasi-markets* (Le Grand e Bartlett, 1993).

Stephen Ball (2007) estudou em detalhe os diferentes processos através dos quais foram sendo criados mercados e espaços de competição na educação no Reino Unido, denominando esses processos de privatização. Ball (2003) destaca ainda a importância crescente da performatividade – isto é, do peso das metas e dos resultados na avaliação de professores – e das consequências que essa tendência tem na organização escolar e de como essa mudança acabou por se constituir como um elemento de mercadorização. Para Ball, a performatividade tem um impacto negativo na educação, por restringir o escopo de ação dos professores aos temas e objetivos que estão quantificados. O autor defende ainda que esta realidade contribui para o aumento das desigualdades entre as escolas públicas e privadas, já que, por um lado, as escolas públicas têm menos autonomia para se libertarem das exigências das metas e da estandardização e, por outro, as escolas privadas têm mais capacidade de exponenciar as suas vantagens neste "mercado da avaliação".

Associada a esta ideia de competição entre escolas públicas e privadas surge a ideia da liberdade de escolha da escola por parte dos pais, que só seria efetivada quando cumpridas iguais condições de acesso a ambos os tipos de escola, isto é, se a frequência da escola escolhida (pública ou privada) fosse gratuita. Diferentes tipos de instrumentos foram defendidos e mobilizados pelos partidários da liberdade de escolha da escola: os sistemas de *voucher*, ou de cheque-ensino, entregues aos pais para que estes escolhessem livremente a escola a frequentar pelos filhos, escolas como as *charter-schools*, na experiência americana, ou as *free-schools*, na experiência inglesa, ou as escolas independentes segundo o modelo sueco, em que o Estado financia escolas geridas por privados.

Isabel Silva (2018) desenvolve uma relevante comparação entre Portugal e Inglaterra no que diz respeito à implementação destas políticas, identificando a aplicação bem-sucedida no caso inglês – que viu crescer 30% o número de alunos que frequentam escolas em que ocorreu algum destes tipos de parceria público-privada – e o caso de insucesso português em que a maioria dos alunos nestes cursos permaneceu estável.

Importantes relatórios internacionais de instituições como como o de Field *et al.* (2007) para a OCDE questionam, com base nas evidências recolhidas nas suas investigações, as vantagens da

liberdade de escolha das escolas por parte dos pais. A questão coloca-se porque a liberdade de escolha pode funcionar como elemento de redução da equidade dos sistemas, já que pais mais qualificados tendem a usar a liberdade de escolha de forma mais informada e habilitada, aumentando assim as vantagens de origem. Por outro lado, a OCDE conclui que os países com maiores índices de liberdade de escolha são aqueles em que existem maiores diferenças na estrutura social entre as escolas.

3.1.6 A desvalorização do Estado-nação: europeização e descentralização

Do mesmo modo que a implementação do Estado-providência está associada a um evidente fortalecimento do Estado-nação,[27] os processos de transformação do sistema de proteção social e a globalização têm também um efeito de perda de centralidade do Estado-nação nas políticas de bem-estar, quer por via do poder de instâncias supranacionais, quer por via da descentralização, quer ainda por via da diversificação de atores do sector privado. Esta é uma tendência muito presente no caso das políticas educativas.

Quando, ao longo do século XIX europeu, os Estados assumem progressivamente um maior papel na instrução e, ao mesmo tempo que aumenta a importância atribuída à liberdade e à cidadania em condições de igualdade por parte de todos os indivíduos, dissemina-se a tentativa de erguer um sistema de instrução integrado, isto é, igual para o todo o país, centralizado, tutelado pelo Estado central e unificado, no sentido em que está garantida a homogeneidade nos conteúdos, nos métodos, nos programas e nos objetivos (Barreto, 1995:160).

As várias reformas educativas subsequentes, especialmente aquelas que se associaram a mudanças de regime (República, Estado Novo, Democracia), foram feitas de forma centralizada e associada ao desenvolvimento e legitimação de uma certa visão do país, contribuindo assim para o reforço e consolidação do Estado-nação.

Na sequência das pressões financeiras e políticas da década de 1980, a descentralização das políticas educativas é uma das primeiras e principais tendências de mudança. A transferência de responsabilidades do Estado central para as autarquias pretende responder aos desafios da eficiência e às teorias que criticavam a ideia de que "one size fits all" que estava na base do sistema educativo público e universal e centralizado no Estado-nação saído do pós-guerra.

A esta dinâmica deve acrescentar-se uma maior participação dos pais na organização escolar. À medida que as competências vão sendo transferidas para o poder local, vai crescendo a proximidade dos pais aos processos de decisão das escolas e à sua afirmação enquanto atores do processo educativo. A relação criada entre a escola, o poder local, o conjunto dos professores e de pais vai ganhando

[27] Esta associação é mais explicitamente evidente no caso do desenvolvimento do Estado-providência iniciado por Bismarck do que na corrente desenvolvida a partir do relatório Beveridge, ainda que seja evidente em ambos os casos.

relevo e, ao longo dos anos, reforça-se o conceito de comunidade educativa. A educação deixa de ser uma competência do Estado central e passa a ser uma competência dispersa pelo território e até entre entidades públicas e privadas.

Simultaneamente, ocorre o processo oposto, de subida do nível do Estado-nação para o nível europeu e global. Este fenómeno, a que acima já fizemos referência, verifica-se não só nos processos formais de transferência de poderes para o nível europeu, como da origem europeia de uma parte significa do financiamento da educação e da formação, como ainda através da crescente importância da estandardização de práticas, de metas e de resultados da aprendizagem a nível internacional.

Também em Portugal encontramos este duplo movimento de desnacionalização, simultaneamente através de um processo de transnacionalização e de descentralização (Batista, 2015; Justino & Batista, 2013), acrescentando-se ao processo de descentralização, intimamente relacionada com este, os processos de desconcentração (para as escolas e para os seus profissionais) de responsabilidades até então desenvolvidas pelo Estado (Martins, 2012).[28]

3.1.7 Regulação, gestão e governação das escolas

As pressões financeiras e políticas sobre o Estado-providência têm nas mudanças nos modelos de governação um dos principais campos de resposta, tendo sido introduzidas diversas alterações na governação dos serviços públicos com o objetivo de garantir maior eficiência e eficácia.

No que diz respeito à educação, pode referir-se a alteração nos modelos de financiamento, mudando o equilíbrio entre financiamento do sector público ou também do privado, podendo este financiamento ser universal ou condicionado, exclusivamente público ou em acumulação com outras fontes de financiamento; mas podem referir-se, igualmente, mudanças na provisão dos serviços públicos, alargando, por exemplo, os serviços concessionados.

Uma última referência à alteração nas formas de gestão pública, aproximando-a das lógicas de mercado, naquilo que se convencionou chamar nova gestão pública. A profissionalização da gestão das escolas, todo o debate relacionado com a abertura da gestão das escolas às comunidades, a aplicação de lógicas mais associadas à gestão privada, como o *outsourcing* de serviços, como a segurança ou as refeições, estão incluídas nas mudanças aqui referidas.

3.1.8 A influência das instituições internacionais

Tal como na saúde, também na educação pode ser realçado o papel de um conjunto de instituições internacionais na harmonização das políticas educativas. Destaque-se a influência da OCDE, da

[28] Para Formosinho *et al.* (2005) os processos de descentralização e de autonomia das escolas têm naturezas diferentes.

UNESCO, do Banco Mundial e da União Europeia. A influência destas organizações não é do mesmo tipo. Como afirma Valter Lemos (2014):

> Podemos distinguir, desde logo, as organizações cujos mandatos contemplam expressamente funções regulatórias, como a União Europeia ou a Organização Mundial do Comércio, de outras em que tal função não está presente originalmente nos respetivos mandatos, como a UNESCO ou a OCDE, e ainda de outras em que tais funções estão dependentes de um quadro contratual específico com os Estados, como o Banco Mundial ou o FMI (Lemos, 2014:39).

De acordo com o autor, a natureza deste mandato determinaria o tipo de instrumento de ação daquelas organizações na transnacionalização (difusão, transferência ou convergência) das políticas públicas (Lemos, *idem*).

A OCDE atua através de estudos comparativos e de instrumentos de política que procuram traçar as tendências nacionais e internacionais das mudanças nas políticas, bem como definir parâmetros e indicadores que condicionam essas mudanças. Mais recentemente, com instrumentos como o PISA e outros indicadores de performance, procura concluir "o que resulta" e "o que não resulta" nas diferentes áreas da política educativa, contribuindo assim para a estabilização e disseminação de um guião e para a harmonização e difusão de políticas. Este papel é reconhecível, quer no domínio organizativo (com a conclusão de que as práticas de escolha da escola por parte dos pais diminuem a equidade do sistema), quer no domínio da gestão (com a aplicação da receita da nova gestão pública à educação), quer em domínios mais relacionados com as práticas pedagógicas (avaliando negativamente os regimes duais ou valorizando a introdução precoce dos computadores ou da língua estrangeira, por exemplo).

Também a União Europeia ocupa um lugar central no conjunto das instituições internacionais que influenciam as políticas educativas. Em primeiro lugar, através de instrumentos como a Estratégia de Lisboa ou a Estratégia 2020 que, através do método aberto de coordenação, traça metas e objetivos de política educativa. Em segundo lugar, através de instrumentos mais impositivos, de que o processo de Bolonha ou o quadro internacional de qualificações são bons exemplos. Em terceiro lugar, através de instrumentos financeiros, de que os fundos estruturais incluídos no Fundo Social Europeu são o principal exemplo.

Cruzando a periodização das mudanças políticas na educação com a aproximação a diferentes instituições internacionais podemos concluir, no seguimento de Teodoro (1999) que a diferentes períodos correspondem diferentes influências internacionais e que a forma como estas se sucedem depende, *grosso modo*, dos diferentes contextos institucionais em que ocorreram:

- no período final do Estado Novo, dá-se a primeira aproximação à OCDE, com a participação de Portugal no Projeto Regional do Mediterrâneo, que ocorre em simultâneo com outros processos de abertura do regime ao exterior;
- a revolução de Abril de 1974 interrompe esta proximidade e é substituída por uma relação com a UNESCO, cujo trabalho incidia sobre países do Terceiro Mundo e cuja proximidade aos países socialistas era significativa e que possuía uma visão da educação centrada na relação com cidadania e a democratização, associada ao momento político então vivido em Portugal;
- a entrada em funções do I Governo Constitucional, e a normalização educativa marca o início de um processo de maior proximidade ao Banco Mundial, uma proximidade que aparece também associada a um programa de investimento, num momento em que o país vivia uma delicada situação financeira;
- nos anos 1980, regressa a centralidade da relação com a OCDE, concretizada através do pedido para a realização de um exame à política educativa (1982-83), que torna a realçar a importância da relação entre as políticas de educação e o crescimento económico.
- a partir da entrada na Comunidade Económica Europeia, em 1986, uma nova instituição internacional ocupa um lugar central nas influências externas, num processo de progressiva europeização das políticas educativas.

Finalmente, importa referir que instituições como o Banco Mundial, a OCDE, o FMI, a OMC e mesmo a União Europeia são vistos por diversos autores (Afonso, 2001) como os principais agentes de difusão das teorias do capital humano e da tendência para a privatização dos sistemas educativos, principalmente incluídos nos processos de ajustamento de países na América Latina. A influência destas instituições é tanto mais significativa quanto mais dirigida aos países em desenvolvimento ou aos países com processos de ajustamento, sendo, nestes casos, as políticas apresentadas como condicionalidade dos empréstimos feitos aos países.

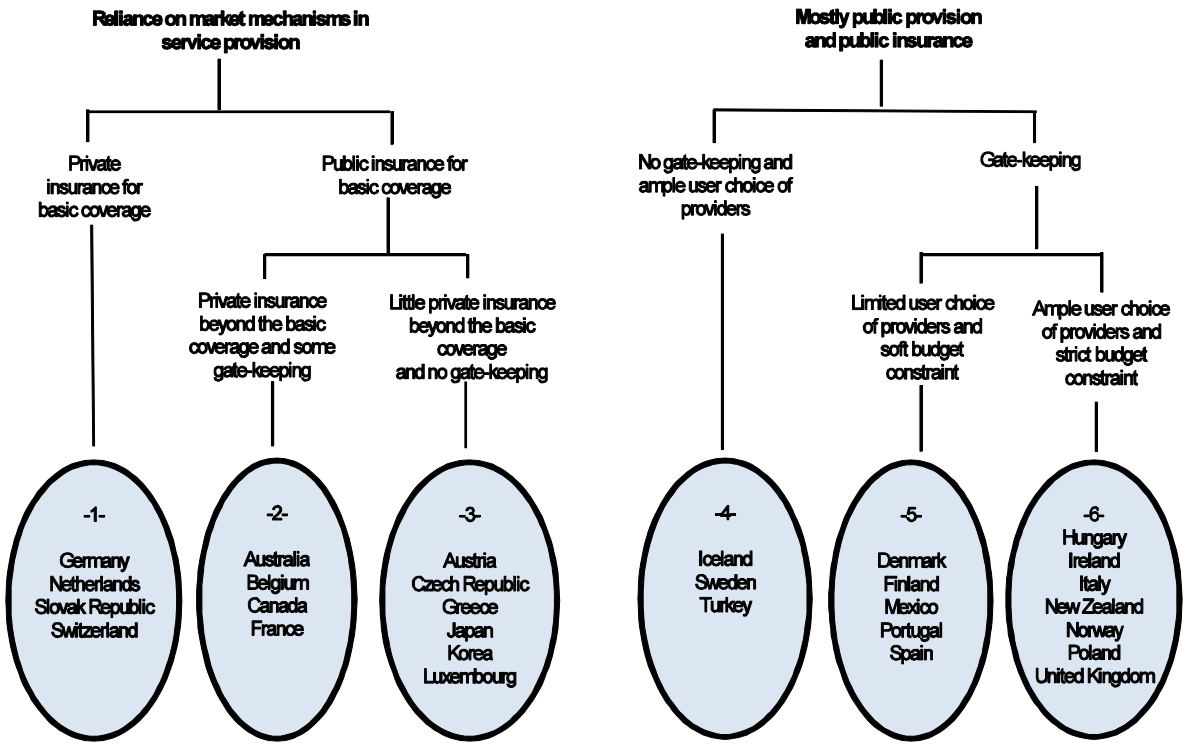
3.2 Tipologias e mudanças políticas na saúde

3.2.1 Tipologias dos sistemas de saúde

Uma das principais classificações usadas para a análise dos sistemas de saúde baseia-se nos sistemas de financiamento (*third-party systems*). Esta análise aproxima-se da tipologia proposta por Esping-Anderson (1996) e tipifica sistemas inspirados no modelo beveridgiano, com serviços nacionais de saúde universais e financiados por impostos (Inglaterra, países escandinavos e países do sul da Europa); sistemas bismarkianos ou corporativos (Alemanha e França) e sistemas assentes em modelos de mercado (Estados Unidos).

Um dos contributos mais relevantes para a tipificação de sistemas de saúde foi dado pela OCDE (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico). Em 1987 esta instituição apresentou aquela que é, ainda hoje, uma tipologia muito utilizada e que se baseava em três dimensões; cobertura, financiamento e propriedade. Da análise destas dimensões decorreram uma tipologia tripla, acompanhada de um país paradigmático de cada um dos tipos: (a) sistema nacional de saúde (Reino Unido), seguro social de saúde (Alemanha) e seguro privado de saúde (Estados Unidos).

Mais recentemente (2010), a OCDE evolui na sua tipificação de sistemas de saúde, incorporando características institucionais dos sistemas de saúde.



The countries on the left such as Germany and the Netherlands tend to rely on market mechanisms to supply health care whereas those on the right such as Finland and the United Kingdom depend more on public command and control. Apparently diverse countries fit the same group; the rules in Iceland, Sweden and Turkey for instance all provide for ample user choice, even if in practice there are geographical and other constraints. Note that the United States did not participate in the survey.

Figura 3.1 Tipologia OCDE 2011

Carl Wendt (Wendt, 2009; Wendt, Frisina, & Rothgang, 2009) propõe uma tipologia assente no papel do Estado, da sociedade e do mercado no financiamento, na provisão e na regulação da saúde. Estamos perante uma taxonomia de 27 países organizados em 3 ideal-tipos:

i. sistema de saúde estatal (Reino Unido e países escandinavos);
ii. sistema de saúde societal (os autores não identificam nenhum país ideal-típico, mas apresentam a Alemanha como caso mais próximo):

iii. o sistema de saúde privado (os autores não identificam nenhum país ideal-típico, mas apresentam os Estados Unidos como caso mais próximo).

Michael Moran (2000) considera que a tipologia assente nos três tipos de sistema de saúde usados, por exemplo pela OCDE, não é suficiente para a compreensão dos sistemas de saúde, desde logo porque deixa de fora as suas dimensões de governação. Para Moran, a governação do sistema é uma das principais características, reconhecendo para o efeito três áreas de governação: consumo (como organizar o consumo coletivo de cuidados de saúde), provisão (como governar a profissão médica) e tecnologia (poliarquia). Segundo este autor, a simbiose entre Estado e as instituições de saúde na governação do sistema toma diversas formas, que podem ser organizadas na seguinte tipologia retratada no quadro 3.2.

Quadro 3.2 Tipologia dos sistemas de saúde – Michael Moran

Tipo	Consumo	Provisão	Tecnologia	Ponto de tensão
Estados de comando e control[29] (Reino Unido, países escandinavos)	Estado controla, financiando o sistema através dos impostos top-down	Estado controla boa parte dos meios de produção. Quando não, existe duplicação (double bed)	Poder na provisão e no consumo faz com que o Estado tenha detentores de controlo (gatekeepers)	Escassez – racionamento
Estados baseados na procura[30] (EUA)	Controlo feito pela oferta (e não pela procura)	Não é universal.	Total domínio sobre as outras duas dimensões de governação.	Não universalidade. Domínio dos poderes económicos sobre os processos de decisão (veto)
Estados corporativos (Alemanha)	Regulação legal forte Financiamento diminuto.	A dimensão mais prestigiada (ambulatório) é controlada por associações de médicos.	Controlado pela indústria	Reduzida capacidade de direção. Grupos de interesse com pontos de veto. Problema com os que estão fora da cobertura.
Estados de comando e controlo inseguro[31] (Portugal, Espanha, Grécia e Itália)	Inspirados no Reino Unido, mas mais fracos no planeamento e controlo. Incapazes de acabar com a dimensão privada.	Número de serviços prestados no sector privado da propriedade dos médicos.		Início tardio, em período de escassez. Austeridade. Estado fraco. Poder médico

Fonte: elaboração própria.

[29] Comand and Control States.
[30] Supply states.
[31] Insecure Comand and Control States.

Também a proposta de Michael Moran (*idem*), muito centrada nas características institucionais dos sistemas de saúde, é compatível com as tipologias que podemos encontrar na literatura sobre Estado-providência, nomeadamente com as propostas que acrescentam aos três tipos ideais reconhecidos por Esping-Adersen (1990) um quarto tipo que reúne os países da Europa do Sul.

Em 2020, Ellen Immergut (2021) coordena um estudo a nível europeu e desenvolve, com base nos indicadores da OCDE, a sua tipologia de sistemas de saúde, assente nas diferenças no financiamento, na cobertura e nos provedores dos serviços, destacando as implicações políticas distintas de cada um.[32]

Quadro 3.3 Tipologia dos sistemas de saúde – Ellen Imergut

Tipo de sistema de saúde	*Financiamento*	*Cobertura*	*Provedores*	*Exemplos*	*Implicações políticas*
Serviço Nacional de Saúde (NHS / modelo Beveridge)	Impostos gerais	Universal	Predominantemente público (com complementaridade privada)	Reino Unido, Itália, Espanha, **Portugal**, países nórdicos	Política centralizada; forte papel do Estado; muito popular como pilar de cidadania, mas vulnerável a pressões de austeridade e à crescente hibridização com setor privado
Seguro Social de Saúde (SHI / modelo Bismarck)	Contribuições obrigatórias de empregadores e empregados	Universal, através de múltiplos fundos de seguro (sem fins lucrativos)	Provedores privados ou mistos	Alemanha, França, Bélgica, Áustria, Países Baixos	Forte papel de grupos organizados (sindicatos, empregadores, associações médicas); negociações corporativas limitam intervenção estatal direta
Seguro Privado de Saúde (PHI)	Prêmios pagos a seguradoras privadas (mercado)	Estratificada conforme a renda; acesso desigual	Principalmente privado	Suíça (altamente regulada), Irlanda (parcialmente)	Gera debates sobre equidade; forte regulação necessária para reduzir desigualdades; risco de segmentação do acesso

Fonte: elaboração própria.

3.2.2 Transformações nas políticas de saúde[33]

As mudanças nas políticas de saúde ganharam centralidade desde a década de 1980 em toda a Europa, com o objetivo explícito fundamental de conter o crescimento da despesa, garantindo a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A essência do *puzzle* nesta área das políticas públicas nas últimas décadas, mesmo em sistemas de diferentes tipos (Wendt, 2009), centra-se na redefinição do papel do estado no financiamento, no pagamento, na regulação e na prestação de cuidados de saúde (Saltman, 1994).

Também sobre o caso português, Asensio (2021) destaca que "os principais temas enfrentados pelo sistema de saúde português desde o final dos anos 80 foi a relação entre provisão pública e

[32] No caso particular dos países do Sul da Europa, em particular Portugal, Immergut e Asensio refletem sobre as consequências destes sistemas terem sido desenvolvidos mais tardiamente e, por isso, já em plena generalização das abordagens do Nova Gestão Pública, do fim dos anos dourados do Estado-providência e das pressões orçamentais da política europeia.

[33] Este tópico foi abordado num artigo previamente publicado: Silva, M. V. D. (2012). Políticas públicas de saúde: Tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (69), 121–128.

provisão privada dos serviços e sustentabilidade financeira do sistema" (Asensio, 2021:276), o que tendo em conta que o SNS foi criado em 1979, mostra bem a permanência deste debate.

Com as necessárias diferenças de contexto, as mudanças podem ser resumidas na evolução para um sistema de saúde híbrido, isto é, entre o modelo beveridgiano e o modelo bismarckiano, que estiveram na génese dos sistemas de proteção social na maior parte dos países desenvolvidos. "Em diversos países a estratégia seguida foi no sentido da combinação de elementos dos dois modelos. Procurou-se uma utilização plural de incentivos típicos do mercado, com a manutenção da propriedade pelo sector público" (Simões, 2004; Ferreira 2004).

A disseminação de modelos de gestão típicos do mercado e a separação dos vários papéis desempenhados pelo Estado (regulação, financiamento e prestação de cuidados) são elementos fundamentais desta estratégia. Mercado interno, competição pública ou quasi-mercado, mercado planeado são alguns dos conceitos explorados por vários autores para descrever este tipo de mudanças (Le Grand & Bartlett,1993; Saltman & von Otter, 1989 e 1992).

Estas mudanças traduzem uma transformação na forma como os cuidados de saúde são vistos: de uma visão dos cuidados de saúde como bem público – social, coletivo e elemento de cidadania –, para uma visão dos cuidados de saúde como bem privado – uma mercadoria que é trocada livremente num mercado aberto (Figueras, Saltman & Sakellarides, 1998). Esta tendência acelera a partir dos anos 1980, não se transformando, porém, num modelo puro.

Da perceção dos cuidados de saúde como bens privados decorre uma nova conceção da eficiência, que passa a ser vista mais como dependente de um clima de competição entre sectores e entre entidades prestadoras e menos em função dos resultados medidos em ganhos de saúde.

Podemos organizar as mudanças nas políticas de saúde em torno das três dimensões: o financiamento – através de impostos, seguros sociais obrigatórios, seguros privados ou pagamentos diretos; a forma de pagamento ou alocação de recursos – integrados, por contrato ou por reembolso; e a produção ou prestação de cuidados – serviços de saúde pública, hospitais, médicos, cuidados continuados ou domésticos).

Quadro 3.4 Instrumentos de reforma

Financiamento	Competição Aumento dos seguros privados Aumento dos seguros sociais
Pagamento/alocação	Negociação de contratos Escolha dos utentes
Produção/prestação	Concessão

No quadro 3.4 pode concluir-se que os países que dispunham de serviços nacionais de saúde semelhantes ao português -- sistemas de saúde universais, financiados através dos impostos e em que o Estado tem um papel relevante na prestação dos cuidados de saúde (como Inglaterra, Suécia, Espanha, Finlândia, Espanha e Itália) prosseguiram políticas semelhantes para enfrentar as pressões relativas à sustentabilidade do seu financiamento.

Quadro 3.5 Tipos de sistema de saúde e estratégias de mudança

Tipos de Sistema de Saúde	Objetivos da Mudança	Exemplos de políticas
Países sem seguro/cobertura universal [EUA]	Esforços para garantir a universalização da cobertura	Reforma da saúde nos EUA
Países com seguros sociais/seguros universais [França, Alemanha]	Alargar fontes de financiamento Assegurar cobertura dos que não estão incluídos no mercado de trabalho	Alemanha: os cuidados com as crianças passaram a ser pagos por impostos; França: uma taxa adicional sobre salários mais elevados com efeito redistributivo
Países com serviço nacional de saúde [Reino Unido, Suécia, Portugal, Espanha]	Separação entre os papéis de financiador, regulador e prestador. Concorrência entre sector público e privado Remercadorização	Hospitais geridos por privados. Adoção de mecanismos de mercado Privatização de parte dos cuidados saúde

No mesmo sentido, e segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), são três as principais pressões sobre os sistemas integrados de saúde, como o escolhido por Portugal: (i) pressão para o aumento do cofinanciamento das famílias; (ii) progressiva separação entre o Estado-prestador e o Estado-financiador; (iii) introdução de mecanismos de competição e de mercado interno no sistema prestador, facilitando assim o crescimento do sector privado (OPSS, 2001:15).

Quadro 3.6 Instrumentos de reforma da saúde em Portugal

Separação entre financiamento e prestação dos cuidados	Contratualização entre Estado e hospitais públicos; Gestão por objetivos.
Competição entre hospitais públicos e entre hospitais públicos e privados – mercado interno	Hospitais privados incluídos na rede pública, Amadora-Sintra; Deduções fiscais; Sistema remuneratório.
Diminuição do papel do Estado enquanto prestador	Acordos de cirurgia concessionada; Alargamento aos privados de novas áreas de prestação de cuidados (como os cuidados continuados, ou a medicina oral, através do cheque- dentista); Parcerias público-privadas.
Contenção de custos	Diminuição das comparticipações de medicamentos Aumento das taxas moderadoras, limitação da utilização de meios complementares de diagnóstico; Prevenção; Introdução dos medicamentos genéricos.

As últimas décadas demonstram uma evolução nas políticas de saúde. O trabalho de diversas instituições internacionais (OCDE, Banco Mundial, Organização Mundial de Saúde e União Europeia) marca definitivamente um olhar abrangente sobre aos sistemas de saúde, que influencia de forma indelével a formulação e implementação de políticas locais e nacionais. Os relatórios publicados por estas instituições estabeleceram para esta área das políticas públicas parâmetros de avaliação dos sistemas centrados simultaneamente na sua sustentabilidade e na eficiência, no acesso e equidade dos modelos de prestação de cuidados de saúde e na qualidade dos serviços prestados.

No fundo, estes parâmetros tornaram-se um referencial, não apenas para aferir e comparar, mas também para promover as mudanças nos sistemas e nas políticas. Tal quadro analítico e comparativo mais amplo permite ir além das discussões centradas apenas nos aspetos parcelares da gestão e discussão política de *cada um* dos sistemas: contenção de custos, relações Estado-mercado, etc. A partir deste quadro mais alargado, é possível, pois, estudar as mudanças nas políticas de saúde e avaliar os sistemas de saúde em torno de três grandes finalidades: (a) sustentabilidade e eficiência financeira; (b) equidade no acesso; e (c) qualidade dos cuidados e estado de saúde das populações.

3.2.3 Sustentabilidade do sistema

Uma das finalidades-chave das políticas de saúde, nas últimas décadas, tem sido a garantia da sustentabilidade do sistema, que decorre genericamente do problema do crescimento continuado da despesa, que em Portugal tinha, em 2009, ultrapassado os 10% do PIB.

No caso específico da saúde, o crescimento continuado da despesa que ocorre na generalidade das políticas sociais e que, aliado ao abrandamento do crescimento económico constitui um dos

principais problemas políticos, é agravado por quatro elementos essenciais. O primeiro fator prende-se com os custos que decorrem de uma maior procura de cuidados de saúde, dos recursos humanos e a crescente especialização das profissões médicas e paramédicas. O segundo fator relaciona-se com o peso crescente das tecnologias em saúde e o alargamento substancial das suas utilizações. O peso que este sector em particular tem decorre, não só de uma pressão financeira, mas também de uma pressão económica resultante da proximidade entre o sector farmacêutico e o sector financeiro. O terceiro está relacionado com uma composição da despesa mais exigente, ligada à cada vez maior relevância das despesas associadas à evolução demográfica e, em particular, ao intenso aumento da esperança de vida. Finalmente, as dimensões relacionadas com a política orçamental da União Europeia. Asensio (2021) afirma que "nas últimas décadas, as pressões da união monetária e as crises orçamentais emanadas da EU, colocaram o sistema de saúde perante pressões de austeridade severa que dificultaram a reconciliação com os objetivos universais do SNS" (Asensio, 2021:303),

3.2.4 Universalidade e equidade no acesso

Um dos objetivos fundamentais para os sistemas de saúde é a equidade. Podemos enquadrar neste objetivo duas dimensões: a universalidade do sistema, ou seja, o facto de todos os cidadãos terem acesso aos cuidados de saúde, e a igualdade perante o tratamento independentemente da condição financeira, ou seja, a garantia de que qualidade do tratamento não depende dos recursos financeiros das famílias, mas sim da necessidade do tratamento.

Portugal tem inscrito na Constituição um sistema de saúde universal, ou seja, que abrange todas as pessoas; geral, uma vez abrange todos os tratamentos necessários; e tendencialmente gratuito, no sentido em que os cuidados não são sujeitos a pagamento, sendo apenas possíveis taxas que moderem o recurso ao sistema. É um sistema com elevada equidade, no sentido em que a lei protege todos os cidadãos de igual forma, num sistema de saúde em que cada um contribui, através dos impostos, no âmbito das suas possibilidades para beneficiar de todas as potencialidades do sistema de acordo com as suas necessidades.

No entanto, persistem desigualdades no acesso (Barros *et al.*, 2007). Por um lado, áreas com pouca cobertura (ex.: cuidados dentários), por outro, áreas em que o peso de um sistema privado complementar é significativo e em que o sistema público dá resposta mais limitada (ex.: consultas de algumas especialidades).

3.2.5 Qualidade dos cuidados e o estado de saúde das populações

Um dos elementos centrais do contributo das instituições internacionais para as mudanças nas políticas na saúde prende-se com a valorização da qualidade dos cuidados e do estado de saúde das

populações. De facto, são hoje praticamente inexistentes projetos de mudança política que não incorporem conceitos e indicadores que vão além da dimensão da sustentabilidade financeira dos sistemas. Por exemplo, impactos na esperança média de vida e taxas de mortalidade infantil, de cobertura de tratamentos e meios de diagnóstico, tempos e listas de espera, ou a prevalência de algumas patologias, entre outros elementos.

Aliás, de tal forma a questão da qualidade e dos cuidados se tornou central para a avaliação e gestão dos sistemas de saúde que, neste campo, de forma excecional no panorama das políticas públicas, se sedimentou a ideia de que as mais inovadoras tecnologias e os mais recentes saberes profissionais devem estar disponíveis para todos a um custo comportável, como aliás a própria OMS reconheceu na Declaração de Alma-Ata, em 1978 (Sakellarides, 2001:102).

A qualidade dos cuidados funciona como polo agregador deste triplo objetivo que, na verdade, forma um triângulo: o sistema só tem qualidade se tiver garantidas a sustentabilidade e a equidade; só pode ser equitativo se for sustentável e tiver a mesma qualidade para todos; e só pode ser sustentável se tiver qualidade distribuída de forma equitativa. É a combinação destes três fatores que tem limitado as alterações estruturais e tem garantido legitimidade política e social ao SNS.

3.2.6 Dois desafios a superar

a) As tecnologias e as funções do Estado em saúde

A saúde tem um nível maior de complexidade que as restantes áreas das políticas públicas normalmente incluídas no campo mais amplo do bem-estar proporcionado pelo Estado. É verdade que existem inúmeras características comuns a outras áreas do Estado-providência, e que sobre os sistemas de saúde impendem as mesmas pressões, nomeadamente a pressão demográfica. Porém, existem especificidades que se constituem como constrangimentos específicos das políticas de saúde.

A principal característica distintiva da área da saúde assenta na sua profunda articulação com sectores económicos e nas consequências desta articulação para as funções do Estado na regulação dos diversos produtores de cuidados (Moran, 1995; 2000). A qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde dependem fortemente da dinâmica económica de atividades industriais e de serviços muito competitivos e, frequentemente, muito globalizados, como é o caso da indústria farmacêutica, do sector dos equipamentos médicos ou a comercialização de fármacos. Por outro lado, alguns desses atores económicos desenvolvem articulações estratégicas com os prestadores de cuidados no plano da investigação e desenvolvimento, que, por sua vez, influencia e é influenciada pela natureza e qualidade dos sistemas de ensino e formação.

A rentabilização de investimentos complexos e de grande dimensão, a pressão de mercados concorrenciais multifacetados e onde não é rara a existência de fenómenos de concentração do poder de

mercado faz da complexidade da envolvente económica do sector da saúde um fator determinante para o seu desenvolvimento.

Desta forma, a superação da tensão entre a necessidade de controlar a evolução da despesa e a vontade de melhorar a eficácia clínica dos atos médicos e de dinamizar a própria economia torna-se muito exigente e solicita uma difícil articulação entre as funções de financiamento, de prestação de cuidados e de regulação dos interesses económicos que o Estado é chamado a desempenhar. O facto de os interesses do Estado no desempenho destas funções serem, por vezes, contraditórios constitui um dos desafios mais relevantes das políticas públicas de saúde.

b) A necessidade de novas coligações: a autonomia clínica e as políticas de saúde

A concretização de políticas que combinem a garantia da sustentabilidade dos sistemas de saúde com o aumento da equidade dos modelos de prestação de cuidados e com a sua qualidade depende, não só de coligações políticas e sociais, mas também da participação dos profissionais de saúde nas medidas de contenção de custos e de ganhos de eficiência.

As estratégias para obter ganhos de eficiência assentaram nas últimas décadas em áreas como a alteração dos modelos de administração (empresarialização, nova gestão pública), na otimização dos procedimentos de gestão (por exemplo, centrais de compras, externalização de serviços) e correções de ineficiência de rede (por exemplo, encerramento de unidades de pequena dimensão, centralização de serviços). Sendo certo que haverá sempre margem para mais progressos, estar-se-á perto de um ponto em que os ganhos a este nível (gestão, rede) serão insuficientes para produzir mais impactos significativos na promoção da sustentabilidade do sistema.

O lugar central que os profissionais de saúde ocupam em qualquer estratégia de mudança nas políticas explica-se olhando para quatro esferas do seu poder profissional. Em primeiro lugar, o poder económico, assente não só na propriedade dos lugares de produção dos cuidados de saúde, como na definição dos honorários e nas condições em que os serviços são prestados – quem tratar, como tratar, quando tratar. Em segundo lugar, o poder estratégico, ou seja, a capacidade de influenciar as políticas e de as legitimar, mas também o de definir os objetivos de trabalho para os profissionais. Em terceiro lugar, o poder administrativo, isto é, o poder de gestão nos hospitais, nas direções clínicas, etc.). E, finalmente, o poder operacional, que resulta da autonomia profissional, do julgamento clínico, da definição dos protocolos e dos procedimentos, da identificação de problemas e da decisão relativamente às soluções.

Assumir plenamente a autonomia profissional dos médicos, ao mesmo tempo que se reconhece que é na sua esfera de decisão que se definem as escolhas com impacto económico e financeiro, implica que estes têm de ser parte ativa – e, aliás, decisiva – na definição de protocolos clínicos e de

utilização eficaz e racionalizada dos meios disponíveis, favorecendo condições de sustentabilidade de longo prazo, que de outro modo serão inviáveis. Vale a pena citar António Correia de Campos:

> Um diretor de um hospital tem de fazer pressão sobre os diretores para controlarem a fatura tecnológica, sobretudo naqueles postos de despesa de grande crescimento como é a imagiologia, a sida, o cancro, essas três áreas onde aparecem medicamentos novos, muitos não inovadores.

O diálogo é muito difícil. Um diretor de hospital tem que dialogar com diretores de serviço que dizem, mas este produto é absolutamente essencial, é novo, tem as melhores credenciais no estrangeiro, você não pode de maneira nenhuma, nós não podemos deixarmo-nos atrasar; eu tenho os meus doentes e a minha responsabilidade, etc. (Campos, citado por Rodrigues e Silva, 2013: 298)

No plano do debate político, é frequente a oposição de modelos alternativos de cuidados de saúde apresentadas como capazes de superar os problemas de sustentabilidade financeira, de eficiência e de equidade e qualidade do sistema. Este tipo de mudanças políticas é descrito como mudanças *big bang* que, alterando a equação que define as responsabilidades públicas no financiamento, propriedade e prestação dos cuidados de saúde, solucionariam os principais pontos críticos.

Porém, o peso da dependência de percurso (Pierson, 1995) e os custos de transição contribuem para que a mudança nas políticas tenda a ser feita dentro do modelo existente em cada país, assentando em mudanças incrementais. Por outro lado, o trabalho comparativo de sistemas de saúde desenvolvido pelas organizações internacionais contribuiu, não só para que as decisões políticas sejam mais baseadas em informação e conhecimento e opções concretizáveis, como para a crescente convicção de que não existe um modelo de sistema de saúde isento de problemas de sustentabilidade, equidade ou qualidade, capaz de superar os problemas que os diversos países enfrentam.

No entanto, esta mudança não parece ter ocorrido no debate público. As tensões no debate político muitas vezes decorrem no plano da discussão em torno de modelos teóricos alternativos e não no plano das escolhas políticas possíveis nos quadros institucionais e políticos existentes. Estas disputas, que pela sua natureza tendem a ser extremadas, diminuem o espaço para a produção de consensos, enquanto retiram legitimidade ao sistema (sob crítica) e às próprias mudanças (que, incrementais, nunca correspondem na totalidade às expectativas criadas).

O contraste entre os termos do debate político e as possibilidades reais de reforma, que aliás poderia constituir, por si, um obstáculo a superar (embora de tipo diferente dos acima desenvolvidos), é mais um elemento demonstrativo da importância do estudo e da investigação em políticas públicas

3.3 Tipologias nas políticas de educação e de saúde

Podemos, finalmente, e para efeitos comparativos, no quadro 3.6, procurar encontrar as convergências e divergências nas tipologias propostas por diversos autores que aqui foram apresentadas para as diferentes áreas: Estado-providência, saúde e educação.

Quadro 3.7 Resumo da situação de Portugal das várias tipologias

Tipologias (área do EP em que se centra)	**Categorias incluídas na tipologia apresentada**	**Situação de Portugal**	**Elemento**
Esping Anderson (Estado-providência)	Social-democrata; Continental Liberal	Não referido. Desenvolvimento de um modelo continental	
Ferrera (Estado-providência)	Social-democrata; Continental Liberal Sul da Europa	Sul da Europa	
Moran (Saúde)	Comand and control states Supply States Corporative States Insecure comand and control states	Insecure comand and control states (Portugal, Espanha, Grécia e Itália)	Início tardio, em período de escassez. Poder médico
OCDE (Saúde)	Seguro privado Seguro público c gatekeeping Privado complementar sem gate keeping Publico com gatekeeeping e ampla escolha Público, gatekeeping, escolha limitada Público com ampla escolha e constrangimento orçamental	(Públicos, gatekeeping, escolha limitada) Dinamarca, Finlândia, México, Portugal e Espanha.	Maioritariamente públicos, escolha limitada
Wendt (Saúde)	Sistemas orientados para a provisão Cobertura universal tipo acesso controlado Orçamento reduzido – tipo acesso restrito	Orçamento reduzido – tipo acesso restrito Portugal, Espanha, Finlândia.	Acesso restrito, elevados pagamentos diretos
Busemeyer e Nicolai (Educação)	Países escandinavos Norte da Europa – dual Modelo continental Mediterrâneo Anglófonos	Itália Espanha Portugal	Peso da igreja católica na educação.
Hega e Hokenmaier (Educação)	Social-democrata; Continental Liberal		Correlação entre despesa em educação e despesa em segurança social

Esta análise permite concluir que o caso português é normalmente associado a outros países da Europa do Sul, tanto nas tipologias criadas para proteção social, como para a saúde ou para a educação.

Como se demonstra no quadro 3.7, Portugal aparece maioritariamente associado aos restantes países do sul da Europa nas várias tipologias, sendo a criação tardia e a configuração institucional do Estado-providência – na sua dimensão generalista, na educação e na saúde – o elemento que tende a associar os países do sul. Aliás, esta associação aos países do sul da Europa é mais relevante nas tipologias que assentam nas características institucionais, e não na análise da despesa pública em cada sector.

Esta associação dos países da Europa do Sul foi explorada por Malefakis (1995) e Silva (2002) ou Guillén (2008), podendo ser identificados: os fatores físicos e geográficos (proximidade ao Mediterrâneo, localização periférica, recursos disponíveis e o seu efeito nos padrões de especialização); os fatores histórico-políticos (peso da Igreja Católica, coincidência da existência de regimes autoritários e simultaneidade do seu fim, bem como a transição para governos sociais-democratas na sequência do fim do regime autoritário); os fatores sociais (instituições sociais, nomeadamente as que decorrem do peso da Igreja Católica, o peso das classes médias, etc.).

Isto significa, de acordo com Silva (2002), que daqui decorrem desafios e pressões para a mudança distintos dos que ocorrem noutros modelos, nomeadamente os que dizem respeito ao papel do Estado enquanto regulador, financiador e organizador. Isto é particularmente visível no que está relacionado com o carácter misto dos sistemas de saúde e o peso histórico da igreja na educação, na saúde e na ação social.

3.4 Para uma análise da mudança nas políticas de saúde e de educação no contexto das reformas do Estado-providência

Descritos os processos e as tendências de transformação no Estado-providência (capítulo 2), analisadas as especificidades desses processos quando aplicadas ao caso das políticas de educação (capítulo 3.1) e de saúde (capítulo 3.2), importa agora consolidar estes elementos de mudança num quadro analítico que nos permita, na segunda parte desta investigação, compreender as mudanças e as permanências nas políticas de educação e de saúde em Portugal, e a forma como estas transformaram o equilíbrio entre o Estado e o mercado, entre o sector público e o sector privado.

Os conceitos de remercadorização, contenção de custos e recalibragem (Pierson, 2001:279) foram utilizados para descrever os tipos de mudanças no Estado-providência nos últimos anos e resultam sobretudo de pesquisas e estudos centrados nas prestações e nas transferências sociais. Mas são, sem dúvida, conceitos aplicáveis à análise que aqui se desenvolve – das transformações a que os sistemas de saúde e de educação sofreram nas últimas décadas.

Mas estes conceitos não esgotam as dimensões de mudança nestas duas áreas, desde logo porque não cobrem as mudanças na organização dos serviços públicos, governação dos serviços públicos, na privatização da prestação dos serviços públicos e na liberdade de escolha do cidadão que passa a ser tratado como cliente, à luz das sucessivas mudanças nos modelos de governo e administração.

Da análise desenvolvida por autores como Ball (2007) e Pollock, Leys, & Price (2006), realça-se a importância da proposta de Bob Jessop (2002). Na sua visão da relação entre o capitalismo e a intervenção do Estado, Jessop analisa a substituição do Keynesian National Welfare State (KNWS) por aquilo a que chama o Schumpeterian Workfare State (SWS), ou estado competitivo.

Jessop (*idem*) defende que desde o final da década de 1970 se podem observar um conjunto de transformações no regime de acumulação de capital, passando do regime de acumulação fordista para o regime de acumulação pós-fordista, que teria tornado a economia política baseada no Estado-providência e no keynesianismo irrelevante ou obstrutiva do desenvolvimento do regime de acumulação capitalista.

Esta transformação estrutural ter-se-ia materializado num conjunto de "crises" – de inflação, de desemprego, de pressão fiscal, de ingovernabilidade –, levando, progressivamente, à deslegitimação do KNWS e à sua transformação progressiva no SWS. Note-se que Jessop rejeita o conceito de desmantelamento, descrevendo antes um processo de substituição progressiva e até de coexistência do KNWS e do SWS.

Esta transformação inicia-se, segundo Jessop (*ibidem*), no final dos anos 1970. Nesta fase o peso dos encargos financeiros com a despesa pública torna-se um problema e tornam-se visíveis as disfunções das respostas do Estado, enquanto crescem as expectativas dos cidadãos sobre o funcionamento do Estado-providência. A transformação operada traduz-se na passagem do Estado-desmercadorizador do pós-guerra para um estado remercadorizador e, segundo Jessop, esse processo traz consigo um processo de destatização, "o redesenho da fronteira público-privada, realocação de tarefas, e rearticulação da relação entre organizações e tarefas atravessam esta fronteira" (Jessop, 2002:199).

Ora, como afirma Ball, "este processo de redesenho, realocação e rearticulação [da fronteira público-privado] é muito evidente nas políticas educativas mais recentes, em geral, e nas políticas de privatização em particular" (Ball, 2007:9). E, como afirmam Pollock *et al.* (2006), é também evidente na saúde: "com cada nova introdução de provisão privada no NHS, a influência política dos prestadores privados aumenta, e a cultura dominante aproxima-se progressivamente mais da de uma empresa privada, enquanto as estruturas de controlo nacional são progressivamente desmanteladas (Pollock *et al.*, 2006:84).

Uma das respostas centrais a estas crises é muito influenciada pelo trabalho e pelas recomendações da OCDE e pode ser organizada no lato conceito de nova gestão pública (*new public management*). Nele estão contidas mudanças como a reorganização da administração pública e do Estado, a

gestão e a avaliação de recursos humanos e a simplificação administrativa e desburocratização. O objetivo central destas mudanças é a correção das falhas do Estado, assumindo que este processo será acompanhado de redução de despesas. Para sintetizar as transformações incluídas neste conceito de NGP é útil citar o relatório OCDE (1995):

- foco nos resultados em termos de eficiência, efetividade e qualidade;
- substituição de estruturas hierárquicas fortemente centralizadas por ambientes de gestão descentralizados, em que a tomada de decisão de alocação de recursos ou de prestação de serviços seja feita mais próximo do lugar em que o serviço é prestado e que torne possível a avaliação dos utentes e de outros grupos de interesse;
- flexibilidade na procura de alternativas à provisão pública;
- grande foco na eficiência dos serviços prestados diretamente pelo Estado, que passa pela fixação de objetivos de produtividade e pela criação de ambientes de competitividade dentro e entre organizações do sector público;
- fortalecimento da capacidade de orientação estratégica a partir do poder central.

Ou seja, resulta deste enquadramento que para a pesquisa que se apresenta importa explorar a especificidade do sistema de saúde e de educação enquanto subsistemas do Estado-providência. Tal significa, nomeadamente, acrescentar aos conceitos descritos na literatura do Estado-providência centrada na análise das transferências, novos conceitos que permitam estudar as pressões específicas sobre o sector dos serviços.

3.4.1 Um quadro analítico para o estudo das mudanças nas políticas públicas de saúde e educação

A partir da leitura dos capítulos anteriores, em que se analisam as principais tendências e pressões para a mudança nas políticas do bem-estar, em particular na área da educação e da saúde, pode identificar-se um conjunto de tendências de mudança, objetivos e instrumentos de políticas comuns que orientarão o trabalho aqui desenvolvido.

É a partir deste tríptico (tendência de mudança – objetivo – instrumento) que se organizará a descrição da variável dependente – equilíbrio público/privado nas políticas de saúde e de educação – e, sucessivamente, a construção do modelo de análise que se procura desenvolver nesta investigação.

Incluem-se entre as principais tendências de mudança no Estado-providência, designadamente na prestação de serviços de educação e saúde, os conceitos já apresentados de remercadorização, de contenção de custos e de recalibragem, e acrescenta-se ainda, para esta análise, a dimensão da governança, por ser uma das dimensões mais significativas nas mudanças a que a vertente dos serviços do Estado-providência tem vindo a ser sujeita (cf. Ball, (2007 e 2008); Jessop (2002); Moran (1995 e 1999)).

Relativamente ao conceito de remercadorização (Pierson, 2001 e 2006), ou seja, ao processo através do qual o Estado recua, num caminho inverso àquele feito no pós-guerra, devolvendo as politicas de bem-estar a uma maior dependência do mercado, ou seja, a uma maior dependência em relação às condições de partida dos indivíduos. Este recuo do Estado pode assumir diversas formas e ser concretizado em diferentes graus. Pode referir-se à privatização dos equipamentos (escolas, hospitais), à provisão do serviço (concessionando-o a privados), mas também à privatização, mais frequente e mais antiga, de *soft services* (Ball, 1997), como os manuais escolares, medicamentos, ou as refeições escolares e hospitalares ou até à privatização da gestão.

Para o trabalho que aqui se desenvolve, seguindo a proposta de Ball (2007), o conceito de remercadorização é subdividido em duas dimensões analíticas: a) a privatização dos serviços (incluindo a privatização propriamente dita de equipamentos, a concessão dos equipamentos ou dos serviços a privados, o recurso a parcerias público-privadas) e b) a implementação de medidas de *cofinanciamento*, ou seja, formas mais mitigadas e parciais de privatização (incluindo as estratégias de copagamento propriamente ditas, modelos de cofinanciamento de *soft services*, como os manuais ou os medicamentos, ou dos serviços de apoio). Ou seja, "o mercado da educação já não é apenas uma questão de escolha e de concorrência entre instituições de ensino", mas igualmente "um sistema de bens, serviços, experiências e percursos difuso, em expansão e sofisticado – alimentado pelo sector público e pelo sector privado" (Ball, 2005:11).

Note-se que, aqui, não se está a utilizar o conceito de remercadorização tal como ele é apresentado em resposta à desmercadorização descrita por Esping-Andersen. Para o autor, estava em causa apenas a dimensão de acesso por parte dos indivíduos ao bem-estar ser visto como direito, ou seja, existir independentemente da situação de mercado (ou perante o mercado) de cada individuo. A definição utilizada nesta investigação parte de uma das dimensões do conceito mais próximas da proposta original de Esping-Andersen – o aumento do cofinanciamento –, e estende-se o conceito aos mecanismos de recuo do papel do Estado, de que a privatização ou a privatização parcial são exemplos, mesmo quando eles não implicam diretamente a oneração do individuo. A este mesmo propósito, retomam-se as explicações que Whitty, Power & Halpin (1999) a propósito da utilização mais alargada do conceito de quase-mercado: "cada vez se utiliza mais a expressão quase-mercado para caracterizar a intenção de introduzir forças de mercado e formas de decisão próprias do sector privado na provisão da educação e dos serviços de bem-estar social" (Whitty, Power & Halpin, 1999:15).

Esta adaptação do conceito é, naturalmente, polémica – e a ela se regressará inevitavelmente; nesta fase importa elencar as três razões para esta adaptação.

Em primeiro lugar, ainda que não se traduza diretamente no pagamento dos serviços por parte dos cidadãos, a privatização de serviços de educação e saúde altera a forma como a prestação do serviço público é assegurada e transforma esses serviços, objetivamente, numa mercadoria. A

prestação do serviço, além da concretização de um direito, torna-se, simultaneamente, uma forma de maximização do lucro.

Em segundo lugar, para manter a coerência com a já referida análise de Ball, julga-se pertinente considerar a privatização de primeira ordem (serviços fundamentais) e segunda ordem (serviços secundários) como duas dimensões e dois graus de uma mesma tendência de reforma no sector dos serviços públicos do Estado-providência. Finalmente, porque é importante reconhecer que existe um conjunto de evidências empíricas que permite relacionar estes processos de privatização parcial ou total dos serviços com mecanismos de redução da equidade e do acesso, em condições de igualdade, aos bens e serviços quando estes são prestados de forma convencionada, de que a desnatação de serviços públicos, quando é instituída a liberdade de escolha nas escolas ou nos hospitais, é um dos principais exemplos.

Mas, na verdade, importa aqui voltar à definição de retração proposta por Paul Pierson:

> Mudanças nas políticas que diminuem a despesa em proteção social ou transformam a estrutura do Estado-providência no sentido de o aproximar dos modelos mais residuais de Estado-providência ou que alteram o ambiente político no sentido de tornar mais fáceis estas transformações (Pierson, 1995: 17).

É no fundo neste sentido que aqui se adapta o conceito de remercadorização – o de aproximar o modelo de Estado-providência no que aos programas de saúde e educação diz respeito – de modelos de maior proximidade ao mercado e de maior dependência das instituições e dos interesses do mercado. Não apenas porque essa transformação é em si relevante, mas porque ela propicia uma mudança institucional que facilita a remercadorização, no seu sentido mais próximo do utilizado por Paul Pierson e pela literatura do Estado-providência mais centrada na dimensão das transferências.

Relativamente à contenção de custos, as dimensões incluídas neste conceito não diferem significativamente das utilizadas para a análise do Estado-providência em geral, podendo ser incluídas todas as mudanças que procuraram reduzir a despesa em saúde e educação, ainda que devam ser excluídas deste tipo os casos em que essa redução de despesa se faça à custa de ter sido transferida diretamente para as famílias, para que não se confunda com a introdução de modalidades de copagamento. Entre os instrumentos incluídos nesta tendência podemos referir as reduções de horas extraordinárias, os congelamentos nas carreiras, o fim de alguns programas e serviços, a redução dos custos de funcionamento.

O conceito de recalibragem inclui as dimensões de racionalização, quando estamos perante alterações de politicas e programas existentes, mantendo os objetivos, mas alterando as condições de provisão, por exemplo condicionando os apoios ou os serviços à condição de recursos do beneficiário; e as dimensões de *atualização*, quando estão em causa medidas que procuram responder a novos problemas, como as políticas de cuidados continuados, programas específicos de educação de adultos ou de inclusão de imigrantes.

Finalmente, há que incluir as dimensões relacionadas com a governação. A partir da década de 1980, em Portugal como na generalidade dos países da Europa, o debate em torno do governo do Estado e dos serviços públicos ganhou centralidade. As pressões financeiras e políticas sobre o Estado-providência têm nas mudanças nos modelos de governação um dos principais campos de resposta. Estas mudanças na forma de governação, assentes na redefinição do papel do Estado e na "distribuição de responsabilidades" (Van Zanten, 2004, citada por Batista, 2015) podem ser descritas como a mudança do conceito de governação para o conceito governança, significando esta mudança a entrada em cena de um maior número de atores (além do Estado).

Estão incluídas nesta transformação no governo dos serviços públicos as mudanças na regulação (Majone,1997): (a) quem regula, incluindo a tendência para a transferência de funções de regulação para instâncias supranacionais e os processos de descentralização para o nível local – público ou não público; (b) a juridificação da regulação, que significa que ao mesmo tempo que o controlo direto diminui, aumenta a necessidade de regular através da lei e de instrumentos jurídicos cada vez mais complexos) e, (c) a alteração nas formas de gestão pública, aproximando-a das lógicas de mercado, naquilo que se convencionou ser a nova gestão pública, ou a passagem do controlo dos processos para o controlo através dos resultados.

Temos, portanto, um quadro conceptual para a análise da mudança nos serviços públicos de educação e saúde em grande parte semelhante ao que encontramos na literatura das últimas décadas do Estado-providência, em que se destacam os conceitos de remercadorização, recalibragem e contenção de custos. No caso do conceito de remercadorização, optou-se, nesta fase, pela sua redefinição de modo que se incluísse o crescente recurso ao mercado para a prestação de serviços que até aqui eram assegurados pelo Estado.

A especificidade dos serviços públicos de bem-estar, em particular no caso da saúde e da educação, implicou também acrescentar uma dimensão relacionada com a governação dos sistemas públicos. Neste caso, procurando abarcar as dimensões que se prendem com as mudanças na função de governo e regulação por parte do Estado, particularmente importante nos casos em que o recuo do Estado no financiamento e na provisão dos serviços é mais significativo.

No quadro 3.7, apresenta-se a operacionalização destes conceitos que descrevem a mudança nas políticas públicas de Estado-providência – a remercadorização, a contenção de custos, a recalibragem e a governança –, identificando os objetivos de cada tipo de mudança, os instrumentos e as medidas de política que, no caso da saúde e da educação, concretizam essas mudanças e que desenvolveremos nos próximos capítulos.

Quadro 3.8 Análise da mudança nas políticas de saúde e educação

		Objetivo	**Instrumentos**	**Exemplos de medidas de política**
Remercadorização	Privatização dos serviços (1.ª ordem e 2.ª ordem)	Alteração do papel do Estado. Redução da dívida pública Redução do défice	Privatização de hospitais/escolas públicas; Parcerias público-privadas (PPP); Concessão a privados do serviço público de saúde e de educação; Contratação de serviços; Hospitais/escolas privadas com financiamento público.	Hospitais/escolas concessionados aos privados PPP Cheque-ensino/cheque-dentista Contratos de associação/Convenções Criação de novos mercados nos serviços de segunda ordem (manuais, exames, serviços hospitalares)
	Cofinanciamento	Aumento do financiamento das famílias Redução do défice	Mudanças nas comparticipações dos medicamentos; Introdução ou aumento de taxas moderadoras ou propinas; Cobrança por serviços	
Contenção de Custos		Redução do peso da despesa em saúde e educação Redução do défice	Redução de despesas Redução do serviço	Reduções salariais, limites às horas extraordinárias, limites à progressão na carreira
Recalibragem		Racionalização (limitação da universalidade) Redireccionamento do investimento para novos problemas		Cuidados continuados Educação de adultos
Governança		Aproximação aos modelos de organização e gestão do mercado; Eficiência.	Empresarialização Profissionalização da gestão. Autonomia e descentralização	Hospitais SA e EPE Escolas com contratos de autonomia

***

Com este capítulo encerra-se a primeira parte desta tese que prosseguirá, na segunda parte, mobilizando os conceitos e as teorias aqui descritas para a análise e compreensão do caso específico das políticas de saúde e de educação em Portugal ao longo dos primeiros 40 anos do regime democrático.

PARTE II | POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE EM PORTUGAL: TRAJETÓRIAS, MOMENTOS CRÍTICOS E ESCOLHAS DEFINIDORAS

4. EDUCAÇÃO: TRAJETÓRIAS, MOMENTOS CRÍTICOS E INSTRUMENTOS DEFINIDORES

Neste capítulo procurar-se-á descrever e compreender as principais mudanças na política educativa e no papel do Estado na educação em Portugal. Essa análise, central para o estudo que aqui desenvolvemos, atravessará diferentes momentos históricos e diferentes tipos de políticas públicas. Relativamente aos momentos históricos em análise, discorreremos brevemente e com o propósito de enquadramento relativamente ao período que antecede a democracia e detalhadamente sobre os primeiros 40 anos do regime democrático. No que diz respeito ao tipo de políticas, estudaremos os fundamentos constitucionais, as leis de bases e diferentes instrumentos de políticas públicas cujas mudanças, não sendo concretizadas no plano constitucional ou das bases do sistema educativo, se traduziram em novos instrumentos de política que introduziram mudanças significativas nos quadros cognitivos, nos recursos e no equilíbrio de forças entre Estado e mercado.

Os atores responsáveis pela aprovação destas políticas são, assim, diferentes, estando em causa decisões da Assembleia da República obrigatoriamente tomadas por maioria qualificada e que, por isso, carecem de um consenso alargado (como é o caso das alterações constitucionais), decisões da Assembleia da República tomadas por maioria simples (de que são exemplo as leis de bases) e decisões tomadas pelo Governo (decretos-lei) e mesmo decisões tomadas exclusivamente pelo ministro ou ministros responsáveis pelas área (despachos, regulamentos, contratos).

Assim, procuraremos, em primeiro lugar, enquadrar as origens do sistema educativo português, na tentativa de identificar os momentos fundamentais no estabelecimento do direito à educação e do desenho do sistema educativo, identificando as suas origens e descrevendo a trajetória fundamental do seu desenvolvimento até ao período que antecede a instituição de democracia em Portugal. Esta análise terá a preocupação de identificar os momentos fundamentais da assunção por parte do Estado do protagonismo em matéria educativa e da criação de dependências de trajetória ou de elementos de rigidez institucional que possam ter vindo a limitar as oportunidades de mudança futura.

Em segundo lugar, exploraremos os fundamentos constitucionais referentes à educação, debruçando-nos, designadamente, sobre a evolução do disposto nos cinco artigos dedicados à educação na Constituição da República Portuguesa (Artigo 43.º – Liberdade de aprender e de ensinar; Artigo 73.º – Educação, cultura e ciência, Artigo 74.º – Ensino, Artigo 75.º – Ensino público, particular e cooperativo, Artigo 76.º – Universidade e acesso ao ensino superior e Artigo 77.º – Participação democrática no ensino). Essa análise partirá da Constituição da República Portuguesa aprovada em 1976 e terá em conta a forma como o estabelecido para a educação em 1976 foi evoluindo nas revisões constitucionais de 1982, 1989 e 1997.

Em terceiro lugar, explorar-se-á a política estabelecida através da aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) e a mudança introduzida através das suas diferentes revisões. Essa análise parte do contexto da aprovação da LBSE de 1986, procurando explorar as origens, as razões e os efeitos de uma convergência que permitiu a quase unanimidade na sua aprovação; refere depois brevemente as alterações pontuais à LBSE (em 1997 e 2005); analisa a aprovação de uma alteração à LBSE, em 2004, que constituiria a primeira transformação profunda do quadro do sistema educativo, que acaba por ser vetada pelo Presidente da República e, finalmente, desenvolve a aprovação do aumento da escolaridade obrigatória concretizada na alteração à LBSE de 2009.

Em quarto lugar, explorar-se-á a análise dos instrumentos de ação política que materializam a relação entre o Estado e o mercado na educação, promovendo alterações nos equilíbrios estabelecidos e jogando um papel decisivo neste *puzzle*:

i. O estatuto do ensino particular e cooperativo e a criação e desenvolvimento dos contratos de associação como instrumento de mudança do equilibro entre sector público e sector privado na educação em Portugal;
ii. O desenvolvimento do caso particular da educação de infância (ou educação pré-escolar), desenvolvida numa parceria entre sector social e sector público, sendo o sector privado anterior e, durante várias décadas, hegemónico;
iii. A criação e desenvolvimento das escolas profissionais, que constitui um exemplo de predominância do sector privado centrado numa via de ensino específica, medida esta que, na prática, acaba por vir a ser generalizada através do desenvolvimento dos cursos profissionais oferecidos pela escola pública.

Finalmente, analisaremos a evolução de um conjunto de indicadores estatísticos e financeiros reveladores do equilíbrio entre sector público e sector privado no sistema educativo e apresentaremos uma proposta de periodização das políticas públicas de educação, baseada nos contributos de outros autores e complementada pela análise efetuada neste capítulo.

4.1 As origens do sistema educativo

As origens da assunção por parte do Estado de um papel na educação, à semelhança do que acontece com os restantes direitos sociais, podem ser procuradas durante o período liberal. Desde a Constituição de 1822 que estão inscritos direitos dos cidadãos relativos à educação, bem como deveres do Estado relativamente a estas matérias.

No entanto, no caso da educação, é com a expulsão dos jesuítas, e pela mão do Marquês do Pombal, que o Estado assume os primeiros passos no protagonismo nas funções de educação. Os passos mais significativos são, contudo, dados no início do século XX, com a 1.ª República.

A assunção por parte do Estado de funções educativas deve ser procurada no período pombalino e ocorre em particular de uma ação contra os jesuítas. Realça-se a criação do diretor-geral dos Estudos (1759), bem como a criação das escolas régias (1759), das aulas de comércio (1759), do colégio real dos nobres (1761) e das escolas de ler e contar (1772). Para o financiamento da sua política de instrução, foi criado pelo reino um imposto, o subsídio literário (1761) – um real por cada canada de vinho – que se estimou que rendesse 100 milhões de reais.

É a partir da primeira investida liberal que, com a inspiração das influências europeias decorrentes da Revolução Francesa, se inicia a tentativa de construção de um sistema de ensino que correspondesse às visões da nova sociedade, baseada na liberdade, na igualdade e na fraternidade, na substituição do antigo regime e à pretendida ascensão da burguesia.

Quadro 4.1 A educação nas Constituições liberais

Constituição de 1822
Artigo 237.º Em todos os lugares do reino, onde convier, haverá escolas suficientemente dotadas, em que se ensine a mocidade portuguesa de ambos os sexos a ler, escrever, e contar, e o catecismo das obrigações religiosas e civis.
Artigo 238.º Os atuais estabelecimentos de instrução pública serão novamente regulados, e se criarão outros onde convier, para o ensino das ciências e artes.
Artigo 239.º É livre a todo o cidadão abrir aulas para o ensino público, contanto que haja de responder pelo abuso desta liberdade nos casos, e pela forma que a lei determinar.
Carta Constitucional de 1826
Artigo 145.º A inviolabilidade dos Direitos Civis e Políticos dos Cidadãos Portugueses, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Reino, pela maneira seguinte:
§30 A instrução primária é gratuita a todos os cidadãos.
§32 Colégios e Universidades onde serão ensinados os Elementos das Ciências, Belas Letras e Artes.
Constituição de 1838
Artigo 28.º A Constituição também garante:
I. A instrução primária e gratuita;
II. Estabelecimentos em que se ensinem as ciências, letras e artes;
Artigo 29.º O ensino público é livre a todos os Cidadãos, com tanto que respondam, na conformidade da lei, pelo abuso deste direito.

A partir daqui podemos associar fortemente os momentos de inflexões político-sociais à proclamação de objetivos para a educação (Serrão,1982:22), ainda que estes não impeçam a estruturação de um sistema de ensino, que se desenvolve de forma resiliente, ainda que muito lentamente.

A primeira fase é marcada pelas alterações constitucionais referidas no quadro 4.1 e onde se consagra a liberdade de ensino (Constituição de 1822) e mesmo a gratuitidade do ensino primário (Carta Constitucional de 1826). Destaca-se, entre 1920 e 1923, "a criação de 59 escolas primárias; o incentivo ao ensino primário feminino, praticamente inexistente; o aumento dos vencimentos dos professores,

a proclamação solene da liberdade de ensino, a qual seria posta em causa após a Vilafrancada" (Serrão, 1982: 25). Este ímpeto regressa em 1820 e é novamente interrompido pelo conservadorismo miguelista, entre 1827 e 1834.

É com Passos Manuel (1838) que é desenhado o primeiro sistema de ensino moderno, estabelecendo a liberdade e obrigatoriedade[34] de prestação do serviço do ensino primário, uma rede de liceus na sede de cada distrito e uma rede de escolas técnicas. O período liberal, extremamente conturbado do ponto de vista político, com constantes avanços e recuos, substituições de responsáveis políticos e um muito limitado orçamento dedicado à educação contribuem para a não concretização destas políticas até à Implantação da República, em 1910.

Podemos identificar a educação como um domínio central no republicanismo e no projeto da república. A educação e a afirmação de uma escola pública foram um traço essencial do ideal republicano e uma das bases de legitimação da república, enquanto projeto político.

É, por isso, na Constituição de 1911 que que são incluídos pela primeira vez num texto constitucional os princípios de obrigatoriedade e gratuitidade do ensino público.

Quadro 4.2 Educação na Constituição Republicana

Constituição de 1911
Artigo 3.º
§ 10 O ensino ministrado nos estabelecimentos públicos e privados fiscalizados pelo Estado será neutro em matéria religiosa.
§ 11 O ensino primário elementar será obrigatório e gratuito.

De entre as concretizações da república, destaca-se uma reforma do ensino primário, logo em 1911, que instituiu um ensino infantil facultativo de três anos, um ensino primário elementar e obrigatório de outros três, um ensino primário complementar de dois anos e um ensino primário superior de três anos. Rómulo de Carvalho afirma que "A reforma da instrução primária de 29 de março de 1911 é um documento notabilíssimo que nos colocaria ao nível dos países mais avançados no domínio da instrução, se fosse minimamente executada" (Carvalho; 1996:665).

Se o ensino infantil (entre os 5 e os 7 anos de idade) de carácter oficial não passou do papel, o mesmo não se pode dizer do seu ramo particular. É nesta altura que surgem os jardins-escola de João de Deus, tendo o primeiro sido inaugurado logo em abril de 1911. O Estado republicano considera o ensino primário particular livre, desde que este seja exercido por indivíduos com competência legal,

[34] A obrigatoriedade de frequência é estabelecida pela primeira vez em 1844, num decreto do governo (28 de setembro de 1844) que estabelecia que "Os pais, residentes em localidades onde haja escola situada a um quarto de légua, deverão mandar os filhos à escola, desde os sete anos e quinze anos de idade", prevendo uma multa para quem faltasse ao seu dever."

que se sujeitem à fiscalização e que nunca tenham ensinado doutrinas contrárias à doutrina republicana (Carvalho,1996:670)

De destacar, ainda, a criação, em 1913, do Ministério da Instrução Pública (que havia existido esporadicamente em 1870), a reestruturação do ensino profissional (que duplicou o número de alunos durante a 1.ª República) e a criação da Universidade de Lisboa e da Universidade do Porto.

Quando, em 1926, um golpe militar põe fim à 1.ª República, os resultados eram muito positivos. Nas palavras de Newton de Macedo (citado por Serrão, 1982: 28) "A obra da república em matéria de ensino bastaria só por si para justificar a mudança de regime operada em 5 de outubro de 1910". No entanto, estávamos ainda muito longe de cumprir os objetivos republicanos para a educação.

Quadro 4.3 A educação na Constituição de 1933

Constituição de 1933
Artigo 42.º
A educação e instrução são obrigatórias e pertencem à família e aos estabelecimentos oficiais ou particulares em cooperação com ela.
Artigo 43.º
O Estado manterá oficialmente escolas primárias, complementares, médias e superiores e institutos de alta cultura.
§1.º - O ensino primário elementar é obrigatório, podendo fazer-se no lar doméstico, em escolas particulares ou escolas oficiais.
§2.º - As artes e as ciências serão fomentadas e protegidas no seu desenvolvimento, ensino e propaganda, desde que sejam respeitadas a Constituição, a hierarquia e a ação coordenadora do Estado.
§3.º - O ensino ministrado pelo Estado é independente de qualquer culto religioso, não o devendo, porém, hostilizar, e visa, além do revigoramento físico e do aperfeiçoamento das faculdades intelectuais, à formação do carácter, do valor profissional e de todas as virtudes cívicas e morais.
§4.º - Não depende de autorização o ensino religioso nas escolas particulares.
Artigo 44.º
É livre o estabelecimento de escolas particulares paralelas às do Estado, ficando sujeitas à fiscalização deste e podendo ser por ele subsidiadas, ou oficializadas para o efeito de concederem diplomas, quando os seus programas e categorias do respetivo pessoal docente não forem inferiores aos dos estabelecimentos oficiais similares.

No período do Estado Novo não se renega o objetivo de construção de escolas e de generalização da oferta educativa, alcançando-se neste período um elevado ritmo no aumento das taxas de escolarização – entre 1930 e 1940 as taxas de escolarização entre os 7 e os 11 anos mais do que duplicam (de 27% para 54%), enquanto entre 1911 e 1930 havia crescido de 20% em 1911 para 27% em 1930 (Carvalho, 1996: 793).

Apesar deste progresso, assiste-se na fase inicial do Estado Novo àquilo que Sérgio Grácio (1986) denominou de "nivelar por baixo", estando aqui em causa "refrear os encargos com o ensino", ou "contendo as despesas, alargar em extensão a oferta estatal". Este processo ocorre através de dois instrumentos essenciais: em primeiro lugar, pela redução do ensino obrigatório de cinco para quatro

anos, em 1927, e, depois, de quatro para três anos, em 1930; e, em segundo lugar, pela redução ao mínimo do âmbito do currículo e à simplificação dos programas, primeiro logo em 1929 e depois, em 1936, afirmando como propósito da educação primária o "ensinar bem a ler, escrever e contar".[35]

Ao longo das décadas de 30 e de 40 do século XX, e em completo contraciclo com toda a Europa, o discurso de permanente desvalorização da instrução pública cresce e legitima todas as decisões de restrição do investimento na educação. Ao longo deste período, aliás, interrompe-se o ritmo de crescimento da população escolar que só retomará no pós-guerra (Justino, 2014:114).

À afirmação deste discurso de escola mínima e à sua aplicação na prática, por exemplo através da redução da escolaridade obrigatória e de simplificação do currículo e desvalorizando a profissão de professor, sucede-se um período de enorme alargamento do parque escolar, materializado pelo plano dos centenários e pela construção de escolas de reduzida dimensão, os chamados postos escolares.

> O lento crescimento da oferta de ensino primário durante a década de 40 poderá estar associado a esta incapacidade do Estado em providenciar instalações e pessoal docente devidamente formado. Passado o período de incerteza gerado pela guerra e aliviadas as finanças públicas, o aumento da procura registado na passagem para a década de 50 é dos mais pronunciados o que permite que à entrada da década de 60 a taxa de escolarização real se situasse já perto dos 80% (Justino, 2014:115-16).

É neste contexto que em 1952 é lançado o Plano de Educação Popular (PEP)[36], pelo ministro Pires de Lima, que marca uma nova fase, propondo duas linhas estratégicas para a redução do analfabetismo em Portugal: o reforço do ensino primário de três anos, para as crianças; e uma linha de atuação que assentava num programa nacional de educação de adultos, para os adultos (Mata, 2015: 332).

É com o ministro da Educação Leite Pinto que, no final dos anos 1950, são dados os primeiros passos de uma abertura normalmente atribuída exclusivamente a Veiga Simão.[37] Em 1959 é solicitada à OCDE uma avaliação da situação da educação em Portugal, consumada na publicação, em 1964, do Relatório do Projeto Regional do Mediterrâneo (PRM).

---

[35] No decreto publicado pelo Ministério da Educação Nacional do ministro Carneiro Pacheco "O ensino primário elementar trairia a sua missão se continuasse a sobrepor um estéril enciclopedismo racionalista, fatal para a saúde moral e física da criança, ao ideal prático e cristão de ensinar bem a ler, escrever e contar, e a exercer as virtudes morais e um vivo amor a Portugal" (Decreto 27279, de 24 de novembro de 1936).

[36] Decreto-Lei n.º 38 968, de 27 de outubro de 1952.

[37] As mudanças na educação têm um paralelo nas restantes áreas das políticas públicas, como destaca Fernando Rosas: "O regresso ao 'viver habitualmente' nos anos 50 trouxe consigo a ilusória imagem do imobilismo e da estagnação. De uma aparência, efetivamente, se tratava. Sob a 'invisibilidade' criada pela censura, pela ausência de liberdades, pelo peso do conservadorismo dominante, a sociedade portuguesa iniciava um dos mais profundos processos de mudança estrutural da sua história, não obstante poderosos fatores sociais e políticos de resistência subsistiam, condicionando negativamente o ritmo e o alcance das transformações modernizadoras (Rosas: 1994:419).

O PRM (Lemos, 2014:88-108) incluía, além de Portugal, uma análise à situação dos sistemas educativos de Espanha, Grécia, Itália e Jugoslávia e nele se incluem em linhas gerais, os objetivos e as condições de efetivação da política educativa no sul da Europa nos anos seguintes. É este, igualmente, um momento absolutamente central na relação das políticas educativas com as organizações internacionais que, como se verá ao longo deste trabalho, marcarão de forma indelével os caminhos, as mudanças e a avaliação das políticas educativas portuguesas. Segundo Valter Lemos:

> Parece não suscitar grandes dúvidas que a abordagem técnica e política (e até a linguagem) dos estudos e dos relatórios do PRM constitui uma mudança radical na história da educação portuguesa. Tal começara a ocorrer já no discurso público do ministro Leite Pinto, que introduz referências às necessidades de modernização do país, na linha do desenvolvimento económico que ocorria nos restantes países europeus, e às consequentes implicações nas políticas educativas que tal acarretava, como atrás citámos. Com o PRM, porém, esse discurso vai mais longe e legitima-se na qualidade técnica e científica do trabalho realizado e apoiado na ligação à OCDE e ao discurso e papel desta na consolidação das ideias inerentes à expansão da educação e à sua ligação ao crescimento económico, como mostravam as teorias do capital humano (Lemos, 2014:101).

A este primeiro momento de abertura às melhores práticas internacionais e ao reconhecimento de que era necessário e premente superar o atraso português em matéria de qualificações, seguem-se os passos de alargamento legal, ainda em 1964, da escolaridade obrigatória para 6 anos e da criação do Ciclo Preparatório do Ensino Secundário, em 1967, ou do Curso Unificado da Telescola, em 1968.

Entre 1970 e 1973, consolida-se a chamada Reforma Veiga Simão, marcada pela criação concreta das condições de cumprimento da escolaridade obrigatória por parte dos alunos e das famílias (desde logo através da criação do Instituto de Ação Social Escolar), do reconhecimento de que faltavam as condições, nomeadamente professores, para a efetivação do aumento do número de anos de escolaridade obrigatória (através da criação dos ramos educacionais das faculdades de ciências e das escolas normais superiores, impulso decisivo para a atração e formação de professores) e, finalmente, da própria elaboração da Lei de Bases da Educação que institui a escolaridade obrigatória de oito anos.

O período que se segue ao 25 de Abril é marcado pelo objetivo de implementar um sistema educativo capaz de assegurar a expansão da rede, a gratuitidade, a obrigatoriedade e a universalidade do direito à educação e que conseguisse superar os défices educativos crónicos, acentuados no período da ditadura.

Durante os governos provisórios – de referir que entre maio de 1974 e julho de 1976 há seis governos provisórios e seis ministros da educação –, há forças de continuidade e forças de rutura com a Reforma Veiga Simão. Em particular, a partir do 2.º governo provisório, são suspensas as atividades da Reforma Veiga Simão, tendo as escolas sido um dos principais palcos das mudanças e instabilidades na governabilidade características deste período.

Os principais temas (Rodrigues *et al.*, 2014) que marcam este período são: a unificação das vias de ensino – em que se trata de adiar a idade a partir da qual se opta por uma via profissionalizante; a pressão da procura da educação tanto no básico e secundário como no superior – a incapacidade de responder à procura fez com que em 1975 não existissem entradas no ensino superior e ocorresse a redução da escolaridade obrigatória; a gestão democrática das escolas, com a tomada do poder de direção por comissões democraticamente eleitas o que, além de nesse período ter gerado um período de convulsão nas escolas, instituiu um legado que tem gerado, desde então, uma tensão nas mudanças na gestão das escolas.

A partir de 1976, e especialmente a partir de 1980, começa a desenhar-se o sistema de ensino tal como ficará definido na Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986.

4.2 Os princípios constitucionais do direito à educação

A partir da fase da consolidação democrática, torna-se inquestionável o papel do Estado na regulação e organização de um serviço público de educação, bem como de um serviço público de saúde. Assume-se também o papel do Estado no financiamento destes serviços (ainda que o espaço para a introdução de lógicas de cofinanciamento exista). Porém, este consenso não significa que não seja questionado e alvo de tensão política o papel do Estado na prestação dos serviços de educação. Como afirmam Filipe Carreira da Silva e Mónica Brito Vieira (2010):

> Fontes irradiadoras de novos entendimentos coletivos, as Constituições são também, e mais fundamentalmente, textos. Textos que são "literalmente constituídos pelo discurso e pelos entendimentos partilhados nele incorporados" (Tilly e Goodin 2006,9). Por trás desta "partilha" podem esconder-se, porém, focos de tensão múltiplos, entre pontos de vista, interesses, ideologias e discursos distintos, da autoria de diferentes grupos sociais e/ou de distintas forças políticas, que no momento constituinte contribuíram coletivamente para a definição do conteúdo e das finalidades de uma comunidade política em pleno processo de criação (p. 37)

O contexto em que a Constituição de 1976 é aprovada revela-se decisivo para a instituição dos direitos sociais (Carreira da Silva & Brito Vieira, 2010). Ao longo do debate são várias vezes referidas as razões para a definição do "extensíssimo catálogo de direitos sociais entre nós constitucionalizados – numa Constituição com 300 artigos, 29 são-lhes dedicados – constitui uma das mais destacadas singularidades da Constituição portuguesa" (Carreira da Silva & Brito Vieira, 2010:41). Assim, a constituição destes direitos e a obrigação do Estado desenvolver serviços públicos universais que os concretizassem logrou não apenas o objetivo de legitimação do novo regime democrático, como a superação das limitações das políticas sociais definidas em constituições anteriores.

Existiram desde 1976 sete alterações constitucionais, mas destas quatro são menos significativas e justificaram-se com tratados internacionais. A investigação das revisões constitucionais de 1982,

1989 e 1997 é muito rica para a análise das transformações no quadro normativo e macropolítico no qual se inserem as restantes políticas que adiante serão analisadas. Importa, pois, considerar os contextos em que estas ocorreram.

A revisão constitucional de 1982 tem como principal objetivo a desmilitarização do regime e o início da liberalização económica, a de 1989 centra-se na liberalização da economia e a de 1997 na organização política, tendo sido revisitada a distribuição dos poderes pelos diferentes órgãos (Rodrigues e Adão e Silva, 2016: 15-16).

Os fundamentos constitucionais no campo da educação estão presentes no Artigo 43.º (Liberdade de aprender e de ensinar), incluído no Título II, Capítulo 1 (Direitos, liberdades e garantias – Direitos, liberdades e garantias pessoais) e nos artigos 73.º (Educação, cultura e ciência), 74.º (Ensino), 75.º (Ensino público, particular e cooperativo), 76.º (Universidade e acesso ao ensino superior) e 77.º (Participação democrática no ensino), incluídos no Título III, Capítulo III (Direitos e deveres económicos, sociais e culturais – Direitos e deveres culturais).

De acordo com Alexandra Leitão (2014) a "Constituição da educação" (Miranda & Medeiros, citados por Leitão, 2014) "não compreende apenas estes preceitos, mas também outras disposições, tais como o artigo 9.º, alínea f), que elenca as tarefas do Estado; (...) e o artigo 164.º, alínea i), que estabelece uma reserva absoluta e competência legislativa da Assembleia da República para legislar sobre bases do sistema de ensino. (Leitão; 2014:xx)

No que diz respeito ao Artigo 43.º, cuja epígrafe é Liberdade de aprender e ensinar, a estabilidade ao longo dos últimos quase 50 anos é significativa. Além de ser garantida a liberdade de aprender e ensinar e o impedimento por parte do Estado de programar a educação, garante-se o carácter não confessional do ensino público. Logo na revisão constitucional de 1982 é acrescentado um artigo garantindo o direito à criação de escolas particulares e corporativas (CRP, 1982).

Quadro 4.4 A evolução do Artigo 43.º (Liberdade de aprender e ensinar), da Constituição da República Portuguesa

1976	1982	1989	1997
Artigo 43.º (Liberdade de aprender e ensinar) 1. É garantida a liberdade de aprender e ensinar. 2. O Estado não pode atribuir-se o direito de programar a educação e a cultura segundo quaisquer diretrizes filosóficas, estéticas, políticas, ideológicas ou religiosas. 3. O ensino público não será confessional.	Artigo 43.º Novo n.º 4 – É garantido o direito à criação de escolas particulares e corporativas.		Retira-se a expressão "atribuir-se o direito de" no n.º 2

Quer isto dizer que, no capítulo dos Direitos, Liberdades e Garantias, "A liberdade de ensino inclui uma dimensão de defesa perante o Estado – a liberdade de ensinar e de aprender – e uma dimensão positiva – o direito de acesso à escola e de direito ao ensino" (Leitão, 2014, citando Canotilho & Moreira, 2007: 625-626).

No âmbito dos Direitos e deveres económicos, sociais e culturais (Título III), mais especificamente no âmbito dos Direitos e deveres culturais (Título III, Capítulo III), incluem-se os Artigo 73.º a 77.º.

No que diz respeito ao Artigo 73.º, Educação, cultura e ciência, é afirmado o direito universal à educação, esclarecendo-se que cabe ao Estado promover a democratização da educação, princípios que se mantêm ao longo dos primeiros 40 anos da democracia.

Quadro 4.5 A evolução do Artigo 73.º da CRP (Educação, cultura e ciência

1976	**1982**	**1989**	**1997**
Artigo 73.º (Educação e cultura) 1. Todos têm direito à educação e à cultura. 2. O Estado promoverá a democratização da educação e as condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para o desenvolvimento da personalidade e para o progresso da sociedade democrática e socialista. 3. O Estado promoverá a democratização da cultura, incentivando e assegurando o acesso de todos os cidadãos, em especial dos trabalhadores, à fruição e criação cultural, através de organizações populares de base, coletividades de cultura e recreio, meios de comunicação social e outros meios adequados.	A epígrafe do Artigo 73.º passa a ser "Educação, cultura e Ciência". O número 2 passa a ter a redação: 2. O Estado promove a democratização da educação e as demais condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para o desenvolvimento da personalidade, para o progresso e para a participação democrática na vida coletiva. O número 3 passa a ter a seguinte redação: "3. O Estado promove a democratização da cultura, incentivando e assegurando o acesso de todos os cidadãos à fruição e criação cultural, em colaboração com os órgãos de comunicação social, coletividades de cultura e recreio, associações de defesa do património cultural, organizações populares de base e outros agentes culturais. É aditado um número 4: "4. A criação e a investigação científicas são incentivadas e apoiadas pelo Estado"	O n.º 3 do artigo 73.º é substituído por: 3. O Estado promove a democratização da cultura, incentivando e assegurando o acesso de todos os cidadãos à fruição e criação cultural, em colaboração com os órgãos de comunicação social, as associações e fundações de fins culturais, as coletividades de cultura e recreio, as associações de defesa do património cultural, as organizações de moradores e outros agentes culturais. 2 - Ao n.º 4 do artigo 73.º é aditada a expressão «bem como a inovação tecnológica» entre «investigação científicas» e «são incentivadas».	2. O Estado promove a democratização da educação e as demais condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para a igualdade de oportunidades, a superação das desigualdades económicas, sociais e culturais, o desenvolvimento da personalidade e do espírito de tolerância, de compreensão mútua, de solidariedade e de responsabilidade, para o progresso social e para a participação democrática na vida coletiva. No n.º 4 do mesmo artigo, é aditada, in fine, a seguinte expressão: «por forma a assegurar a respetiva liberdade e autonomia, o reforço da competitividade e a articulação entre as instituições científicas e as empresas».

As alterações ao Artigo 73.º contêm igualmente alterações terminológicas, em linha com as alterações efetuadas na revisão constitucional de 1982 e 1989, retirando do articulado as referências ao socialismo, às classes trabalhadoras e reduzindo as marcas de linguagem do período pós-revolucionário. Por exemplo, onde se escrevia "O Estado promoverá a democratização da educação e as condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para o desenvolvimento da personalidade e para o progresso da sociedade democrática e socialista", passa a escrever-se "2. O Estado promove a democratização da educação e as demais condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para o desenvolvimento da personalidade, para o progresso e para a participação democrática na vida coletiva. (CRP, 1989). Em 1997, o número 2 é novamente alterado: "2. O Estado promove a democratização da educação e as demais condições para que a educação, realizada através da escola e de outros meios formativos, contribua para a igualdade de oportunidades, a superação das desigualdades económicas, sociais e culturais, o desenvolvimento da personalidade e do espírito de tolerância, de compreensão mútua, de solidariedade e de responsabilidade, para o progresso social e para a participação democrática na vida coletiva" (CRP, 1997).

Finalmente, são acrescentadas as dimensões relativas à investigação científica e à inovação tecnológica (CRP, 1989).

No que diz respeito ao Artigo 74.º, estão em causa as competências do Estado na organização do ensino. Neste artigo são várias as alterações ao longo dos últimos anos, nas quais podemos encontrar mudanças que posteriormente ocorreram em outras sedes legislativas. Desta análise, resultam as seguintes principais tendências:

a) Onde, no número 1, se dizia que "o Estado reconhece e garante a todos os cidadãos o direito ao ensino e à igualdade de oportunidades na formação escolar" passa a dizer-se "todos têm o direito ao ensino com garantia do direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar" Importa aqui salientar a referência não apenas ao acesso, mas também a igualdade de oportunidades ao êxito escolar (CRP, 1982).
b) O número 2 foi alvo de um maior número de alterações, tendo sido alterado em todas as revisões constitucionais. Na CRP de 1976, dizia-se que "O Estado deve modificar o ensino de modo a superar a sua função conservadora da divisão social do trabalho", passando, em 1982, a constar "O ensino deve ser modificado de modo a superar qualquer função conservadora de desigualdades económicas, sociais e culturais"; em 1989, "O ensino deve contribuir para a superação das desigualdades económicas, sociais e culturais, habilitar os cidadãos a participar democraticamente numa sociedade livre e promover a compreensão mútua, a tolerância e o

espírito de solidariedade." (CRP, 1982 e 1989). O número 2. do Artigo 74.º é eliminado em 1997.

c) No número 3 são definidas as incumbências do Estado na realização da política de ensino. Nas diferentes alterações à CRP não são alteradas as obrigações constitucionais previstas relativamente à universalidade, obrigatoriedade e gratuitidade do ensino básico, nem o princípio de alargamento progressivo da gratuitidade aos restantes graus de ensino;
d) É eliminada uma alínea g) do número 3 do Artigo 74.º: "Estimular a formação de quadros científicos e técnicos originários das classes trabalhadoras" (CRP, 1982).
e) São incluídas as funções de inclusão dos cidadãos com deficiência, de desenvolvimento da língua gestual portuguesa e a garantia do acesso dos filhos dos emigrantes à educação e à língua portuguesa (CRP, 1982); acrescentando-se, em 1997, a incumbência de "proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades; e a de "Assegurar aos filhos dos imigrantes apoio adequado para efetivação do direito ao ensino"" (CRP, 1997);
f) À criação de "um sistema público de educação pré-escolar" é acrescentada a incumbência de "Criar um sistema público e desenvolver o sistema geral de educação pré-escolar" (CRP, 1997);
g) Onde, na alínea f), se dizia "Estabelecer a ligação do ensino com as atividades produtivas e sociais", passa a dizer-se "f) inserir as escolas nas comunidades que servem e estabelecer a interligação do ensino e das atividades económicas, sociais e culturais" (CRP, 1982).

Quadro 4.6 A evolução do Artigo 74.º da CRP (Ensino)

1976	1982	1989	1997
1. O Estado reconhece e garante a todos os cidadãos o direito ao ensino e à igualdade de oportunidades na formação escolar. 2. O Estado deve modificar o ensino de modo a superar a sua função conservadora da divisão social do trabalho. 3. Na realização da política de ensino incumbe ao Estado: a) Assegurar o ensino básico universal, obrigatório e gratuito; b) Criar um sistema público de educação pré-escolar; c) Garantir a educação permanente e eliminar o analfabetismo; d) Garantir a todos os cidadãos, segundo as suas capacidades, o acesso aos graus mais elevados do ensino, da investigação científica e da criação artística; e) Estabelecer progressivamente a gratuitidade de todos os graus de ensino; f) Estabelecer a ligação do ensino com as atividades produtivas e sociais; g) Estimular a formação de quadros científicos e técnicos originários das classes trabalhadoras.	Os números 1 e 2 são substituídos por: "1. Todos têm o direito ao ensino com garantia do direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar" "2. O ensino deve ser modificado de modo a superar qualquer função conservadora de desigualdades económicas, sociais e culturais" Número 3. A alínea f) do número 3 é substituída por: "f) inserir as escolas nas comunidades que servem e estabelecer a interligação do ensino e das atividades económicas, sociais e culturais;" É suprimida a alínea g) São aditadas duas alíneas: "g) Promover e apoiar o ensino especial para deficientes;" h) Assegurar aos filhos dos emigrantes o ensino da língua portuguesa e o acesso à cultura portuguesa."	O n.º 2 do artigo 74.º é substituído por: "2. O ensino deve contribuir para a superação das desigualdades económicas, sociais e culturais, habilitar os cidadãos a participar democraticamente numa sociedade livre e promover a compreensão mútua, a tolerância e o espírito de solidariedade. É aditado ao mesmo artigo um novo n.º 4, com a seguinte redação: "4. É proibido, nos termos da lei, o trabalho de menores em idade escolar."	É eliminado o n.º 2 O número 3 passa a número 2 e passa a ter a seguinte redação: 2. Na realização da política de ensino incumbe ao Estado: a) Assegurar o ensino básico universal, obrigatório e gratuito; b) Criar um sistema público e desenvolver o sistema geral de educação pré-escolar; c) Garantir a educação permanente e eliminar o analfabetismo; d) Garantir a todos os cidadãos, segundo as suas capacidades, o acesso aos graus mais elevados do ensino, da investigação científica e da criação artística; e) Estabelecer progressivamente a gratuitidade de todos os graus de ensino; f) Inserir as escolas nas comunidades que servem e estabelecer a interligação do ensino e das atividades económicas, sociais e culturais; g) Promover e apoiar o acesso dos cidadãos portadores de deficiência ao ensino e apoiar o ensino especial, quando necessário; h) Proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades; i) Assegurar aos filhos dos emigrantes o ensino da língua portuguesa e o acesso à cultura portuguesa. j) Assegurar aos filhos dos imigrantes apoio adequado para efetivação do direito ao ensino" É eliminado o número 4.

Nas palavras de Leitão (2014:93) não está em causa apenas a incumbência de assegurar um ensino básico, universal e gratuito, mas também

> Estas incumbências visam, essencialmente, criar meios que permitam superar as desigualdades, na linha do que é imposto pelo artigo 26.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, objeto de receção material pelo artigo 16.º, n.º 2, da CRP. A isto corresponde a ideia de *democratização* do ensino.

No que diz respeito às alterações feitas ao Artigo 75.º, especialmente dirigido ao ensino público, particular e cooperativo, definiam-se como obrigações do Estado: "i) a criação de uma rede de estabelecimentos oficiais de ensino que cubra as necessidades de toda a população; ii) a função de fiscalização do ensino particular supletivo do ensino público". Neste número 2, concretiza-se uma alteração na revisão de 1982: onde se dizia que cabe ao Estado fiscalizar o ensino particular supletivo do ensino público, a referência ao ensino particular ser supletivo é eliminada (CRP, 1982); acrescentando-se na revisão seguinte que "O Estado reconhece e fiscaliza o ensino particular e cooperativo" (CRP, 1989).

Quadro 4.7 A evolução do Artigo 75.º da CRP (Ensino público, particular e cooperativo)

1976	1982	1989	1997
Artigo 75.º (Ensino público e particular) 1. O Estado criará uma rede de estabelecimentos oficiais de ensino que cubra as necessidades de toda a população. 2. O Estado fiscaliza o ensino particular supletivo do ensino público.	O Artigo 75 é substituído por: "1. O Estado criará uma rede de estabelecimentos públicos de ensino que cubra as necessidades de toda a população. 2. O Estado fiscaliza o ensino particular e cooperativo."	O número 2 do Artigo 75.º passa a ter a seguinte redação: "2. O estado reconhece e fiscaliza o ensino particular e cooperativo, nos termos da Lei"	

No Artigo 76.º, dedicado às universidades e ao acesso ao ensino superior, enquanto na CRP aprovada em 1976 a questão essencial é a de que o acesso ao ensino superior se faça de acordo com as necessidades do país, a necessidade de democratização do ensino superior, que já existe em 1976, vai ganhando densidade (CRP, 1982, 1989). Na primeira revisão da CRP é garantida às universidades a autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira (CRP, 1982), sendo aditada, quinze anos depois, a expressão «sem prejuízo de adequada avaliação da qualidade do ensino» (CRP, 1997).

Quadro 4.8 A evolução do Artigo 76.º da CRP (Universidade e acesso ao ensino superior)

1976	1982	1989	1997
Artigo 76.º (Acesso à Universidade) O acesso à Universidade deve ter em conta as necessidades do país em quadros qualificados e estimular e favorecer a entrada dos trabalhadores e dos filhos das classes trabalhadoras.	O Artigo 76.º passar a ter a seguinte redação: "Artigo 76.º (Acesso à Universidade) 1. O acesso à Universidade deve ter em conta as necessidades em quadros qualificados e a elevação do nível educativo, cultural e científico do país, estimulando e favorecendo a entrada dos trabalhadores de filhos de trabalhadores. 2. As universidades gozam, nos termos da lei, de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira."	"Artigo 76.º (Universidade e Acesso ao Ensino Superior) 2. O regime de acesso à universidade e às demais instituições de ensino superior garante a igualdade de oportunidades e a democratização do sistema de ensino, devendo ter em conta as necessidades em quadros qualificados e a elevação do nível educativo, cultural e científico do país 2. As universidades gozam, nos termos da lei, de autonomia estatutária científica, pedagógica, administrativa e financeira."	É aditada ao n.º 2 do artigo 76.º da Constituição, in fine, a expressão "sem prejuízo de adequada avaliação da qualidade do ensino".

Finalmente, na revisão da CRP de 1982 é acrescentado o Artigo 77.º a propósito da gestão democrática, garantido a participação de professores, pais, alunos e comunidade na gestão escolar e na definição de políticas de educação (CRP, 1982).

Quadro 4.9 Artigo 77.º da CRP (Participação democrática no ensino)

1976	1982	1989	1997
	Novo Artigo 77.º "Artigo 77.º (Participação democrática no ensino) 1.Os professores e alunos têm o direito de participar na gestão democrática das escolas, nos termos da lei. 2. A lei regula as formas de participação das associações de professores, de alunos, de pais, das comunidades e das instituições de carácter científico na definição da política de ensino"		

Este Artigo 77.º não sofrerá quaisquer alterações em nenhuma das seis revisões constitucionais seguintes.

A análise dos princípios constitucionais na educação permite-nos confirmar a sua estabilidade ao longo das sete revisões da Constituição. Esta estabilidade que, como veremos no capítulo seguinte, se

alarga às bases da educação, merece destaque, como afirma Pedro Abrantes (2016), tanto "à luz tanto dos discursos que têm enfatizado a instabilidade endémica das políticas educativas para clamar por um compromisso de longo prazo entre as várias forças políticas, como daqueles que têm denunciado uma deriva neoliberal que terá distorcido os princípios democratizantes que emanaram da revolução" (Abrantes, 2016:24).

4.3 O processo da definição das bases da educação

A estabilidade do desenho do sistema educativo português no que se refere à sua arquitetura, à sua estrutura de organização fundamental, aos seus objetivos principais é muito significativa. Nas secções seguintes, será explorada, com recurso ao modelo das etapas ou do ciclo político, esta estabilidade e resiliência, tendo por base a evolução da Lei de Bases do Sistema Educativo nos últimos 30 anos.

O agendamento de uma Lei de Bases do Sistema Educativo, prevista na Constituição de 1976, é tardio e prolongado, e a sua aprovação só é concretizada em 1986. Desde então, conforme se procurará demonstrar adiante, só são feitas alterações pontuais, centradas essencialmente no regime de acesso ao ensino superior e na adaptação do ensino superior ao processo de convergência europeu de sistemas de ensino superior, denominado "processo de Bolonha", permanecendo, no essencial, a arquitetura do sistema educativo tal como ela foi desenhada em 1986.

Quadro 4.10 Alterações às leis de bases na área da educação

Alteração Legislativa	Resumo	Contexto de Aprovação
Lei de Bases do Sistema Educativo (1986)	Criação de um sistema de educação público, universal e gratuito e aprovação da escolaridade básica obrigatória de 9 anos.	Governo minoritário PSD. Lei aprovada com os votos favoráveis de todos os partidos menos o CDS, que votou contra.
Lei de Bases do Sistema Educativo (1997)	Alterações ao modelo de acesso, financiamento e organização do ensino superior.	Governo minoritário PS. Lei aprovada com o voto favorável do PS, a abstenção do PSD e com os votos contra do CDS, do PCP e do PEV.
Tentativa de alteração Lei de Bases da Educação (2004)	Mudança para um sistema de educação misto, em que público e privado constituem a rede pública de ensino.	Governo maioritário de coligação PSD-CDS. Lei aprovada com o voto favorável do PSD e do CDS e os votos contra do PS, do PCP, do BE e do PEV. Vetada pelo Presidente da República Jorge Sampaio.
Lei de Bases da Educação (2005)	Alteração cirúrgica para adaptação do ensino superior ao processo de Bolonha	Governo maioritário PS. Lei aprovada com os votos favoráveis do PS, PSD e CDS e os votos contra do PCP; BE e PEV.
Lei de Bases da Educação (2009)	Aumento da escolaridade obrigatória para os 18 anos	Governo maioritário PS. Aprovada com os votos favoráveis do PS, do PCP, do BE e o PEV e a abstenção do PSD e do CDS

Fonte: elaboração própria.

Em 2004 ocorre a única tentativa de mudança significativa na organização do sistema educativo, alterando a relação do Estado com os prestadores privados e incluindo as escolas privadas e cooperativas naquilo que se designa, na lei, de rede de serviço público de educação. Esta mudança é protagonizada por um governo de coligação PSD/CDS e, apesar de aprovada por esta maioria, acaba por ser vetada pelo Presidente da República. A análise deste veto e da não concretização das mudanças que se aproximariam, aliás, daquelas acima enunciadas e ocorridas na saúde é, necessariamente, essencial nesta análise comparativa dos sistemas de saúde e educação na relação entre sistema público e sistema privado.

É apenas em 2009 que ocorre uma alteração de outro tipo, ainda que também ela restrita do ponto de vista da arquitetura do sistema, mas em que é alargada a escolaridade obrigatória até aos 18 anos e definidos um conjunto de instrumentos de política que procuram ajudar a concretizar rapidamente este aumento de uma idade/nível de ensino a cumprir obrigatoriamente.

A Lei de Bases da Educação, nos termos em que foi aprovada em 1986, tem sido altamente resiliente e esse facto tem-se traduzido numa grande estabilidade das políticas educativas, estabilidade essa que é principalmente observável no desenho do sistema, nas funções de cada um dos atores e nos objetivos definidos para o sistema de ensino e para a escola pública

Como se verá adiante, a questão do contexto de aprovação da LBSE de 1986 é uma questão central nesta análise, desde logo porque o processo de agendamento deste normativo foi extremamente longo, tendo atravessado várias conjunturas políticas e fases de democratização, mas principalmente porque a sua formulação e aprovação envolveu um complexo processo de consensualização, que culminou numa aprovação por todos os partidos, à exceção do CDS.

Aliás, esse consenso alargado relativamente à Lei de Bases de 1986 foi sendo progressivamente mais valorizado nos discursos políticos, tendo sido um dos argumentos utilizados pelo Presidente da República, Jorge Sampaio, aquando do veto da proposta de Lei de Bases da Educação, aprovada por uma maioria de direita em 2004, com os votos contra de todos os outros partidos com assento no parlamento.

Quadro 4.11 Alterações às Lei de Bases da Educação e seus debates

Bases da Educação
Lei n.º 46/86, de 14 de outubro – *Diário da República* n.º 237, Série I, de 14.10.1986
Trabalhos preparatórios disponíveis em: http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheDiplomaAprovado.aspx?BID=11729)
Projeto de Lei 76/IV
Projeto de Lei 159/IV
Projeto de Lei 116/IV
Projeto de Lei 156/IV
Projeto de Lei 100/IV
Discussão na generalidade: (disponível em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=28024)
DAR I série n.º 66/IV/1, 1986.05.09 DAR I série n.º 67/IV/1, 1986.05.10
DAR I série n.º 68/IV/1, 1986.05.14
Relatório da Discussão na Especialidade
DAR II série n.º 98/IV/1, 1986.08.19, pp 3727-3782
Votação final global – DAR I série n.º 102/IV/1, 1986.07.25
Lei n.º 115/97, de 19 de setembro - Diário da República n.º 217, Série I-A, de 19.09.1997
Trabalhos preparatórios disponíveis em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=5431
Proposta de Lei 47/VII
Projeto de Lei 241/VII
Projeto de Lei 327/VII
Projeto de Lei 329/VII
Discussão na generalidade: DAR I série n.º 69/VII/2, 1997.05.09
Votação final global: DAR I série n.º 105/VII/2, 1997.08.01
Tentativa de alteração da LBSE Proposta de Lei 74/IX
Trabalhos preparatórios disponíveis em:
http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=19718
Discussão generalidade (DAR I série N.º 140/IX/1, 2003.07.03, pág. 5841-5865) http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/01/05/03/047/1990-02-23?pgs=&org=PLC
Proposta de Lei 74/IX
Projeto de Lei 305/IX
Projeto de Lei 306/IX
Projeto de Lei 320/IX
Projeto de Lei 321/IX
Relatório da votação na especialidade em Comissão [DAR II série A N. º61/IX/2 2004.05.20 (pág. 2447-2465)]
Votação na generalidade (DAR I série N.º 141/IX/1, 2003.07.04, pág. 5930-5930)
Votação final global (DAR I série N.º 90/IX/2 2004.05.21, pág. 4981-4982)
Veto (Publicação) (DAR II série A N.º 79/IX/2 2004.07.29, pág. 3181-3182)
Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto – *Diário da República* n.º 166, Série I-A, de 30.08.2005
Trabalhos preparatórios disponíveis em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=20805)
Proposta de Lei 7/X
Projeto de Lei 52/X
Projeto de Lei 54/X
Projeto de Lei 55/X
Projeto de Lei 59/X
Discussão na generalidade (DAR I série n.º 20/X/1, 2005.05.13,pág. 805-835)
Baixa à comissão de especialidade (DAR II série A n.º 39/X/1, 2005.07.29, pág. 18-41, texto de substituição)
Votação final global (DAR I série n.º 42/X/1, 2005.07.29, pág. 1919-1919)

Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto – *Diário da República* n.º 166, Série I, de 27.08.2009
Trabalhos preparatórios (disponíveis em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=34518):
Proposta de Lei 271/X
Projeto de Lei 603/X
Projeto de Lei 796/X
Discussão na generalidade (DAR I série n.º 89/X/4 2009.06.05, pág. 40-50 e 61-66)
Texto final aprovado artigo a artigo (DAR II série A n.º 152/X/3, 2008.09.10, pág. 52-58)
Votação final global (DAR I série n.º 103/X/4, 2009.07.11, pág. 45-45)

Fonte: elaboração própria.

4.3.1 As origens de uma convergência: a Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986

- Problema e agendamento: a concretização dos princípios constitucionais de 76

A Constituição da República Portuguesa previa, desde 1976, que era da exclusiva competência da Assembleia da República legislar sobre as bases do sistema de ensino (Artigo 167.º da CRP). Depois de um período pós-revolucionário, marcado pelos movimentos pela democratização do funcionamento das escolas e com o primeiro Governo Constitucional centrados na normalização do funcionamento e organização das escolas, é com o segundo Governo Constitucional que o tema da elaboração de uma Lei de Bases do Sistema de Ensino surge nos programas de Governo.

Previa o programa do II Governo Constitucional que se enviasse uma proposta de lei à Assembleia da República que deveria, antes disso, ser discutida de forma alargada

> num debate público sobre as principais desarticulações e estrangulamentos do sistema escolar. Equacionados globalmente os grandes problemas estruturais e respetivas implicações – nos planos da psicopedagogia, do desenvolvimento curricular, da qualificação e habilitação profissional dos docentes, dos custos financeiros – encontrar-se-ão reunidas condições para optar por alguns dos modelos possíveis (*Programa do II Governo Constitucional*, 1978).

Embora o ministro da Educação, Sottomayor Cardia, tivesse elaborado um Anteprojeto de Lei de Bases da Educação, o mesmo nunca chegou a ser discutido em Conselho de Ministros, tendo sido publicado no *Diário de Notícias* em agosto de 1978 um conjunto de artigos em que este anteprojeto foi apresentado (Teodoro, 1999:451).[38]

Durante os III e IV Governos Constitucionais não são dados passos significativos para resolução desta questão e é o V Governo que, apesar da sua curtíssima duração, acaba por tomar duas decisões

[38] Dois anos de política de ensino (1). Classes pré-escolares arrancam em Outubro", de 22.08.1978, p. 6; "Dois anos de política de ensino (conclusão). Escolas superiores de educação entram em funcionamento em 1980", de 23.08.1978, p. 6; "Bases gerais do sistema educativo (1). Da educação pré-escolar ao ensino elementar e médio", de 28.08.1978, p. 9; "Bases gerais do sistema educativo (2). Do ensino superior e da educação a formação de agentes educativos", de 29.08.1978, p. 11; "Dois anos de política do ensino superior (1). Ano Propedêutico foi antecipação à reforma do sistema educativo", de 31.08.1978, p. 9; "Dois anos de política do ensino superior (conclusão). A formação de professores", de 06.09.1978. p. 6)

que se revelam da maior importância para a preparação da lei de bases: um pedido à OCDE para realização de um exame à política educativa, que decorreu em 1982-83 e a elaboração de um estudo do sistema de ensino em Portugal, feito por um conjunto de especialistas nacionais e posteriormente publicado pela Fundação Gulbenkian (Silva e Tamen, 1981).

No governo de Francisco Sá Carneiro, primeiro, e nos governos de Francisco Pinto Balsemão, depois, o ministro da Educação Vítor Crespo apresenta a primeira proposta de Lei de Bases, à qual se segue um debate público, a recolha de pareceres que foram centralizados no Ministério da Educação, um processo de reformulação do projeto e a sua aprovação em Reunião de Conselho de Ministros. Esta proposta não chega a ser aprovada pela Assembleia da República, mas o ministro Vítor Crespo apresentará, na sequência desta primeira tentativa, três propostas de lei (em abril de 1980, em junho de 1980 e em fevereiro de 1982).

Incluindo esta primeira tentativa, nos sete anos (e cinco governos) seguintes, serão apresentados quinze projetos de lei e três propostas de lei. No entanto, apenas em 1986, no Governo de minoria liderado por Cavaco Silva, é possível prosseguir os trabalhos que levarão à aprovação da LBSE.

Nos anos que antecedem esta aprovação verificamos a existência de uma espécie de competição entre governo(s) e partidos políticos pela iniciativa de propor a LBSE, materializada tanto no processo, liderado pelo ministro Vítor Crespo, de apresentação da primeira proposta de LBSE (ainda em 1982), como na nomeação, pelo X Governo, de uma Comissão de Reforma do Sistema Educativo para elaboração da Lei de Bases.

É neste cenário de competição pela iniciativa política que, em 1986, em pleno X Governo Constitucional, um governo de maioria relativa liderado por Cavaco Silva, que dão entrada vários projetos, tendo o do PCP sido o primeiro, a 17 de dezembro de 1985: o Projeto de Lei 76/IV – Lei do Sistema Educativo (apresentado pelo PCP), o Projeto de Lei 100/IV – Lei de bases do Sistema Educativo (apresentado pelo PS), Projeto de Lei 116/IV – Lei de bases do sistema educativo (apresentado pelo deputado independente Ribeiro Telles), o Projeto de Lei156/IV – Sistema Nacional de Educação (apresentado pelo PRD) e o Projeto de Lei 159/IV – Lei de Bases do Sistema Educativo (apresentado pelo PSD). Em simultâneo, reforçando a competição política deste processo, o Governo nomeia a Comissão de Reforma do Sistema Educativo.[39]

Bártolo Paiva Campos, deputado do PRD encarregado de ser relator desta discussão no âmbito da Comissão de Educação, Ciência e Cultura, relata, na intervenção em que apresenta o relatório, o historial do debate em torno da necessidade de uma Lei de Bases do Sistema Educativo, os calendários e

[39] Aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/86, de 22 de janeiro, que cria a Comissão de Reforma do Sistema Educativo (CRSE). Esta comissão que toma posse a 18 de março de 1986.

participações no debate alargado em torno deste processo e os pontos essenciais em debate. Nessa intervenção inicial, Bártolo Paiva Campos dizia:

> É de salientar que não só a necessidade tem sido evidenciada, na última década, por diversas organizações ligadas à educação, nomeadamente os sindicatos dos professores e as associações de pais e de estudantes, como ainda surgiram várias iniciativas, a partir de 1980, para realizar este imperativo constitucional que, embora não tendo chegado a bom termo, nem por isso deixaram de prestar um contributo fundamental para a qualidade dos projetos agora em apreço. (Assembleia da República, 1986:2439-2442).

- Formulação: a iniciativa parlamentar na base de um amplo consenso

Foi desde cedo claro que estavam reunidas condições para um acordo mais alargado quanto às linhas gerais da Lei de Bases do Sistema Educativo. Logo na intervenção inicial já referida, o deputado Bártolo Paiva Campos referia:

> na discussão já ocorrida em comissão verificou-se um empenhamento por parte de todos estes grupos parlamentares que é sinal de vontade política alargada em dotar finalmente o país com um enquadramento geral do sistema educativo em consonância com a constituição saída de Abril (Assembleia da República, 1986:2439-2442).

Os temas centrais referidos no relatório da comissão de educação (Assembleia da República, 1986:2439-2442) e que ocuparam o debate conjunto destes cinco projetos de lei discutidos conjuntamente foram:

- a delimitação da educação básica e universal;
- a definição da educação pré-escolar;
- a organização do sistema educativo em dois níveis de ensino;
- a organização do ensino básico em três ciclos;
- a implementação do ensino tecnológico e profissional, discutindo-se o momento em que a diversificação da oferta deveria ocorrer;
- a definição da escolaridade obrigatória até ao 9.º ano;
- a estruturação da formação inicial e contínua de professores;
- a definição das habilitações profissionais de professores;
- a definição do modelo de acesso ao ensino superior;
- a criação de rede de estabelecimentos de ensino;
- a definição de uma política de ação social escolar;
- a definição do lugar do ensino politécnico no ensino superior;

- a definição de modalidades de segunda oportunidade educativa, do sistema de educação de adultos e de uma política de combate ao analfabetismo;
- o financiamento e a fiscalização do ensino particular e cooperativo;
- a forma de participação das associações de professores, de outros profissionais, de alunos e pais e de outras organizações científicas na definição das políticas de ensino e na gestão do sistema educativo.

Num debate muito convergente, são poucos os temas polémicos e com pontos de vista diferentes e efetivamente alternativos no que diz respeito às matérias fundamentais. De entre eles, destacam-se:

Quadro 4.12 Pontos fundamentais em debate na LBSE de 1986

A organização do ensino básico em três ciclos consequentes; efeitos no estatuto dos professores	A generalidade dos partidos (PS, PSD e PRD) defendia um modelo mais próximo daquele que existia na maioria dos países da Europa (dois ciclos de 6+6 anos). O PCP defendia o modelo que veio a vencer de manutenção do 1.º ciclo, 2.º ciclo e 3.º ciclo (num modelo de 4+2+3 anos). As duas questões que mais percorreram os debates prendem-se, por um lado, com a resolução do problema da transição dos docentes e a desvalorização do estatuto dos professores, uma vez que os docentes do 2.º ciclo eram licenciados e ficariam a partilhar os primeiros seis anos de escolaridade com professores de primeiro ciclo que eram bacharéis. Por outro lado, a chamada primarização do 2.º ciclo era igualmente vista como um rebaixamento da exigência do sistema de ensino.
Universalidade vs. obrigatoriedade da escolaridade até ao 9.º ano	Destacando-se o papel do PRD na tentativa de desconstrução das vantagens da obrigatoriedade da escolaridade até ao 9.º ano e realçando que o objetivo político fundamental era a garantia da universalidade, conseguida através de uma efetiva gratuitidade do acesso ao sistema educativo.
A questão da introdução de uma via profissionalizante no ensino secundário e as intercomunicabilidades das duas vias	Com o objetivo de resolver as dificuldades identificadas pelo exame à política educativa da OCDE e superando o estigma das divisões entre ensino liceal, técnico e industrial do período anterior ao 25 de Abril, por um lado, e o lastro deixado pelo processo de unificação do ensino concretizada em 1975.
A divisão do ensino superior entre universidades e institutos politécnicos	Incluíam-se neste tópico as suas diferentes funções, objetivos e tipos de diplomas que cada um destes tipos de instituições poderiam atribuir.

Fonte: elaboração própria com base nos debates parlamentares.

É pela mão do CDS que a questão da liberdade de escolha é introduzida no debate da LBSE. Apesar de não ter apresentado um projeto de lei autónomo, o CDS procura, em sede de discussão na especialidade, apresentar um conjunto de propostas no sentido da maior participação do sector privado na prestação do serviço de educação, mas todas as suas propostas de alteração e aditamento neste sentido são recusadas.

Importa, em virtude de este ser um tema muito relevante para esta investigação, avaliar em detalhe estas propostas que procuram desenvolver o princípio da liberdade de escolha apresentadas pelo CDS, não só para avaliar o grau de desenvolvimento desta proposta política e do seu

argumentário, como para procurar compreender a forma como todos os outros partidos, mas principalmente o PS e PSD, se posicionaram perante elas. É particularmente interessante analisar as posições do PSD, já que este princípio da liberdade de escolha estava no programa do governo do PSD então em funções:

Assim, no programa do X Governo Constitucional (primeiro-ministro Cavaco Silva, ministro da educação Deus Pinheiro), um governo minoritário apoiado pelo PSD, estava previsto o propósito do:

> Desenvolvimento do princípio da liberdade de ensinar e aprender através da livre escolha da modalidade de ensino no âmbito da escolaridade obrigatória e reforço e clarificação dos meios ao ensino particular e cooperativo nos outros segmentos de ensino, designadamente no respeitante a "contratos de patrocínio" (República Portuguesa X Governo Constitucional, 1985: 59).

O CDS apresenta dez propostas de alteração centradas nas seguintes questões: a introdução de mecanismos de liberdade de escolha dos pais quanto à escola que os filhos frequentam; a garantia de tratamento às escolas privadas igual ao que é assegurado às escolas públicas; a inclusão das escolas privadas na rede prestadora de serviço público de educação; e a criação de instrumentos de financiamento das escolas do sector particular e cooperativo por parte do Estado (quer através do financiamento atribuído diretamente às escolas, quer através do financiamento atribuído aos pais de montante equivalente ao custo por aluno no ensino público). Para consulta das propostas apresentadas e da respetiva discussão e votação, ver Assembleia da República (1986, 19 de agosto).

Todas as propostas apresentadas pelo CDS são rejeitadas (Assembleia da República, 1986, 19 de agosto), com a exceção daquela em se dizia “incube ao Estado a criação de uma rede pública de educação pré-escolar” se passasse a estabelecer que “Incumbe ao Estado assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar”. Esta proposta é aprovada com os votos favoráveis do seu proponente, o CDS, e do PSD e do PRD, tendo os votos contra do PS, do PCP e do MDP/CDE. Quando comparamos com as restantes votações, verificamos que é a mudança de alinhamento do PRD que permite que esta alteração fosse aprovada.

Apesar de no projeto de lei que estava a ser votado já estar prevista, no número seguinte, a pertença à rede pública de escolas promovidas por associações de pais, sindicatos, empresas ou IPSS, esta alteração atribui ao Estado, não a obrigação de criação da rede de escolas do pré-escolar, mas a função de assegurar a sua existência. Ora, quando analisamos a evolução das redes públicas e privadas de pré-escolar nos anos seguintes, podemos concluir que esta mudança acabou constituir uma oportunidade de desenvolvimento de um modelo misto público/privado no âmbito da rede de pré-escolar.

Quadro 4.13 Principais propostas de alteração do CDS sobre relação com sector privado

Propostas do CDS (a partir da página 3740)	Votação
Alteração ao Artigo 1.º - "O sistema educativo desenvolve-se através da cooperação entre todas as entidades intervenientes no processo educativo, designadamente instituições públicas, particulares e cooperativas, associações de pais e educadores, e segundo um conjunto organizado de ações diversificadas"	Rejeitada: votos a favor do CDS; contra do PS, PRD, PCP e MDP/CDE e abstenção do PSD.
Alteração ao Artigo 2.º - Aditamento, no artigo em que se diz que todos os cidadãos têm direito à educação nos termos da CRP da expressão "através dos meios públicos e privados postos à sua disposição".	Rejeitada com os votos a favor do CDS e contra de todos os restantes partidos.
Aditamento de um novo número ao Artigo 2.º: "É reconhecido o papel fundamental da família na ação educativa dos jovens, sendo-lhes para o efeito assegurada uma efetiva liberdade de escolha, quanto ao modelo e natureza do ensino"	Rejeitada; votos a favor do CDS e do PSD e contra dos restantes partidos.
Aditamento de um novo número ao Artigo 2.º: "O Estado deve assegurar ao ensino privado e cooperativo o apoio financeiro adequado, com vista a efetiva liberdade de escolha por parte dos pais e dos alunos"	Rejeitada; votos a favor do CDS e contra de todos os restantes partidos.
Alteração ao Artigo 5.º: onde se dizia "incube ao Estado a criação de uma rede pública de educação pré-escolar" o CDS propunha que se dissesse: "Incumbe ao Estado assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar"[40]	Aprovada; votos favoráveis de PSD, PRD e CDS e contra do PS, PCP e MDP/CDE[41].
No artigo relativo às especificidades do ensino particular e cooperativo um aditamento ao Artigo 54.º: "e do direito da família de orientar a educação dos seus filhos"	Rejeitada; votos a favor do CDS e PSD e contra do PS, PCP e MDP/CDE e abstenção do PRD
Aditamento de um novo número ao Artigo 54.º: "O Estado assegura ao ensino particular e cooperativo igualdade de tratamento em relação ao ensino público"	Rejeitada; votos a favor do CDS e do PSD e contra dos restantes partidos.
Aditamento de um novo número ao Artigo 58.º: "O Estado apoia financeiramente as iniciativas e os estabelecimentos de ensino particular e cooperativo que se integrem no sistema educativo nos termos da presente lei, fiscalizando a atribuição das verbas concedidas"	Rejeitada; votos a favor do CDS a abstenção do PSD e os votos contra dos restantes partidos.
Aditamento de um novo número ao Artigo 58.º: "O Estado apoia igualmente os alunos do ensino particular e cooperativo, nomeadamente através da extensão das comparticipações da ação social escolar aos alunos economicamente mais carenciados e ainda mediante o apoio dos centros regionais de recursos educativos."	Rejeitada; votos a favor do CDS a abstenção do PSD e os votos contra dos restantes partidos.
Aditamento de um novo número ao Artigo 58.º: "A gratuitidade do ensino básico particular e cooperativo é assegurada pela atribuição aos encarregados de educação de um subsídio equivalente ao custo do ensino público do mesmo nível, por aluno, determinado anualmente"	Rejeitada; votos a favor do CDS a abstenção do PSD e os votos contra dos restantes partidos.

Fonte: elaboração própria com base nos debates parlamentares.

[40] No seguimento desta aprovação, o PCP propõe o aditamento do número seguinte: "O Estado deverá apoiar as instituições de educação pré-escolar integradas na rede pública, subvencionando, pelo menos, uma parte dos seus custos de financiamento."

[41] Note-se que no número seguinte já estava prevista a pertença à rede pública de escolas promovidas por associações de pais, sindicatos, empresas ou IPSS.

No que diz respeito às restantes propostas – todas elas rejeitadas – importa analisar os diferentes alinhamentos partidários nas votações (ver Relatório da Discussão na Especialidade, DAR, 1986.08.19: 3740-3782). O PS, o PCP e o MDP/CDE votaram contra todas as propostas apresentadas pelo CDS. O PRD votou a favor da já referida proposta de alteração do papel do Estado na concretização da rede de educação pré-escolar, absteve-se na proposta que reconhece a importância da família na orientação do percurso educativo dos jovens e vota contra todas as outras propostas.

Mas importa aqui analisar a posição do PSD por ser aquele que apresentou propostas mais coincidentes com as do CDS e que nas décadas seguintes alternou com o PS o lugar de partido de governo ou maior partido da oposição.

O PSD apenas vota contra duas propostas do CDS: a proposta que pretendia incluir as escolas privadas na rede que prossegue o cumprimento do direito constitucional de todos à educação, a par das escolas públicas, e a proposta que inclui nas obrigações do Estado o financiamento das escolas privadas, como forma de efetivar a liberdade de escolha.

Relativamente aos votos favoráveis às propostas do CDS, o PSD vota favoravelmente quatro das dez propostas: a proposta de alteração do papel do Estado no assegurar da rede de educação pré-escolar, que acabou por ser aprovada; a proposta que reconhece a importância da família na orientação do percurso educativo dos jovens; a proposta que pretendia incluir o princípio do direito à escolha dos pais; e a proposta que defendia a inclusão do princípio de igualdade de tratamento por parte do Estado dado às escolas públicas e privadas.

O PSD abstém-se nas restantes quatro propostas, isto é, no estabelecimento do princípio de que o sistema de ensino se desenvolve através da cooperação entre as várias entidades intervenientes, incluindo as escolas privadas, a possibilidade de contratualização entre o Estado e as escolas privadas, a inclusão dos alunos do particular e cooperativo na ação social escolar e o financiamento direto aos encarregados de educação.

A análise destas votações do PSD nas propostas apresentadas pelo CDS permite compreender por que motivo a questão da liberdade de escolha acabou por não fazer parte do centro do debate em matéria de Lei de Bases do Sistema Educativo, apesar de no programa de governo da legislatura em que a LBSE foi aprovada estar referido o aprofundamento da liberdade de escolha. De facto, no contexto de grande consensualização em que estas votações ocorreram, e tendo em conta que os votos favoráveis do PSD e do CDS não bastavam, sendo necessário voto favorável do PRD, que veio a ocorrer apenas numa das propostas, o PSD abdicou de as prosseguir.[42]

[42] Conforme citado anteriormente "Desenvolvimento do principio da liberdade de ensinar e aprender através da livre escolha da modalidade de ensino no âmbito da escolaridade obrigatória e reforço e clarificação dos meios ao ensino particular e cooperativo nos outros segmentos de ensino, designadamente no respeitante a "contratos de patrocínio" (*Programa do X Governo Constitucional*, 1985:59).

Ou seja, apesar de o PSD ter incluído este tema na agenda política dessa legislatura através dos seus programas eleitorais e de governo, este permanece pouco presente na atividade legislativa durante o período de discussão da LBSE, incluindo naquelas que são as propostas incluídas no projeto do PSD. E mesmo quando essas propostas foram apresentadas pelo CDS em sede de votação na especialidade, o PSD rejeitou algumas e absteve-se noutras, aprovando apenas quatro das dez propostas – o que é ainda mais paradoxal se tivermos em conta que os votos favoráveis não chegariam para ver aprovadas as propostas e não punham, assim, em causa o consenso que se procurava alcançar nesta iniciativa legislativa.

No Programa do XI Governo Constitucional (1987-1991), o governo da legislatura que se seguiu à aprovação da lei de bases, um governo apoiado por uma maioria absoluta de deputados do PSD e liderado por Cavaco Silva, tendo Roberto Carneiro como ministro da Educação, reafirmava-se o mesmo princípio, dizendo-se o seguinte:

> O desenvolvimento das condições propícias à efetiva implantação da liberdade de aprender e de ensinar, a todos os níveis educativos, com garantia de igualdade de oportunidades de acesso a modelos educacionais alternativos, permitindo uma maior participação da sociedade civil no desenvolvimento da ação educativa; aprovação do Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo (*Programa do XI Governo Constitucional*, 1987: 67).

A LBSE é aprovada em 1986 com os votos contra do CDS e do deputado independente Borges de Carvalho, com a abstenção do MDP/CDE e dos deputados José Apolinário (PS) e António José Seguro (PS), e com os votos favoráveis das restantes bancadas: o PSD, o PS, o PRD, o PCP e a deputada independente Maria Santos.

Concretização: declinando a LBSE na reforma educativa

Na sequência da sua aprovação, e apesar de ter havido eleições em 1987 e de ter mudado o equilíbrio parlamentar – para uma maioria absoluta do PSD – não muda o primeiro-ministro e, na educação, não há lugar a grandes mudanças nas orientações políticas, principalmente no que toca à definição das principais prioridades da política educativa: aumentar a rede de educação pré-escolar, universalizar o cumprimento dos 9 anos de escolaridade obrigatória, aumentar a rede de estabelecimentos de ensino, lançar uma via profissionalizante no ensino secundário e recuperar o atraso educativo português, diminuindo o insucesso e o abandono escolares.

No entanto, logo a partir de 1987, com a aprovação da LBSE e a eleição de uma maioria absoluta do PSD, é agendada a regulamentação de diversos pontos da LBSE. O conjunto das mudanças então promovidas permite afirmar que se inicia uma nova fase de regulamentação e debate, apelidada de "reforma educativa" e liderada pela comissão criada em paralelo aos trabalhos de discussão da LBSE,

ainda antes da sua aprovação. Os principais temas em análise, além da expansão da escolaridade obrigatória para 9 anos, eram a integração das escolas e dos ciclos do ensino básico, o novo diploma da autonomia e gestão das escolas e a formação de professores. Esta reforma educativa é feita sem tentar revogar ou alterar a LBSE – mas em clara competição com esta – e procurando a mudança, testando sempre os limites da LBSE.

É de realçar a grande longevidade desta Lei de Bases aprovada em 1986. A primeira alteração é concretizada apenas em 1997 (11 anos depois da sua aprovação) e é residual, no sentido da introdução de alterações no regime de acesso ao ensino superior. Desde 1986, aliás, há apenas uma única tentativa de alteração mais estrutural da LBSE (2004) e ela é vetada pelo Presidente da República.

4.3.2 A primeira das pequenas mudanças: a LBSE de 1997

Entre 1986 e 2009 são apenas duas as alterações concretizadas à Lei de Bases do Sistema Educativo: uma concretizada em 1997 e outra concretizada em 2005. Em ambos os casos, estiveram em causa alterações pontuais, qualquer uma delas com incidência no ensino superior.

Em 1997,[43] a alteração incidiu sobre alterações ao modelo de acesso, financiamento e organização do ensino superior, ainda que fossem incluídas mudanças na formação inicial dos professores do ensino básico e secundário. Por esse motivo essa alteração não será aqui tratada em profundidade.

O processo iniciou-se com a apresentação, por parte do XIII Governo Constitucional (maioria relativa do PS) – que tinha António Guterres como primeiro-ministro e Eduardo Marçal Grilo como ministro da Educação e Tecnologia – de uma proposta de lei (Proposta de Lei n.º 47/VII). Esta proposta de lei assumia a necessidade de ampliar o esforço nacional de qualificação com o ensino superior e propunha-se alterar 4 dos 64 artigos da lei, incluindo normas relativas:

- ao acesso ao ensino superior – abrindo a porta a que as instituições de ensino superior passassem a ter um papel mais ativo na seleção dos seus alunos;
- ao sistema de graus – abrindo às universidades e politécnicos a possibilidade de conferirem o grau de licenciado e bacharel e a possibilidade de desenvolverem cursos sem lugar à atribuição de qualquer grau;
- ao sistema de formação inicial de professores, atribuindo às escolas superiores de educação a possibilidade de formarem professores para todo o ensino básico.

Na sequência da apresentação desta proposta de lei são apresentados no parlamento três projetos de lei: o Projeto de Lei n.º 241/VII, pelo CDS, o Projeto de Lei n.º 327/VII, pelos Verdes, e o Projeto

[43] Também em 1997 é aprovada a Lei 113/97, de 16 de setembro, que define as bases do financiamento do ensino superior público e procura ultrapassar dois anos de forte contestação social ao aumento das propinas.

de Lei n.º 329/VII, pelo PCP. De entre estes, o diploma apresentado pelos Verdes debruçava-se sobre as questões da educação ambiental, pelo que é lateral à discussão que aqui desenvolvemos.

Na declaração que dá início ao debate na generalidade, o ministro da Educação, Marçal Grilo, diz: "é chegado o momento de não só proceder às alterações que são mais urgentes, mas também de ponderarmos a oportunidade de uma avaliação séria e rigorosa da aplicação da lei de bases e das suas implicações na educação e na formação". Caso tal proposta fosse aceite, o ministro propunha um processo prévio ao procedimento legislativo muito semelhante ao que havia ocorrido em 1986: audição dos parceiros, trabalho conjunto entre Governo e Parlamento, pedido a uma instância internacional, como a OCDE, de uma avaliação das políticas desenvolvidas no âmbito da lei de bases que serviria de base à elaboração de uma nova LBSE, que deveria resultar de um acordo político entre os diversos partidos, em articulação com a sociedade civil e os parceiros sociais. O ministro apresentava esta proposta, defendendo, no entanto, que se resolvessem de imediato as questões mais urgentes

O PSD não apresenta qualquer projeto de lei, declarando (deputado Castro Almeida) que: "banalizar as alterações à lei de bases banaliza a própria lei de bases e prejudica a consolidação do sistema educativo, que tanto está precisado de estabilidade" (Diário da Assembleia da República (1997).

O projeto apresentado pelo CDS (Projeto de Lei n.º 241/VII) pretende alterar mais elementos da organização do sistema educativo, nomeadamente reforçando o peso do sector privado na rede pública de ensino, alargando a ASE ao ensino privado e extinguindo o 12.º ano de escolaridade.

A alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo é aprovada com os votos contra do CDS-PP, do PCP e do PEV, com abstenção do PSD e o voto favorável do PS.

4.3.3 A tentativa de transformação profunda e o veto presidencial

- Problema e agendamento: a escola pública como problema

No início do século XXI, o debate sobre as políticas de educação e a escola pública sofre uma transformação significativa, no sentido de questionar os resultados obtidos pela universalização do 9.º ano e pela generalização do ensino secundário.

Em 1999, é pela primeira vez considerado o indicador de abandono escolar precoce, como resultado da cooperação europeia no Comité do Emprego da Comissão Europeia, tendo sido definida uma meta para a sua redução nos objetivos da Estratégia Europeia para o Emprego. A redução do abandono escolar precoce é assumida como objetivo prioritário da Estratégia de Lisboa.

A inclusão deste indicador e dos objetivos e metas relativos à sua redução em Portugal é concretizada no Plano Nacional de Emprego de 2001, onde se definia o objetivo de "até 2010, reduzir para metade (não mais de 10%) o número de jovens entre os 18 e os 24 anos que apenas completaram o

3.º ciclo do ensino básico e que não participam em ações de educação ou formação" (ver Estêvão & Álvares, 2014).

Posteriormente, em 2001, ocorre o debate a propósito da divulgação dos resultados dos exames nacionais e elaboração de *rankings* das escolas por parte dos jornais. Realizados pela primeira vez em 1996, os exames nacionais constituíam uma base de dados de resultados escolares por escola com dados que até então não existam. Após pressão de vários jornais, entre os quais o *Público*, e depois de inúmeras recusas em disponibilizar os dados, a intervenção por parte da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos no sentido de obrigar o Ministério da Educação a disponibilizar a informação estatística inicia uma rotina anual, que ainda hoje se mantém, de divulgação dos *rankings* das escolas. Essa publicação anual de resultados origina, sucessivamente e há vários anos, a avaliação negativa das escolas públicas, que sistematicamente são arredadas dos primeiros lugares dos diversos *rankings* publicados.

No ano 2000 havia sido realizada a primeira edição do PISA, sendo os resultados publicados e apresentados em dezembro de 2011. Na apresentação pública dos resultados do primeiro PISA, Júlio Pedrosa "aproveitou a ocasião para referir uma série de medidas já em curso: do Estudo Acompanhado introduzido pela reorganização curricular do ensino básico ou a reformulação de programas do secundário" (jornal *Público*, 5/12/2001).

Finalmente, em 2002, é tornado público o Manifesto para a Educação da República (2002), que é formalmente entregue ao Presidente da República, num momento em que contava com 20.000 assinaturas. No texto dinamizado por José Dias Urbano e Carlos Fiolhais, professores de Física da Universidade de Coimbra, e Guilherme Valente, editor da Gradiva, traça-se um retrato negativo sobre a evolução da educação em Portugal, utilizando-se os estudos nacionais e internacionais para validar essa crítica:

> Todos os estudos nacionais e internacionais sobre a educação dos portugueses convergem para a conclusão incontroversa de que a República está a educar-nos mal. É essa a razão fundamental por que os portugueses continuam a não ser capazes de produzir a riqueza que consomem. É ainda por essa razão que Portugal se está a afastar dos padrões civilizacionais dos países com quem decidiu partilhar um futuro comum (Manifesto para a Educação da República, 2002).

O diagnóstico negativo que é feito aos resultados nos exames e nos instrumentos de avaliação internacional é associado a um falhanço da escola democrática, chamando-se a atenção, não apenas dos níveis de abandono escolar, mas também da qualidade do ensino e da aprendizagem dos alunos e do preço da educação em Portugal:

> Abriu-se a escola a um maior número de crianças, como era a obrigação dum regime democrático. Mas mesmo esse sucesso é mais aparente do que real, já que somos o país da comunidade com a

> maior taxa de abandono escolar. Por outro lado, os estudantes que resistem ao abandono recebem, de um modo geral, uma educação muito deficiente a preços excessivamente elevados (Manifesto para a Educação da República, 2002).

É neste contexto de debate em torno dos sucessos e insucessos da escola pública e de pressão internacional relativamente aos indicadores de insucesso e abandono escolar e relativamente aos resultados dos testes de performance dos alunos portugueses que se inicia o debate em torno de uma nova lei de bases do sistema educativo.

No seguimento das eleições antecipadas de 2002 e da chegada ao poder de uma coligação PSD/CDS é tentada uma transformação mais profunda da organização do sistema educativo. Logo no programa de governo estava explícita uma diferente orientação política no que diz respeito ao papel do Estado na prestação do serviço de educação, ainda que não se encontrasse explícita a vontade de rever a Lei de Bases do Sistema Educativo (contrariamente, aliás, ao que se passava relativamente à intenção de rever a Lei de Bases da Saúde):

> O quase monopólio da escola pública que hoje existe, em todos os níveis de ensino, não é o modelo desejável. Não por ser pública, mas pelo facto de há muito estar sujeita a limitações no seu funcionamento e na sua cultura, que contrariam o princípio constitucional da liberdade de ensinar e aprender, de escolher e de aceder a um bem que toda a população portuguesa sustenta. Um maior equilíbrio entre as organizações pública, social e privada, enquanto destinatários das políticas educativas e do esforço de financiamento, é um objetivo que importa alcançar (*Programa do XV Governo Constitucional*, 2002:113).

A 29 de maio de 2003, isto é, mais de um ano depois da tomada de posse, o Governo apresenta na Assembleia a Proposta de Lei n.º 74/IX. Numa longa exposição de motivos (33 das 101 páginas do projeto), o governo expõe os motivos pelos quais apresenta aquela que é uma tentativa de profunda transformação da arquitetura e organização do sistema educativo.

- Formulação baseada na iniciativa governamental

A proposta de Lei de Bases apresentada pelo ministro David Justino mudava, além de nome (de Lei de Bases do Sistema Educativo passaria a Lei de Bases da Educação), muito do que havia sido estabelecido e consensualizado no debate da LBSE de 1986. Na proposta apresentada pelo Governo, surgem como principais novidades as seguintes:

— uma maior separação entre a educação, incluindo a formação vocacional (organizada no âmbito do Ministério da Educação) e a formação profissional (na esfera do Ministério do Trabalho);

- a evolução para um modelo (4+2)+6 (6 anos de ensino básico e 6 anos de ensino secundário), superando assim a polémica organização em (4+2+3)+3 explanada na LBSE de 1986;
- o ensino secundário passaria a ser obrigatório, terminando a obrigatoriedade aos 18 anos (mantendo-se a possibilidade de frequência até aos 21);
- A inclusão em sede de lei de bases da educação do princípio da "liberdade de aprender e ensinar";
- gestão escolar, defendendo um processo público de seleção dos órgãos executivos das escolas, o aumento da sua responsabilização, sendo igualmente defendida a progressiva especialização;
- a inclusão na rede pública de ensino das escolas do sector particular e cooperativo, passando o Estado a apoiar todas as escolas (públicas ou privadas), tendo em consideração as escolhas das famílias.

Assim, a proposta apresentada pelo Governo procurava cumprir o exposto no Programa de Governo e olhar para o sistema educativo não centrado no sistema público, onde o privado tinha um lugar apenas supletivo, mas como sistema integrado, em que escolas públicas e escolas particulares e cooperativas se complementam numa rede única de prestação de serviço público de educação, tendo por base um esquema de financiamento a partir de um custo médio por aluno.

Em primeiro lugar, esta ambição tem como consequência que o Estado passaria a definir as regras, dirigindo-se a todas as modalidades de prestação do serviço de educação, e não apenas às escolas públicas, tal como acontecia na LBSE de 1986:

> Na decorrência da liberdade de aprender e ensinar, entende-se que o ensino particular e cooperativo deve deixar de estar enclausurado, como acontece na sistemática da lei de bases ainda em vigor, num capítulo dos fundos, para passar a integrar, a par do ensino público, os vários momentos que estruturam a nova lei. (Proposta de Lei 74/IX, de 29 de maio de 2003: 22).

Em segundo lugar, significa que o Estado passaria a considerar todas as escolas (privadas e cooperativas ou públicas) como parte de uma rede de serviço público, ficando assim isento de prosseguir o esforço de ampliação e universalização da rede de escolas públicas sempre que existisse uma escola privada num determinado território. Ou seja, o Estado deixa de olhar para o sector privado como forma de colmatar transitoriamente as falhas da rede pública, através de contratos de associação, passando a incluir todas as escolas existentes num território como potenciais estabelecimentos da rede pública.

> Considera-se que a rede de estabelecimentos de serviço público de educação e de ensino, destinada a cobrir as necessidades de toda a população, possa, numa perspectiva de racionalização de recursos e de promoção da qualidade da educação, ser constituída não apenas por escolas do Estado, mas também por escolas particulares e cooperativas. Para isso, estas devem respeitar os

> princípios, os objectivos, a organização e as regras de funcionamento, incluindo de qualificação académica e formação profissional exigidas para a docência, do sistema educativo (Proposta de Lei 74/IX, de 29 de maio de 2003: 22-23).

Já no articulado da proposta, dizia-se no Artigo 5.º – Objectivos fundamentais do sistema educativo, na alínea g), "Assegurar o serviço público de educação e de ensino, através de uma rede de ofertas da Administração Central, das autarquias locais, bem como de entidades particulares e cooperativas, que cubra as necessidades de toda a população".

A constituição da rede de serviço público de educação era concretizada no Artigo 48.º – Rede de ofertas educativas – da Proposta de Lei apresentada pelo Governo. Nele se dizia que:

> 1 — Compete ao Estado organizar uma rede de ofertas de educação e de ensino, ordenada, em termos qualitativos e quantitativos, e atualizada, que, no desempenho de um serviço público, cubra as necessidades de toda a população, assegurando a existência de projetos educativos próprios, desenvolvidos no âmbito da autonomia das escolas públicas, particulares e cooperativas, e, do mesmo modo, uma efetiva liberdade de opção educativa das famílias.
> 2 — Integram a rede de ofertas educativas os estabelecimentos de educação e de ensino particular e cooperativo que respeitem os princípios, os objectivos, a organização e as regras de funcionamento do sistema educativo, incluindo de qualificação académica e formação exigidas para a docência.
> 3 — No reconhecimento do valor do ensino particular e cooperativo, o Estado tem em consideração, no ordenamento da rede de ofertas de educação e de ensino de serviço público, e numa perspectiva de racionalização de recursos e de promoção da qualidade das ofertas educativas, os estabelecimentos de educação e de ensino particular e cooperativo existentes ou a criar.

Finalmente, as consequências desta inclusão na dimensão relativa ao financiamento das políticas educativas por parte do Estado. Ao considerar todos os estabelecimentos de ensino como parte da rede pública, o Governo define que fará, em primeiro lugar, a separação entre a função de financiamento e prestação do serviço por parte do Estado, assumindo as modalidades de contratação, que se fará já não apenas de acordo com a rede de escolas, mas também de acordo com as escolhas que as famílias fazem relativamente à escola que as crianças frequentarão (seja ela pública, particular e cooperativa).

> O Estado apoia financeiramente, mediante contrato, nos termos da lei, o ensino particular e cooperativo, tendo em consideração a escolha das famílias, quando os respectivos estabelecimentos se integrem na rede de ofertas de educação e de ensino de serviço público. (Proposta de Lei 74/IX, de 29 de maio de 2003: 23).

Na sequência da apresentação da proposta de lei pelo Governo dão entrada no parlamento: o Projeto de Lei n.º 305/IX, proposto pelo Bloco de Esquerda; o Projeto de Lei n.º 306/IX, proposto pelo

PS; o Projeto de Lei n.º 320/IX, apresentado pelo PCP; e o Projeto de Lei n.º 321/IX apresentado pelo grupo parlamentar dos Verdes. Abriu-se então, pela primeira vez desde 1986, um debate parlamentar a propósito da alteração da organização do sistema público de educação, iniciando-se o debate conjunto das diferentes proposta e projetos a 7 de julho de 2003.

Uma das questões que importa considerar e que vai atravessar todo o debate público e parlamentar prende-se com a constante comparação entre este processo de discussão da lei de bases e o que havia ocorrido em 1986, com os vários parceiros e partidos políticos a realçar as diferenças que decorriam de um processo centrado na Assembleia – o de 1986 – e este de 2003, que se havia iniciado no Governo. Logo no Preâmbulo do seu projeto de lei, o PS dizia que:

> Importa que o método de discussão alargada e concertação social e política usado em 1986 possa ser de novo seguido para que o novo quadro normativo disponha da mesma base ampla de sustentação em consenso técnico, social e político, e possa exprimir um projeto nacional para o desenvolvimento da educação no horizonte da próxima década. (Projeto de Lei 306/IX, do Partido Socialista, de 29 de junho de 2003:1).

A questão da obtenção de um consenso alargado e de um debate participado é, aliás, referida por todos os participantes no debate da generalidade, desde logo pelo ministro da Educação. Quando criticado por ter centralizado a elaboração da proposta de lei e por ter reduzido os tempos de debate, nomeadamente com os parceiros sociais, o ministro David Justino diz que a proposta apresentada pelo Governo é apenas o início do debate, mas refere que considera que este debate deve ser essencialmente político e não corporativo.

Além da questão da questão metodológica, há outros temas que distinguem as cinco propostas em debate relativamente a um conjunto de pontos fundamentais em debate.

Quadro 4.14 Principais diferenças entre a proposta do Governo e as dos outros partidos

	Governo (maioria)	**PS**	**PCP**	**BE**	**Verdes**
Público-Privado	Compete ao Estado organizar uma rede de ofertas educativas, integrando estabelecimentos privados, cobrindo as necessidades de toda a população. Estado tem em consideração estabelecimento privados na organização da rede pública (art.º 48.º).	Compete ao Estado criar uma rede nacional de educação e formação que cubra as necessidades de toda a população. A rede nacional integra os estabelecimentos privados que beneficiem de apoio público (art.º 48.º).	O ensino particular e cooperativo é supletivo. Obrigatoriedade de o Estado garantir uma rede de estabelecimentos públicos que cubra as necessidades de toda a população (art.º 55.º).	O Estado assume como prioridade a ampliação da rede pública de educação, garantindo meios que proporcionem a universalidade e gratuitidade da escolaridade de frequência obrigatória	Compete ao Estado criar uma rede de estabelecimentos públicos de educação para cobrir as necessidades de toda a população (art.º 37.º).
Ensino profissional	Formação profissional destinada aos que tenham concluído a escolaridade obrigatória, ou não a tenham concluído até à idade limite (art.º 33.º).	Ensino profissional preferencialmente de nível secundário, com a possibilidade de ser no 3.º ciclo quando ultrapassados os 16 anos.	Ensino secundário organiza-se em cursos gerais, tecnológicos e profissionais (art.º 11.º).	_____	_____
Obrigatoriedade	O ensino básico e o ensino secundário de educação escolar são obrigatórios, universais e gratuitos (art.º 8.º).	Obrigatória a frequência até à conclusão do secundário, ou, no caso de indivíduos já empregados, qualificação profissional equivalente ao secundário (art.º 6.º).	Universalidade pré-escolar, 12 anos escolaridade obrigatória e gratuita.	Estado assegura que todas as crianças com 4 anos (3 anos nas zonas despovoadas) sejam incluídas num modelo de educação para a infância (art.º 5.º), 12 anos escolaridade obrigatória e gratuita.	Ensino pré-escolar gratuito, obrigatório a partir dos 4 anos. Ensino básico universal, obrigatório e gratuito e tem a duração de 12 anos.
Estrutura sistema de	Básico organizado em 4+2. Secundário organizado em 3+3. (artigos 11.º e 14.º).	Básico organizado em 4+2+3, secundário em 3	Básico organizado em 4+2+3, secundário em 3	Básico de 6 anos, o ensino médio, de 3 anos, e secundário de 3 anos (art.º 8.º).	Básico organizado em 4+2+3, secundário em 3.
Gestão Escolar	Administração e gestão preferencialmente na base do agrupamento de escolas, de forma a favorecer integração vertical dos projetos educativos (art. 44.º).	Administração e gestão dos estabelecimentos de pré-escolar e básico obedece ao princípio da unidade organizacional. A direção é assegurada por organizações de gestão e apoiada por órgãos consultivos (art.º 56.º)	Orienta-se por princípios de elegibilidade e colegialidade dos órgãos e de participação de todos os diretamente implicados (art.º 46.º)	Democraticidade e participação de todos os implicados no processo educativo e da colegialidade.	_____

Fonte: elaboração própria com base na proposta de lei do governo e nos projetos de lei dos grupo parlamentares.

Em sede de votação na especialidade (DAR, 2004.05.20: 2472), quase todas as alterações apresentadas pelo PS e pelos outros partidos da oposição são rejeitadas (há apenas exceções no caso de emendas pontuais) e a votação dos projetos apresentados pelos partidos da oposição nem sequer acontece.

Já no debate na generalidade, apesar da questão da constituição de uma rede de serviço público que envolvesse também escolas privadas não ter sido referida na intervenção inicial do ministro da Educação, os problemas que esta opção levantaria foram referidos pelo PCP e pelo BE. Este último chamando atenção para o conflito entre a formulação proposta pelo Governo e o disposto no Artigo 75.º da Constituição "O Estado criará uma rede de estabelecimentos públicos de ensino que cubra as necessidades de toda a população".

O debate em sede de votação na especialidade é marcado por um conjunto de declarações de voto, apresentadas pelos partidos da oposição, alertando para o risco de inconstitucionalidade das normas aprovadas.

Quadro 4.15 Declarações de voto que justificam o voto contra com convicção de inconstitucionalidade

Artigo 4.º	
PS	"o voto contra do PS havia sido determinado pelo texto da alínea g) do artigo, ou seja, pelo facto de terem sido dissolvidas as diferenças entre ensino público e ensino privado e cooperativo, no que dizia respeito a assegurar a prestação de serviços de educação e de ensino à população."
PCP	"violado o texto constitucional no que dizia respeito à responsabilidade do Estado relativamente à criação de uma rede pública, à responsabilidade da escola pública e à responsabilidade da educação como um serviço público. (…) a responsabilidade face à educação não era da sociedade portuguesa, mas do Estado."
Artigo 5.º	
PCP	Considerou que o texto do artigo 5.º consagrava uma violação do texto constitucional, no que dizia respeito à responsabilidade do Estado face à criação de uma rede pública capaz de responder às necessidades da população e face à sua importância para a democratização da educação em Portugal.
Artigo 48.º	
PS	O artigo 48.º violava o disposto no n.º 1 do artigo 75.º da CRP, que determinava o seguinte: "O Estado criará uma rede de estabelecimentos públicos de ensino que cubra as necessidades de toda a população"
PCP	"violava um direito constitucionalmente consagrado e o respetivo dever do Estado relativamente à educação (...), na CRP anotada por V. Moreira e Gomes Canotilho (3.ª edição revista), estes constitucionalistas entendiam que o direito ao ensino significava o direito de acesso à escola e que a satisfação deste direito era uma tarefa pública"
BE	O artigo violava o princípio constitucional consagrado no artigo 75.º da CRP, indicando que competia ao Estado organizar a rede pública de educação e de ensino.

Fonte: elaboração própria com base nos debates parlamentares.

A nova Lei de Bases da Educação acabou por ser aprovada, a 20 de maio de 2004, com os votos contra do PS, do PCP, do BE e do PEV e os votos a favor dos partidos da maioria, o PSD e o CDS-PP.

- A não concretização: o veto presidencial

Depois de aprovada, a Lei de Bases é enviada ao Presidente da República para promulgação a 25 de junho do mesmo ano. A 27 de julho, um mês depois, o então Presidente da República, Jorge Sampaio, veta politicamente a lei de bases. Este ato raro de veto político é justificado com base em três argumentos fundamentais:

i. o de que o Governo que a tinha elaborado já não estava em funções[44] no momento da sua promulgação;
ii. o de que esta lei substituía uma LBSE aprovada com base num alargado consenso entre os partidos políticos e os parceiros sociais que estava ausente da lei agora aprovada pelo Parlamento;
iii. o de que existiam fundadas dúvidas no que diz respeito à constitucionalidade das normas relativas à gestão escolar e ao cumprimento dos princípios constitucionais de prestação de serviço público de educação por parte das escolas públicas.

A questão da estabilidade jurídica evocada pelo Presidente da República tem por base o facto, analisado acima, de entre 1986 e 2003, as alterações à LBSE terem sido residuais e apenas centradas nas mudanças no ensino superior. O Presidente da República utiliza no seu argumento o facto de esta resiliência da LBSE ter tido como consequência a estabilização dos objetivos, das políticas e das relações entre os vários atores:

> a Lei de Bases do Sistema de Ensino atualmente em vigor data de 1986 e, com algumas alterações, vem orientando ao longo dos últimos anos, de um ponto de vista político, organizacional e estrutural, todos os níveis da educação, constituindo, para os professores, as famílias, os autarcas e todos os outros parceiros, a referência maior do enquadramento jurídico do sistema educativo. (Diário da Assembleia da República, II série A n.º 79, 2004.07.29)

Mas o Presidente vai mais longe na declaração à Assembleia que acompanha o veto presidencial e aponta o contexto de consenso alargado em que a lei foi aprovada e do prolongado e detalhado trabalho técnico em que a lei foi elaborada e aprovada:

> tal estabilidade da lei de bases só foi possível porque, na sua origem, ela foi, não apenas objecto de um aprofundado trabalho técnico de preparação, como resultou de um acordo político

[44] As informações de que Durão Barroso era um dos nomes mais prováveis para ser apresentado pelo PPE (vencedor das Eleições Europeias de junho de 2003) para o cargo de presidente da Comissão Europeia surgem logo nos dias seguintes às eleições. A 25 de junho, data em que a Lei de Bases da Educação é enviada ao Presidente da República para promulgação, o jornal *Financial Times* noticia que Durão Barroso é o nome escolhido e nesse mesmo dia o primeiro-ministro pede uma audiência ao Presidente da República. A 5 de julho, Durão Barroso apresenta a demissão e Santana Lopes é nomeado primeiro-ministro a 9 de julho.

> envolvendo a quase totalidade dos partidos políticos com representação parlamentar. (Diário da Assembleia da República, II série A n.º 79, 2004.07.29)

Trata-se, claramente, de um caso de veto político de um ator institucional (Tsebelis, 2000) que, baseado no argumento da necessidade de consenso alargado semelhante ao que existiu em 1986 na aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo, e assumindo o efeito institucional que este consenso alargado original possibilitou, institucionaliza enquanto regra política um tipo de consenso alargado mais ampliado do que aquele a que a lei obriga. Ou seja, a rigidez institucional (Immergut, 1990; Bell, 2002) do quadro das bases da educação é maior em virtude de um consenso inicial, indo além do enquadramento jurídico previsto de que as leis de bases necessitam apenas de maioria simples para serem alteradas.

4.3.4 A adaptação ao processo de Bolonha em 2005

Em 2005, já havia outro Governo empossado (o XVII Governo Constitucional), um Governo maioritário apoiado pelo PS – José Sócrates era primeiro-ministro, Maria de Lurdes Rodrigues era ministra da Educação e José Mariano Gago era ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. No período desta legislatura (2005-2009) há duas alterações à Lei de Bases; a primeira incidindo no ensino superior e com o objetivo de adaptar a organização do sistema de ensino superior ao chamado processo de Bolonha, a segunda para alargar a escolaridade obrigatória.

Quanto à primeira alteração, a proposta de alteração foi apresentada pelo Governo (Proposta de Lei n.º 7/X) e é apresentada como alteração cirúrgica de adaptação do sistema de graus ao processo de Bolonha, mas no mesmo momento, BE, PSD, CDS e PCP apresentam projetos de lei alternativos, que são discutidos conjuntamente.

O projeto de BE (Projeto de Lei 52/X) incide em particular sobre a garantia de gratuitidade do 2.º ciclo do ensino superior, o projeto do CDS incide igualmente nas questões relacionadas com o ensino superior.

No contexto do debate de 2005, apenas o PSD apresentou um projeto não exclusivamente centrado no debate em curso de adaptação do ensino superior nacional ao processo de Bolonha, tendo, pelo contrário, apresentado um projeto (Projeto de Lei n.º 55/X) que era uma versão pouco alterada da Lei de Bases vetada no ano anterior pelo Presidente da República.

A lei é aprovada a 28 de julho de 2005, com os votos contra do PCP, BE, PEV e os votos a favor do PS, do PSD e do CDS-PP. A Lei n. º 47/2005, a segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo, é publicada a 30 de agosto.

4.3.5 O aumento da escolaridade obrigatória em 2009

- Problema e agendamento amplamente partilhados

Consensual desde o debate em torno da revisão da lei de bases promovida por David Justino, em 2009 volta à agenda a revisão da Lei de Bases do Sistema Educativo, desta feita com o objetivo de aumentar a escolaridade obrigatória dos 16 para os 18 anos (ou do 9.º para o 12.º ano de escolaridade). Tal objetivo constava tanto do Programa Eleitoral do Partido Socialista, como do Programa Eleitoral do PSD. No programa de Governo do XVII Governo Constitucional apontava-se desde logo o objetivo de

> Estender a educação fundamental, integrando todos os indivíduos em idade própria, até ao fim do ensino ou formação de nível secundário. Isto quer dizer trazer todos os menores de 18 anos, incluindo aqueles que já estejam a trabalhar, para percursos escolares ou de formação profissional (*Programa do XVII Governo Constitucional*, 2005: 44).

- Formulação e concretização em simultâneo

Ao longo dos primeiros quatro anos da legislatura são tomadas medidas que, de acordo com Maria de Lurdes Rodrigues, ministra da Educação à época, constituíram "medidas preparatórias" para a expansão da escolaridade obrigatória (Rodrigues, 2010:85):

i. o alargamento da ação social escolar;
ii. a generalização dos cursos de educação formação (CEF) de nível básico para os alunos que, aos 15 anos, não tinham completado o ensino básico;
iii. a generalização do ensino profissional como elemento central para a diversificação da oferta formativa adequada à diversidade das expectativas e interesses dos jovens.

Durante este período são ainda lançadas outras iniciativas e instrumentos de política no sentido da generalização do ensino secundário: a criação de um sistema de informação sobre ofertas formativas disponíveis para os jovens (SIGO), a inclusão no QREN e linhas de financiamento com vista ao financiamento de ofertas formativas de dupla certificação, a criação do catálogo das qualificações.

O aumento da escolaridade obrigatória concretizado em 2009 é o primeiro desde 1986. Na Proposta de Lei n.º 271/X, apresentada pelo Governo, apresentava-se um conjunto de medidas desenvolvidas entre 2005 e 2007 que, dizia-se, tinham contribuído para a generalização do ensino secundário e para o aumento da rede de educação pré-escolar, acrescentando-se que era então necessário o

> adequado enquadramento legislativo geral, que assegure o seu prosseguimento e desenvolvimento, no sentido da universalização da educação pré-escolar e da definição do ensino ou formação profissional de nível secundário como patamar fundamental de qualificação. Impõe-se, por isso, consagrar na lei tanto a generalização da educação pré-escolar gratuita para todas as crianças

de cinco anos e a extensão da escolaridade obrigatória para 12 anos e até aos 18 anos (Preâmbulo da Proposta de Lei n.º 271/X).

Nesta proposta era ainda anunciada a publicação de legislação complementar contendo "medidas de reforço do apoio social às famílias, criando as condições indispensáveis para o efetivo cumprimento dessa obrigatoriedade".

Eram, portanto, dois os elementos fundamentais da proposta apresentada pelo Governo:

- o aumento da escolaridade obrigatória para doze anos de escolaridade ou até aos 18 anos de idade – à qual estariam obrigados os jovens que iniciassem o 7.º ano no ano letivo de 2009-10;
- a universalização do pré-escolar a partir dos 5 anos;

As alterações ao quadro da Ação Social Escolar (ASE) são concretizadas no Decreto-Lei n.º 201/2009, de 28 de agosto, publicado a menos de um mês das eleições legislativas, que cria as bolsas de estudo do ensino secundário, uma prestação pecuniária mensal de concessão continuada que visava "combater o abandono escolar, melhorar a qualificação dos jovens em idade escolar e compensar os encargos acrescidos com a frequência obrigatória de nível secundário da educação ou equivalente" (Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 201/2009, de 28 de agosto).

Trata-se de reconhecer que a obrigatoriedade de escolarização ao nível do ensino secundário traz consigo exigências de tipo diferente, nomeadamente ao nível da substituição parcial de rendimento perdido no caso das famílias mais pobres, em que os jovens muitas vezes são chamados a contribuir para o rendimento familiar mensal.

Nesta mesma ocasião são discutidos dois outros projetos de lei: o Projeto de Lei n.º 603/X (apresentado pelo PCP) e o Projeto de Lei n.º 796/X (apresentado pelo BE), não tendo os partidos da direita parlamentar apresentado qualquer projeto.

Nenhum dos dois projetos altera outros elementos da LBSE. No entanto, o projeto do PCP defendia que os ensinos básicos e secundários deveriam ser gratuitos, mesmo depois do aluno completar 18 anos, enquanto o projeto do BE propunha que a universalização do pré-escolar fosse aos 4 anos (e não aos 5 anos), podendo mesmo, em zonas mais carenciadas, ser a partir dos 3 anos.

Depois de ter sido aprovado por unanimidade na generalidade, o projeto acabou por ser aprovado com os votos favoráveis do PS, do PCP, do BE, do PEV e da deputada independente Luísa Mesquita e com a abstenção do PSD, do CDS-PP e do deputado independente José Paulo Areia de Carvalho.

A Lei 85/2009, que altera pela terceira vez a LBSE, estabelecendo o regime da escolaridade obrigatória para as crianças e jovens que se encontram em idade escolar e consagra a universalidade da educação pré-escolar para as crianças a partir dos 5 anos de idade é publicada a 27 de agosto de 2009.

No cumprimento do definido em 2009, o ano letivo 2014-15 foi o primeiro em que a escolaridade obrigatória foi de 12 anos (ou até aos 18 anos).

A análise das mudanças impostas à Lei de Bases do Sistema Educativo, tal como havia acontecido nas revisões constitucionais em matéria de educação, mostra que a estabilidade e a continuidade neste sistema são o dado mais relevante. A resiliência demonstrada pelo quadro normativo desenhado a partir da Constituição de 1976 e posteriormente regulamentado na LBSE de 1986 difere do que ocorre noutras áreas das políticas públicas, como é o caso da saúde, e alinha as mudanças ocorridas no campo da educação com os conceitos de mudança incremental e de continuidade, ocorrida através de mecanismos de reprodução e adaptação (Streeck e Thelen, 2005:9).

Para esta resiliência contribuíram o nível elevado de consensualização do quadro aprovado em 1986, que criou um novo legado político (Tuohy,1999), ou seja, uma lógica de funcionamento próprio do sistema, neste caso do sistema educativo, que resulta de episódios de mudança política no passado e que limita a mudança futura. Neste caso, criando uma convicção alargada de que a alteração da LBSE deve resultar de um amplo consenso, tal como ocorreu no passado.

4.4 Instrumentos de ação política: a contratualização com o sector privado em educação [45]

Como se disse acima, as mudanças no equilíbrio entre público e privado evoluíram, não apenas em função das alterações à arquitetura do sistema educativo em sede de mudanças na constituição e na LBSE, mas também através de mudanças mais circunscritas, que alteraram a configuração do sistema educativo.

São três os instrumentos de ação política aqui selecionados: o estatuto do ensino particular e cooperativo e os contratos de associação como instrumento de mudança, a criação das escolas profissionais em estreita articulação com o sector privado e social e o desenvolvimento da educação pré-escolar em articulação com a rede social.

4.4.1 O estatuto do ensino particular e cooperativo e os contratos de associação

Ao longo dos primeiros anos 40 do século XX, e em completo contraciclo com toda a Europa, o discurso de permanente desvalorização da instrução pública cresce e legitima todas as decisões de restrição do

[45] Este tópico foi abordado em dois textos previamente publicados: Silva, M. V. D. (2014). Entre o Estado e o mercado: Políticas públicas de educação em Portugal. e-Pública, 2(1), 1–32 e Silva, M. V. D. (2014) Ensino Particular e Cooperativo in Rodrigues, M. de L. (Org.). (2014). 40 anos de políticas de educação em Portugal: Volume I—A construção do sistema democrático de ensino (1st ed.). Almedina.

investimento na educação.[46] Este discurso, até ao final dos anos 1950, foi levado à prática através de dois processos fundamentais: a redução da escolaridade obrigatória e a simplificação ou redução a uma versão minimalista dos conteúdos curriculares, mas ocorre em simultâneo com o significativo alargamento do parque escolar, materializado pelo plano dos centenários e pela construção de escolas de reduzida dimensão, os chamados postos escolares.

Paralelamente, foi relegitimado o lugar do ensino particular e cooperativo com a publicação de diversos normativos substituídos sucessivamente por outros:

- Em 1926, o Decreto n.º 12425, de 2 de outubro, que estabelecia as regras de criação e fiscalização do ensino particular;
- em 1931, o Estatuto do Ensino Particular (Decreto 19224, de 16 de janeiro);
- em 1934, nova versão do Estatuto, centrada no Ensino Secundário (Decreto-Lei 23447/1934, de 5 de janeiro);
- em 1949, a Lei de Bases do Ensino Particular (Lei n.º 2033, de 27 de junho);
- ainda em 1949, Decreto-Lei 37547/49, de 5 de setembro, regulamenta a lei aprovada no mesmo ano;
- em 1957, um novo Estatuto do Ensino Particular, através do Decreto-Lei n.º 41192/57, de 18 de julho.

- O lugar central do ensino público no processo de democratização

A partir da publicação, em 1964, do Relatório do Projeto Regional do Mediterrâneo, solicitado no final dos anos 1950 à OCDE, são definidos os objetivos e as condições de efetivação da política educativa nos anos seguintes.

É visível, a partir deste momento, o esforço de abertura e modernização marcado por peças legislativas inovadoras, de que são alguns exemplos: a equiparação da escolaridade obrigatória entre rapazes e raparigas (1960), a criação do Ciclo Preparatório (1967), o Curso Unificado da Telescola (1968), ou a Reforma Veiga Simão (1973). Este assumir, por parte do Estado, da necessidade de prolongar e democratizar o acesso à educação terá, como veremos, impacto no peso do sector público no total das escolas e alunos inscritos.

O decreto-lei que cria o ensino preparatório, primeiro, e a Lei de Bases da Educação de 1973, depois, refletem o propósito de democratização do acesso à educação e, estabelecendo objetivos ambiciosos associados à construção de uma rede de escolas, acabam por ter como consequência uma

[46] A título de exemplo, podem ser apresentadas as citações de deputados da União Nacional e de outros intectuais do regime. João Ameal afirmou que "Portugal não necessita de escolas … Ensinar a ler é corromper o atavismo da raça", enquanto Virgínia de Castro Almeida argumentava que "A parte mais linda, mais forte e mais saudável reside nesses 75 por cento de analfabetos" (citados por Maria Filomena Mónica, 1978).

forte pressão sobre as escolas privadas, nomeadamente aquelas que existiam em concelhos que passariam a ter uma escola pública, à medida que a rede de escolas preparatórias ia evoluindo. De acordo com Aldónio Gomes (1982), essa pressão traduziu-se por vezes na oficialização das escolas privadas: "E cada escola pública que se inaugura põe em causa a sobrevivência da escola particular que na mesma localidade existia. Em muitos casos, o conhecimento prévio da situação leva mesmo a escola particular a negociar as instalações com o ensino oficial" (Gomes, 1982:82).

Entre 1971 e 1973, em resultado da pressão de um conjunto de responsáveis por escolas particulares junto do governo e da Igreja Católica, Veiga Simão inicia, em 1971, a atribuição de subsídios a escolas particulares, criando posteriormente, em 1972, um grupo de trabalho para nova revisão do ensino particular e cooperativo. Em 1973, reconhecendo a situação difícil destas escolas, lança um programa de subsídios regulares a escolas particulares situadas em locais onde não existia ensino público que, exigindo a gratuidade de frequência da escolaridade obrigatória, cobria os encargos das escolas designadas "supletivas do ensino público". De acordo com um discurso do ministro Veiga Simão, poucos dias antes da Revolução de Abril de 1974, esses subsídios abrangiam, nesse ano, 306 escolas e atingiam o valor de 135 000 contos (cf. Gomes, 1982).

- O 25 de Abril: estatização e ingovernabilidade

O período que se segue ao 25 de Abril é marcado pela tentativa de implementar um sistema educativo capaz de assegurar a gratuitidade, a obrigatoriedade e a universalidade do direito à educação e que conseguisse superar os défices educativos crónicos, acentuados no período da ditadura.

Durante os governos provisórios, em particular a partir do 2.º governo provisório, são suspensas as atividades da Reforma Veiga Simão, tendo as escolas sido um dos principais palcos da ingovernabilidade característica deste período. A partir de 1976, e especialmente a partir de 1980, começa a desenhar-se o sistema de ensino tal como ficará definido na Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986.

A partir do 25 de Abril, inicia-se um período marcado, no que diz respeito ao ensino particular e cooperativo, por duas fases. Uma fase de declínio acentuado, essencialmente em 1974 e 1975, em que além da ameaça de nacionalizações e da ocupação de instalações, existe um discurso contra as escolas particulares, como exemplos de um regime sem sistema democrático de ensino. Depois de 1976, desanuviado esse ambiente contra o ensino particular e cooperativo e também em resultado do ambiente de desorganização que vivem as escolas públicas (saneamentos, suspensão das avaliações, suspensão de aulas) o ensino particular e cooperativo recupera os seus níveis de adesão.

- A movimentação do sector privado

É em 1979, na vigência do IV Governo Constitucional, liderado por Mota Pinto, que o enquadramento do ensino particular e cooperativo começa a mudar, no sentido de se inverter a tendência verificada

entre 1965 e 1978. Este processo inicia-se com a aprovação da Lei n.º 9/79[47] – Bases do Ensino Particular e Cooperativo. O processo legislativo é iniciado pela apresentação de um projeto de lei pelo PSD, a que se seguem as apresentações do PS e CDS. A lei é aprovada com os votos a favor do CDS, PSD e PS e os votos contra dos restantes partidos.

Esta lei, além de reconhecer a "garantia do acesso à educação e à cultura e do exercício da liberdade de aprender e de ensinar", cabendo ao Estado a criação de "condições que possibilitem o acesso de todos à educação e à cultura e que permitam igualdade de oportunidades no exercício da livre escolha entre pluralidade de opções de vias educativas e de condições de ensino", reconhece "aos pais a prioridade na escolha do processo educativo e de ensino para os seus filhos".

Além desta definição de princípios gerais, a lei estabelece no número 1 do artigo 6.º que "O Estado apoia e coordena o ensino nas escolas particulares e cooperativas, respeitando inteiramente os direitos consignados no artigo 1.º desta lei, de modo que as desigualdades sociais, económicas e geográficas não possam constituir entrave à consecução dos objetivos nacionais de educação" e que esse apoio se concretiza, nomeadamente, atribuindo ao Estado na alínea d) a função de "Conceder subsídios e celebrar contratos para o funcionamento de escolas particulares e cooperativas, de forma a garantir progressivamente a igualdade de condições de frequência com o ensino público nos níveis gratuitos e a atenuar as desigualdades existentes nos níveis não gratuitos".

Para a concretização destes princípios, tão fundamentalmente diferentes dos que estavam previstos na Constituição de 1976 (que definia o ensino particular e cooperativo como supletivo ao ensino público) e às políticas públicas que vinham sendo desenvolvidos, é aprovado o Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo, em 1980 (Decreto-Lei n.º 553/80) que regulamentava a Lei 9/79.

A aprovação do Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo constitui, nas palavras de Roberto Carneiro (1997:103), "um marco de fundamental importância para a história do ensino particular português". Até então, apesar de inúmeros normativos parcelares mantinha-se em vigor o Estatuto do Ensino Particular.

No Artigo 4.º eram estabelecidas as competências no Estado em matéria de relação com os estabelecimentos de ensino particular e cooperativo:

a) Apoiar as famílias no exercício dos seus direitos e no cumprimento dos seus deveres relativamente à educação dos filhos;
b) Homologar a criação de estabelecimentos de ensino particular e autorizar o seu funcionamento, sem prejuízo do estabelecido na Concordata entre a Santa Sé e o Estado Português;
c) Verificar o seu regular funcionamento;
d) Proporcionar-lhes apoio técnico e pedagógico quando solicitado;

[47] Esta lei estará em vigor quase 35 anos, sendo alterada apenas em 2013 pela Lei n.º 33/2012, de 23 de agosto.

e) Velar pelo nível pedagógico e científico dos programas e planos de estudos;
f) Apoiar os estabelecimentos de ensino particular através da celebração de contratos e da concessão de subsídios e de outros benefícios fiscais e financeiros, bem como velar pela sua correta aplicação;
g) Promover progressivamente o acesso às escolas particulares em condições de igualdade com as públicas;
h) Promover a profissionalização dos docentes e apoiar a sua formação contínua;
i) Fomentar o desenvolvimento da inovação pedagógica nos estabelecimentos de ensino particular.

Na sequência da aprovação do estatuto, dá-se um passo sem o qual não seria possível a efetivação da contratualização do Estado com as escolas do sector particular e cooperativo: a atribuição de recursos financeiros para esta medida. "Assim, no primeiro orçamento após a aprovação do Estatuto – o orçamento de 1981 que preparámos e fizemos aprovar – contempla-se um incremento de cerca de 80% nas dotações ordinárias (que passam de cerca de 500 000 contos em 1980 para 900 000 contos em 1981) e inscreve-se no PIDDAC uma verba de 30 000 contos para subsídios especiais" (Carneiro, 1997:109).

Mais tarde, através do Decreto-Lei n.º 37/83, de 25 de janeiro, seria promovida a expansão da rede através da criação de uma linha de crédito bonificado destinada à aquisição, construção e equipamento dos estabelecimentos do ensino particular e cooperativo.

Na primeira revisão constitucional, em 1982, apesar de não serem alteradas as obrigações constitucionais previstas relativamente à universalidade, obrigatoriedade e gratuitidade do ensino básico, nem o princípio de alargamento progressivo da gratuitidade aos restantes graus de ensino, são introduzidas alterações que dão conta da mudança do lugar do ensino particular e cooperativo no sistema de ensino nacional. Designadamente, é acrescentado um novo n.º 4 ao Artigo 43.º, garantindo o direito à criação de escolas particulares e corporativas (Artigo n.º 43, n.º 4 da CRP, 1982). Nessa mesma revisão de 1982, onde se dizia que cabe ao Estado fiscalizar o ensino particular supletivo do ensino público, é eliminada a referência ao ensino particular ser supletivo. Finalmente, a 1.ª revisão constitucional inclui ainda um artigo novo (Artigo n.º 77), cuja epígrafe é "Participação democrática no ensino", e que garante o direito à participação de professores e alunos na gestão democrática das escolas e ainda a participação das associações de professores, de alunos, de pais, das comunidades e das instituições de carácter científico na definição da política de ensino (CRP, 1982).

- O particular e cooperativo na Lei de Bases do Sistema Educativo

Como referido acima, apesar de não ter apresentado um projeto de lei autónomo, o CDS procura, em sede de discussão na especialidade da Lei de Bases do Sistema Educativo, introduzir a questão da liberdade de escolha, mas todas as suas propostas de alteração e aditamento neste sentido são recusadas.

Importa avaliar em detalhe estas propostas que procuram desenvolver o princípio da liberdade de escolha apresentadas pelo CDS, não só para avaliar o grau de desenvolvimento desta proposta política e do seu argumentário como para procurar compreender a forma como todos os outros partidos, mas principalmente o PS e PSD, se posicionaram perante elas. É particularmente interessante analisar as posições do PSD, já que este princípio da liberdade de escolha estava no programa do governo do PSD então em funções.

- Um novo impulso ao ensino particular e cooperativo

Em 1988, dá-se um novo impulso ao peso e ao estatuto do ensino particular e cooperativo, integrando as escolas particulares e cooperativas abrangidas pelo Decreto n.º 553/80, de 21 de novembro, na rede escolar para efeitos do seu ordenamento: o Decreto n.º 108/88, de 31 de março. Este diploma garantia que o Estado priorizava o alargamento e ajustamento da rede de escolas "em zonas onde não existam escolas particulares e cooperativas". Mas, mais, o diploma garantia às escolas particulares e cooperativas com contrato de associação que poderiam renovar o seu contrato "sempre que a criação de uma ou mais escolas públicas dependentes do Ministério da Educação venha a realizar-se em zonas onde funcionem escolas particulares e cooperativas", por um período igual aquele em que o contrato se tenha desenvolvido.

O Decreto-Lei n.º 344/88, de 28 de setembro, criava uma linha de crédito bonificado, no montante máximo de 4.000.000.000$, destinada a financiar a aquisição, construção e equipamento dos estabelecimentos de ensino particular e cooperativo.

Entre 1988 e 2010, o enquadramento legal da relação entre o Estado e o ensino particular e cooperativo é muito estável, sendo identificáveis três tipos de mudança: a) as alterações à Constituição concretizadas em 1989 e 1997; b) a evolução da efetiva concretização do apoio financeiro público ao ensino particular e cooperativo e c) a criação de nova oferta educativa que seria desenvolvida não apenas recorrendo ao sector público, mas também recorrendo à iniciativa privada financiada com recursos públicos. Um dos exemplos fundamentais desta realidade é o desenvolvimento da rede de escolas profissionais. Mas a questão coloca-se igualmente no momento da generalização do pré-escolar ou no desenvolvimento do ensino artístico.

As revisões constitucionais de 1989 e de 1997 não são, no que diz respeito ao lugar do ensino particular e cooperativo no sistema de ensino português, tão significativas como havia sido a revisão de 1982. Apesar disso, no número 2 do Artigo 75.º onde se dizia "o Estado fiscaliza o ensino particular e cooperativo", passa a dizer-se "O Estado reconhece e fiscaliza o ensino particular e cooperativo, nos termos da Lei" (CRP, 1989).

No mesmo sentido, na revisão constitucional de 1997, inclui uma nova redação do Artigo 74.º, que diz respeito às competências do Estado na realização da política de ensino. Enquanto em 1976 o Estado se comprometia a "Criar um sistema público de educação pré-escolar" (Artigo 74.º, n.º 3, alínea b), em 1997 passar a comprometer-se a "Criar um sistema público e *desenvolver o sistema geral* de educação pré-escolar (Artigo 74.º, n.º 2, alínea b).

- A tentativa de rutura com a exclusividade do ensino público

Apesar do longo período de estabilidade identificado, e como visto no capítulo referente à análise do debate da lei de bases, é forçoso referir que, em 2003, ocorre a única tentativa, em período democrático, de mudança significativa na organização do sistema educativo português. Essa mudança assenta, particularmente, na alteração da relação do Estado com os prestadores privados e concretiza-se na inclusão das escolas privadas e cooperativas naquilo que se designa, na lei, de rede de serviço público de educação.

> O Estado apoia financeiramente, mediante contrato, nos termos da lei, o ensino particular e cooperativo, tendo em consideração a escolha das famílias, quando os respetivos estabelecimentos se integrem na rede de ofertas de educação e de ensino de serviço público. (Proposta de Lei 74/IX, de 29 de maio de 2003: 23).

Esta mudança é protagonizada por um governo de coligação PSD/CDS, sendo David Justino o ministro da Educação e, apesar de aprovada por esta maioria, acaba por ser vetada pelo Presidente da República, com base em três argumentos fundamentais: (i) o de que o Governo que a tinha elaborado já não estava em funções no momento da sua promulgação; ii) o de que esta Lei substituía uma LBSE aprovada com base num alargado consenso entre os partidos políticos e os parceiros sociais que estava ausente da lei agora aprovada pelo Parlamento; iii) o de que existiam fundadas dúvidas no que diz respeito à constitucionalidade das normas relativas à gestão escolar e ao cumprimento dos princípios constitucionais de prestação de serviço público de educação por parte das escolas públicas.

- Os dois caminhos da austeridade

É já num contexto de austeridade que o enquadramento desta matéria se transforma. A revisão do Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo (Decreto-Lei n.º 138-C/2010, de 28 de dezembro) procura,

em primeiro lugar, identificar a necessidade ou não da rede de escolas com contrato de associação, avaliando essa necessidade em função da efetiva insuficiência de escolas públicas em cada região, tendo sido para esse efeito elaborado um estudo de rede[48].Em segundo lugar, procura simplificar as regras de financiamento das escolas com contrato de associação, procurando homogeneizar as regras e assegurar o financiamento por turma.

Na sequência dessa alteração, são então revistas as condições de financiamento dos contratos de associação (Portaria n.º 1324-A/2010, de 29 de dezembro). O valor do subsídio por turma seria fixado em 80.080 euros, com efeitos a partir do ano letivo de 2011-12, estabelecendo uma significativa redução do financiamento que, aliás, estava a ocorrer, nesse mesmo período, nas escolas públicas, em resultado das medidas de redução de despesa aprovadas no âmbito do Orçamento do Estado de 2011, do Programa de Estabilidade e Crescimento e, posteriormente, no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica (MECPE).

No MEPCE (República Portuguesa, Comissão Europeia, Banco Central Europeu & Fundo Monetário Internacional, 2011) assinado com a Comissão Europeia, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Central Europeu constavam duas medidas relativas ao ensino particular e cooperativo, que procuravam consolidar as mudanças introduzidas em 2010. Uma das medidas estava enquadrada na parte do memorando relativo às reformas orçamentais e outra na parte relativa às reformas estruturais:

> 1.8. Reduzir custos na área de educação, tendo em vista a poupança de 195 milhões de euros, através da racionalização da rede escolar criando agrupamentos escolares, diminuindo a necessidade de contratação de recursos humanos, centralizando os aprovisionamentos, e reduzindo e racionalizando as transferências para escolas privadas com contratos de associação.
>
> 4.10. ii) avaliar a rede de escolas com contrato de associação, profissionais e privadas com contratos de associação baseado em financiamento fixo por turma e incentivos associados aos critérios de desempenho (p.3).

No período de vigência do XIX Governo Constitucional, em sentido contrário ao estabelecido no MECPE, é visível uma nova tentativa de redefinição – e reforço – do lugar do sector particular e cooperativo. O processo inicia-se com a publicação da Portaria n.º 277/2011, de 13 de outubro, que altera a Portaria n.º 1324-A/2010, de 29 de dezembro, regulamentando as regras a que obedece o financiamento público dos estabelecimentos do ensino particular e cooperativo com contrato de associação, suspendendo as reduções de financiamento previstas na portaria de 2010.

O passo seguinte é a alteração da lei relativa às bases do ensino particular e cooperativo aprovada em 1979 (Lei n.º 33/2012, de 23 de agosto) e a aprovação de um novo Estatuto do Ensino Particular e

[48] O estudo foi encomendado à Universidade de Coimbra, coordenado e está disponível em https://hdl.handle.net/10316.2/36839

Cooperativo de nível não superior (Decreto-Lei n.º 152/2013, de 4 de novembro de 2013, que revoga o Decreto-Lei n.º 553/80, de 21 de novembro).

No preâmbulo do Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo é explicitado o objetivo de

> concretizar o princípio da integração na rede de oferta pública de educação, numa lógica de articulação de toda a rede de ensino, de forma a melhor atender às necessidades dos alunos, a otimizar o investimento público e aproveitar as capacidades instaladas, não constituindo prioridade do Estado a construção de equipamentos escolares nas zonas onde existe oferta.

A concretização desse princípio é assegurada deixando cair a principal exigência para a assinatura de contratos de associação, tal como estava prevista no Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo de 1980: a inexistência de oferta pública na área. [49]

Outras das alterações substantivas concretizada relaciona-se com as condições de autonomia das escolas particulares. Esta autonomia prende-se, não apenas com as condições de criação e funcionamento destes estabelecimentos, mas também com o princípio de plena autonomia pedagógica, através da consagração da flexibilidade na gestão do currículo, conferindo-lhes inclusivamente o direito de criar e aplicar planos curriculares próprios, pondo fim ao chamado "paralelismo pedagógico" com as escolas da rede pública. O novo enquadramento da autonomia pedagógica dos estabelecimentos de ensino particular e cooperativo é fixado pela Portaria 59/2014, de 7 de março.

4.4.2 O caso da educação pré-escolar

O caso da educação pré-escolar é significativamente distinto do ensino básico e secundário no que diz respeito à participação do sector privado e social na persecução do serviço público, importa, por isso, analisar as suas especificidades, a evolução desta medida e das mudanças a que foi sujeita.

O desenvolvimento da educação pré-escolar em Portugal apresenta uma periodização muito próxima da que podemos identificar para as restantes políticas sociais: o final do século XIX como momento fundador da intervenção, a República como período em que se desenha uma prestação pública do serviço de educação de infância, o desinvestimento no período do Estado Novo, que reforçava o primado da família; o momento de transição no final do Estado Novo, a rutura trazida pelo 25 de Abril, o período da desenvolvimento do sector público marcado pela lei de 1997 (seguimos de perto a periodização apresentada por Vasconcelos, 2014:469-497).

De acordo com Teresa Vasconcelos (2014) a educação de infância seguiu uma trajetória próxima daquela registada em outros países europeus, “embora com significativo atraso no que se refere à implementação e ao número de jardins de infância da rede pública” (Vasconcelos; 2014:470).

[49] Dizia o Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo de 1980, no seu Artigo 14.º, n.º 1 que “Os contratos de associação são celebrados com escolas particulares situadas em zonas carecidas de escolas públicas, pelo prazo mínimo de um ano.”

- As origens da educação pré-escolar

As origens da educação de infância em Portugal podem ser procuradas a partir do século XVI, com criação das Misericórdias (Ferreira Gomes, 1977; Bairrão e Vasconcelos, 1977, citados por Vasconcelos, 2014). A importância do sector social (Misericórdias e IPSS) na educação de infância e noutros campos das políticas sociais permanece muito relevante no quadro das políticas públicas em Portugal, como aliás acontece nos restantes países do sul da Europa.

Estas experiências eram orientadas para o cuidado assistencial com os mais pobres e necessitados, e só no final da monarquia liberal (1882) é criado, por iniciativa governamental, o primeiro jardim de infância Froebel, no Jardim da Estrela, em Lisboa, mais centrado na componente educativa e de desenvolvimento das crianças. No mesmo ano da criação do primeiro jardim de infância, é criada a Associação das Escolas Móveis pelo Método João de Deus que, no seu propósito genérico de alfabetização de crianças e adultos, inclui o objetivo de "instituir escolas maternais ou jardins de infância para crianças dos 3 aos 7 anos" (Gomes, 1977:51, citado por Vasconcelos. 2014:475).

É no final do século XIX que o primeiro documento legislativo que consagra a obrigatoriedade de criação de escolas destinadas às crianças é aprovado. Na sequência da proposta de José Augusto Coelho de um programa de criação de uma escola infantil para as crianças dos 4 aos 8 anos, é aprovado o Decreto-Lei de 22 de dezembro de 1894, que consagra a criação de escolas da infância, no âmbito da reforma de João Franco. Dizia-se que em Lisboa e no Porto e outras cidades "podem ser estabelecidas escolas para a educação e ensino das classes infantis" (Carvalho, 1996:469). A mesma referência às escolas infantis é feita no Decreto n.º 8 de 1901, explicitando o público-alvo como as crianças entre os 4 e os 6 anos.

É no contexto da República que ocorre o terceiro momento legislativo no que diz respeito ao ensino infantil. De acordo com o decreto de 29 de março de 1911, o ensino infantil procuraria "a educação e o desenvolvimento integral, físico moral e intelectual das crianças, desde os quatro aos sete anos de idade" (Artigo 5.º, citado por Carvalho, 1996:667) e seria "facultativo e gratuito" (Artigo 38.º, citado por Carvalho, 1996:667). Estas escolas seriam "instaladas em edifícios próprios" (Artigo 22.º, citado por Carvalho, 1996:668) construídos "à medida que os recursos dos diferentes municípios forem permitindo" (Artigo 21.º, citado por Carvalho, 1996:668).

Se é verdade que as escolas infantis pertencentes ao ensino oficial não passaram do idealizado no papel pela reforma de 1911, os jardins-escola lançados no âmbito da Associação das Escolas Móveis pelo Método João de Deus foram sendo constituídas: o primeiro foi inaugurado em Coimbra, em 1911, ao qual se seguiram vários outros. Iniciava-se a centralidade do sector particular e cooperativo no ensino pré-escolar (ou pré-primário, ou infantil, conforme a designação), que se manteria durante décadas.

O período do Estado Novo é marcado pelo retrocesso, especialmente na educação de infância. Em primeiro lugar, no plano ideológico, de uma política educativa baseada "na ideologia da maternidade e do regresso das mulheres ao espaço privado doméstico" (Vasconcelos, 2014:478). Em 1934, através do Decreto-Lei n.º 24402, de 24 de agosto, deixa de ser obrigatório que as fábricas criem creches para os filhos das mulheres trabalhadoras. Em 1936, a educação de infância é atribuída à Obra das Mães pela Educação Nacional e, posteriormente, em 1937, é extinto o ensino infantil (Decreto-Lei n.º 28081, de 9 de outubro.

Apesar disso, durante este período, o ensino pré-escolar de infância vai-se afirmando, ainda antes do 25 de Abril, com o período de abertura e democratização do acesso à educação iniciado pelo projeto de Veiga Simão, que propõe a reintegração do ensino pré-escolar no sistema educativo nacional.

- A afirmação do pré-escolar no pós-25 de Abril

A afirmação da prioridade atribuída ao pré-escolar concretiza-se apenas no pós-25 de Abril. Logo na Orgânica do I Governo Provisório encontramos o n.º 8, com a epígrafe Política educativa, cultural e de investigação, e se definia a "Ampliação dos esquemas de ação social escolar e de educação pré-escolar, envolvendo obrigatoriamente o sector privado, com vista a um mais acelerado processo de implantação do princípio da igualdade de oportunidades". (Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio)

É na sequência deste principio programático que, três meses depois, se escreve nas Linhas de Ação do Ministério da Educação e Cultura (de 16 de agosto de 1974) "preparar as 'jardineiras' para os jardins de infância, quer enviando ao estrangeiro bolseiras, quer instituindo desde já uma nova escola de preparação no nosso país", acrescentando-se, em sentido contrário ao definido na orgânica de governo que "O auxílio do ensino particular não é de considerar, porquanto se trata de escolas infantis já superlotadas e, porque pagas, frequentadas só por certas camadas da população", estipulando ainda que a reforma a desenvolver deveria "alicerçar-se na criação de uma rede nacional de jardins de infância, pois é desde a tenra idade que se jogam as possibilidades de igualizar as oportunidades para as crianças vindas de diferentes estratos sociais e culturais" (Vasconcelos, 2014:481, citando Gomes, 1977:119).

Esta alternativa entre desenvolver a educação pré-escolar centrada no desenvolvimento do sector privado que existia ou instituindo uma rede pública marcará o debate nas políticas públicas de educação nas décadas seguintes.

Com a aprovação da Constituição, em 1976, é reforçada a estratégia de desenvolvimento de uma rede de estabelecimentos de educação pré-escolar ("um sistema público de educação pré-escolar" (Artigo 14.º).

Em 1979, é publicado o Estatuto dos Jardins de Infância, que reforça a orientação política de assumir uma rede de educação pré-escolar que articule os diferentes estabelecimentos existentes, em

particular aqueles que estavam dependentes do Ministério da Educação e aqueles que estão dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais.

> Neste aspeto, a diversidade de soluções e de orientação, nomeadamente a nível dos jardins-de-infância dependentes dos Ministérios dos Assuntos Sociais e da Educação, bem como a desarticulação das redes dos sistemas público, particular e cooperativo desaconselham, de momento, a tomada de posições de fundo no sector. Para tal, torna-se imprescindível a existência de um instrumento de trabalho básico – o Plano Nacional da Educação Pré-Escolar – cujos trabalhos preparatórios foram já iniciados. Preâmbulo do Estatuto dos Jardins de Infância (Decreto-Lei n.º 542/79, de 31 de dezembro de 1979)

Nesse sentido, dizia-se no Artigo 5.º do Estatuto: "A implantação da rede dos jardins-de-infância do sistema público da educação pré-escolar será devidamente articulada com as redes correspondentes dos sistemas particular e cooperativo, mediante uma adequada repartição das respetivas zonas de atuação".

- A educação pré-escolar na Lei de Bases do Sistema Educativo

A LBSE aprovada em 1986 mantém esta orientação de parceria entre sector público e sector privado para o desenvolvimento da rede de educação pré-escolar (n.os 4 e 5, do Artigo 5.º da LBSE de 1986).

Como referido acima, no conjunto das propostas apresentadas pelo CDS (Relatório da Discussão na Especialidade, DAR, 1986.08.19: 3727-3782) que previam a maior participação do sector privado na educação, apenas aquela que se referia ao pré-escolar foi aprovada. Nela se previa que onde na proposta em votação se dizia que "incube ao Estado a criação de uma rede pública de educação pré-escolar" se passasse a estabelecer que "incumbe ao Estado assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar".

Apesar de no projeto de lei que estava a ser votado já estar prevista a pertença à rede pública de escolas promovidas por associações de pais, sindicatos, empresas ou IPSS, esta alteração atribui ao Estado não a obrigação de criação da rede de escolas do pré-escolar, mas a função de assegurar a sua existência. Esta alteração acaba por estar na base do desenvolvimento de um modelo misto público/privado no âmbito da rede de pré-escolar.

- A superação do défice de oferta: o reforço do sector público

Como referimos, desde a instituição da democracia que, na educação pré-escolar, as competências em matéria de desenvolvimento da rede têm sido divididas entre o ministério responsável pela pasta da Educação (que desenvolve a rede pública) e o ministério responsável pela solidariedade social (que concretiza esse desenvolvimento da rede em contratualização com a rede de IPSS). Mas o

desenvolvimento do sector particular e cooperativo foi sendo sempre superior e, em 1996, o peso do sector privado e cooperativo no pré-escolar era próximo dos 60%.

Em 1994, João Formosinho elabora um parecer que apresenta ao CNE (Parecer n.º 1/94) que recomenda o desenvolvimento da rede do pré-escolar, incluindo não apenas as iniciativas privadas e de solidariedade social, mas também a rede pública.

No programa do governo do XIV Governo Constitucional estabelece-se a educação pré-escolar como domínio de intervenção prioritária, definindo-se a necessidade de estabelecer, com os restantes protagonistas envolvidos no processo, "um plano concertado de alargamento da rede nacional de educação pré-escolar, coordenando a sua expansão e o seu funcionamento, com exigências de qualidade". Esse movimento de desenvolvimento do pré-escolar deveria garantir a participação das autarquias locais e estimular "desenvolvimento de iniciativas particulares e cooperativas ao nível local, sem prejuízo da função reguladora do Estado" (*Programa do XII Governo Constitucional* (1995), n.º 1.3.1). [50]

Na sequência da recomendação do Conselho Nacional de Educação em 1994 e dos desenvolvimentos programáticos posteriores, o XIV Governo tem duas iniciativas significativas: a aprovação de um diploma que regula o financiamento do desenvolvimento da rede de pré-escolar e a aprovação da lei-quadro da educação pré-escolar.

Em primeiro lugar, logo em 1995, aprova o Decreto-Lei 173/95, de 20 de julho, que definiu o regime de atribuição de apoios financeiros e a criação e manutenção de estabelecimentos de educação pré-escolar. No preâmbulo deste diploma dava-se continuidade ao princípio da parceria definido no programa de governo:

> Incumbe, nesta medida, ao Estado assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar, em articulação com instituições de natureza diversa. O Ministério da Educação (…) elaborou um plano de expansão, a desenvolver em quatro anos, com carácter prioritário nos grandes centros urbanos e zonas industrializadas de elevada densidade populacional e, bem assim, nas zonas com maior índice de insucesso e abandono escolares.

Assim, no seu Artigo 3.º esclarecia-se a que instituições se dirigia este apoio financeiro e a possibilidade de celebração de contratos-programa, nos quais se incluíam: as "autarquias locais, as instituições particulares de solidariedade social, as cooperativas e outras entidades que exerçam a sua atividade na área da educação pré-escolar" (Artigo 3.º, n.º 1, do Decreto-Lei 173/95, de 20 de julho).

No ano seguinte, O Governo apresentaria a Proposta de Lei 44/VII (publicada no DAR, 1996.06.29: 1024-1024). Esta proposta surge na sequência do projeto apresentado pelo PCP, a 2 de março de 1996, em que se propõe ao governo que apresente um plano de desenvolvimento do pré-escolar. Nesse

[50] Disponível em https://www.historico.portugal.gov.pt/media/464048/GC14.pdf

momento, o PCP reapresenta a sua proposta alternativa, expressa no Projeto de Lei 10/VII (publicado no DAR, 1995.11.08: 19-21).

Na exposição de motivos da proposta de lei, o Governo valorizava a importância da educação pré-escolar e assumia o propósito do desenvolvimento da rede de educação pré-escolar, mantendo a orientação de apoiar as autarquias locais e o sector social no desenvolvimento da rede e de aumento do número de vagas:

> Sem prejuízo da função reguladora do Estado, esta medida deverá ser concretizada quer através da articulação com as autarquias locais quer estimulando e apoiando o desenvolvimento de iniciativas particulares e cooperativas.
>
> Impõe-se, pois, reconhecer a necessidade de assegurar a existência de redes de educação pré-escolar, pelo que este diploma valoriza não só o papel dos municípios, mas também a iniciativa particular, cooperativo e social (Proposta de Lei 44/VII).

Apesar disso, no Artigo 5.º (Papel estratégico do Estado), definia-se um conjunto de incumbências, entre as quais se destaca a de "a) Criar uma rede pública de educação pré-escolar, generalizando a oferta dos respetivos serviços de acordo com as necessidades". A formulação aqui exposta é diferente daquela que havia sido consensualizada em série de LBSE, onde se dizia que "Incumbe ao Estado assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar". Ou seja, da incumbência de assegurar a existência de uma rede de educação pré-escolar, passou-se para a função de "Criar uma rede pública de educação pré-escolar".

Acresciam a esta incumbência as de:

> b) Apoiar a criação de estabelecimentos de educação pré-escolar por outras entidades da sociedade civil, na medida em que a oferta disponível seja insuficiente;
>
> c) Definir as normas gerais da educação pré-escolar, nomeadamente nos seus aspectos organizativo, pedagógico e técnico, e assegurar o seu efetivo cumprimento e aplicação, designadamente através do acompanhamento, da avaliação e da fiscalização;
>
> d) Prestar apoio especial às zonas carenciadas (Proposta de Lei 44/VII).

Esta mudança na formulação da função do Estado, da função de garantir a existência para a função de criar uma rede, teve um efeito no peso da rede pública no total da rede de pré-escolar. Enquanto nos 10 anos letivos que antecederam o ano letivo de 1996-97, o crescimento dos alunos inscritos no sector público cresceu 3% e o dos alunos no sector privado cresceu em média 5%, nos 10 anos seguintes a lógica inverteu-se, crescendo 5% ao ano no sector público, e 1% ao ano no sector privado. Assim, a partir de 2000, o sector público passa a ser, ainda que residualmente, maioritário no conjunto dos alunos inscritos na educação pré-escolar.

4.4.3 O caso das escolas profissionais

Um dos principais exemplos de concretização de uma política pública que se afastou genericamente do modelo de ensino público, universal e gratuito foi a da criação, em 1989, das escolas profissionais. Neste ponto seguiremos de perto o trabalho desenvolvido ao longo dos anos por Joaquim Azevedo (1994, 2009, 2014). Este autor, reconhecido especialista em educação e, em particular, no ensino secundário, é igualmente um ator político fundamental no que diz respeito ao ensino profissional, uma vez que foi diretor-geral do Gabinete de Educação Tecnológica Artística e Profissional (GETAP), organismo responsável pela criação das escolas profissionais, no momento em que a política pública das escolas profissionais é desenhada e, posteriormente, entre 1992 e 1993, tendo sido, depois, secretário de Estado dos Ensinos Básico e Secundário, no XII Governo Constitucional, em pleno período de desenvolvimento das escolas profissionais.

A criação das escolas profissionais ocorre num contexto em que, depois da unificação do sistema educativo no pós-25 de Abril, se acumulavam os sinais de necessidade de diversificação da oferta formativa: (i) as disparidades com os restantes países da UE em matéria de democratização da escolarização mantinham-se muito significativas; (ii) o abandono escolar era uma realidade muito preocupante, não apenas, mas principalmente, ao nível do ensino secundário; (iii) o pouco sucesso da tentativa anterior de relançar uma via profissionalizante, protagonizada pelo ministro José Augusto Seabra, em 1983, através da criação do ensino técnico-profissional;[51] e, finalmente, (iv) os diversos estudos e recomendações relativos à promoção do investimento no ensino profissional, dos quais se destacam os efetuados por instituições internacionais: o exame à política educativa promovido pela OCDE, em 1987, e o Relatório Nacional de Portugal elaborado para a 41.ª Conferência internacional da UNESCO.

Assim, em 1989, os ministérios da Educação e do Trabalho aprovam a criação de um novo modelo de escola:

> Neste quadro se inserem o relançamento do ensino profissional e o reforço das diversas modalidades de formação profissional, que se pretendem levar a cabo fundamentalmente através da acção conjunta dos Ministérios da Educação e do Emprego e da Segurança Social, em estreita cooperação com outros ministérios e ainda com várias entidades públicas ou privadas, tentando capitalizar estruturas e recursos disponíveis (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 26/89, de 21 de janeiro).

O modelo definido procura uma rutura com o "modelo administrativo burocrático e uniformizante" e por isso

[51] Despacho 194-A/1983, de 21 de outubro

> apenas definiu o modelo do novo tipo de escola, enquanto a mobilização social, promovida por um novo serviço central do Ministério da Educação (...) procurava suscitar a adesão da sociedade, uma vez estas escolas deveriam ser criadas não diretamente pelos Ministérios (pelo Estado), mas nasceriam sempre como resultado de um contrato-programa entre o Estado e um conjunto de parceiros locais (Azevedo, 2014:420).

Nesse sentido, estabelecia-se no Artigo 4.º, número 1, que "As escolas profissionais, numa perspetiva de inserção e resposta às necessidades de desenvolvimento regional e local, serão criadas segundo um regime de contratos-programa com o Estado e mediante a celebração de protocolos que assegurem a colaboração entre as diversas entidades promotoras". Nesse mesmo sentido, acrescentava-se no Artigo 5.º do mesmo diploma que:

> Podem ser promotores das escolas profissionais entidades públicas e privadas, designadamente autarquias, cooperativas, empresas, sindicatos, associações, fundações, instituições de solidariedade social, organismos especialmente vocacionados para esse fim dos Ministérios da Educação, do Emprego e da Segurança Social e outros, preferencialmente associados e segundo um regime de contrato-programa ou protocolo, nos termos do artigo anterior.

A importância da escolha de um modelo em que o serviço público de educação é contratualizado com entidades da sociedade civil é assumida e justificada por Roberto Carneiro, ministro responsável pela medida:

> os contratos-programa foram o dispositivo jurídico encontrado para formalizar uma relação de parceria Estado-Sociedade Civil livre, responsavelmente assumida. (...) Em pouquíssimo tempo de incubação – menos de um ano – vimos multiplicar em Portugal novos parceiros de educação que afetaram significativamente recursos próprios e canalizaram importantes energias para a criação de escolas profissionais onde a oferta profissionalizante era insuficiente (Carneiro, 2004, citado por Azevedo, 2014:421).

Na realidade, esta entrada de outros atores no sistema educativo é muito significativa. Conforme se pode verificar no quadro 4.16, os promotores institucionais das escolas profissionais são de tipo diverso: câmaras municipais, entidades da administração pública, associações empresariais, sindicatos e associações sindicais, outras associações e outras entidades. Entre 1989 e 1993, eram 326 as escolas profissionais promovidas por estas entidades até então afastadas da prestação de serviços de educação.

Quadro 4.16 Escolas profissionais e número de promotores por tipologia de entidades

	1989	1990	1991	1992	1993	Total
Câmaras municipais	14	18	19	15	11	**77**
Administração pública	6	10	8	6	4	**34**
Empresas privadas	23	21	6	9	6	**65**
Associações	33	19	17	8	2	**79**
Associações Empresariais	11	8	10	12	1	**42**
Sindicatos/associações sindicais	4	8	0	3	2	**17**
Outros	4	2	1	5	0	**12**
Total	**95**	**86**	**61**	**58**	**26**	**326**

Fonte: Joaquim Azevedo (2014), a partir de dados do Departamento do Ensino Secundário.

As inovações do modelo escolhido não se limitavam à natureza das entidades promotoras. Joaquim Azevedo (2014) identifica as principais inovações do modelo definido: (i) a quebra do monopólio estatal, alargando a participação da prestação de serviço público de educação a entidades de natureza diversa; (ii) a natureza autónoma e privada do modelo de gestão das escolas profissionais e a sua compatibilização com o serviço público; (iii) a promoção de competências de empreendimento e cooperação na sociedade portuguesa e a sua capacidade de agir localmente; (iv) a existência de uma nova oportunidade educativa, muito procurada nos anos seguintes, e que se provou capaz de responder ao desafio de articulação com os contextos de vida profissional.

Nas palavras de Roberto Carneiro:

> Efetivamente, a instituição das escolas profissionais representou, em 1989, uma ruptura dramática com todos os paradigmas anteriores de educação profissionalizante em Portugal. 15 anos depois da revolução de Abril, que pôs fim ao ensino técnico do Estado Novo, 6 anos após a recriação do ensino técnico-profissional de matriz estatal, por José Augusto Seabra, 3 anos após a adesão ao clube europeu, tornava-se imperativo abrir uma frente inovadora de resposta. (...) Para vincar bem as características "fraturantes" do novo modelo, o nome "escolas profissionais" foi objetivo de aturada reflexão... no sentido de significar uma oferta institucional alternativa e completamente independente da tradição do ensino técnico-profissional ou tecnológico, ministrado em escolas secundarias inseridas no sistema estatal de ensino (Carneiro, 2004)

Após a introdução das escolas profissionais, em 1989, não se registam alterações significativas no modelo do ensino profissional durante 15 anos, mantendo-se as suas especificidades fundamentais: "oferta formativa apresentada quase exclusivamente por escolas privadas, suportadas por financiamento público com origem nos fundos comunitários, com um número de vagas limitado (quatro vezes inferior à procura – cerca de 10.000 por ano), e padrões de qualidade, resultados escolares e empregabilidade confirmados em vários relatórios de avaliação externa" (Rodrigues, 2010:95).

O tema do ensino vocacional volta à agenda em 2001, com a reforma curricular do ensino secundário (Decreto-Lei n.º 7/2011, de 18 de janeiro), que instituía um desenho para o ensino secundário organizado em cursos gerais e cursos tecnológicos, aprofundando as diferenças entre estas duas vias e no qual não se fazia qualquer referência ao ensino profissional.

Em 2002, com a tomada de posse do XV Governo Constitucional, o decreto-lei da revisão curricular é suspenso pelo ministro da Educação David Justino que, em 2004, apresenta uma nova reforma do ensino secundário (Decreto-Lei n.º 74/04, de 26 de março). As alterações introduzidas incluem a organização do ensino secundário em cursos científico-humanísticos (gerais), cursos tecnológicos, cursos artísticos especializados e cursos profissionais, retomando a lógica introduzida em 1989.

> Nesta perspetiva, introduzem-se modificações importantes, estabelecendo-se cursos científico-humanísticos, vocacionados para o prosseguimento de estudos de nível superior, cursos tecnológicos, orientados na dupla perspetiva da inserção no mercado de trabalho e do prosseguimento de estudos, cursos artísticos especializados, visando proporcionar formação de excelência nas diversas áreas artísticas e, consoante a área artística, vocacionados para o prosseguimento de estudos de nível superior ou orientados na dupla perspetiva da inserção no mercado de trabalho e do prosseguimento de estudos, e cursos profissionais, vocacionados para a qualificação inicial dos alunos, permitindo o prosseguimento de estudos (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 74/04, de 26 de março).

Os cursos profissionais, que até então decorriam quase exclusivamente nas escolas profissionais, passavam a poder funcionar nas escolas públicas, tendo o ministro promovido um projeto de lançamento de cursos profissionais em 10 escolas públicas.

É com uma nova mudança de governo e a tomada de posse do XVII Governo Constitucional que o tema do ensino profissional e do envolvimento das escolas públicas ganha relevo, através do objetivo de generalização dos cursos profissionais nas escolas públicas. De acordo com Maria de Lurdes Rodrigues (2010), ministra da Educação do XVII Governo Constitucional, a generalização do ensino profissional colocava duas possibilidades em alternativa:

> A opção estratégica de generalizar os cursos profissionais criando oferta em todas as escolas secundárias colocou-se como alternativa à segmentação da rede de escolas, com a transformação de algumas das escolas secundárias em escolas profissionais, especializando aí a oferta de cursos profissionais. (Rodrigues, 2010: 99)

A opção escolhida, de generalizar o ensino profissional através da rede de escolas secundárias públicas, põe fim a um quase monopólio do sector privado no ensino profissional e, em menos de 3 anos, o peso do sector privado no ensino profissional passa de quase 90% para uma divisão mais equitativa dos alunos matriculados nos cursos profissionais entre as escolas privadas e as escolas públicas, atingida a partir do ano letivo 2007-08. A partir desse ano o peso do sector privado passa a variar entre

os 30% e os 40% dos alunos inscritos em cursos profissionais, permanecendo ainda assim um valor bastante superior ao que existe nas restantes vias de ensino.

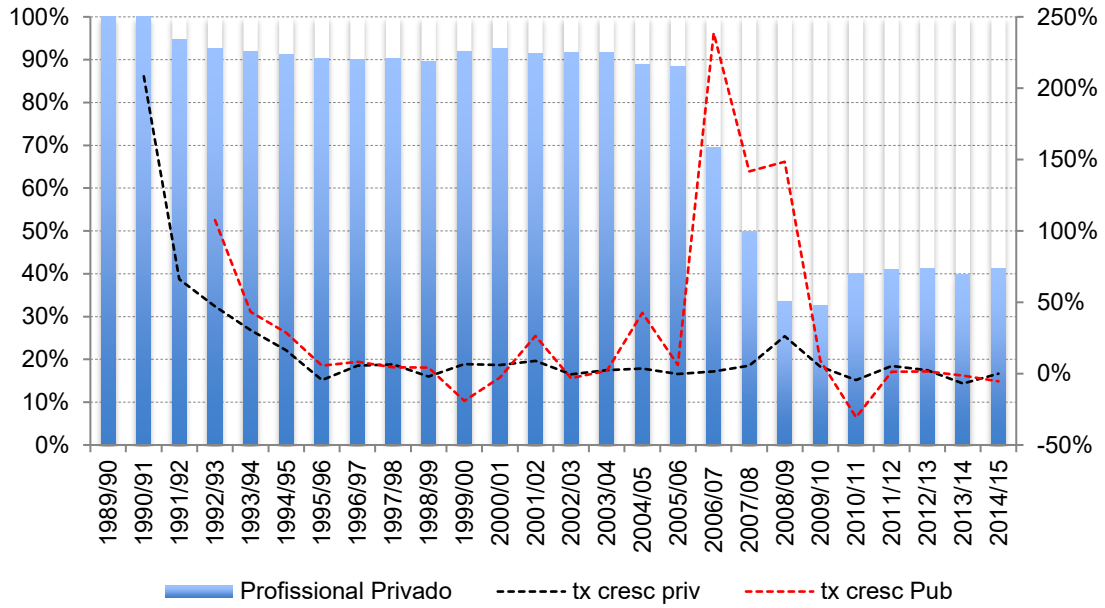


Figura 4.1 Percentagem de alunos matriculados em cursos profissionais privados e taxa de crescimento do sectores público e privado do ensino profissional

Fonte: Ministério da Educação – Gabinete de Estatística e Planeamento, & Instituto Nacional de Estatística (2009).

Tal como havia acontecido no período pós-25 de Abril e no caso específico da educação pré-escolar acima referido, a necessidade de universalização e democratização do acesso a uma determinada inovação acaba por implicar o envolvimento decisivo das escolas públicas. Ou seja, não é possível explicar o peso do sector público recorrendo às dependências de percurso ou à rigidez institucional do sistema português, já que mesmo perante inovações que primeiro surgiram no sector privado (como a educação pré-escolar ou ensino profissional) a necessidade de massificar essas experiências, de universalizar a oferta e de democratizar o acesso acaba por necessitar da rede pública de oferta educativa para efetivamente se concretizar.

4.5 O impacto das políticas públicas: evolução dos indicadores público-privado

Analisada do lugar do sector privado em algumas áreas fundamentais das políticas educativas, importa procurar compreender qual o impacto destas mudanças políticas no peso efetivo do sector privado no equilíbrio de esforços público-privado na educação em Portugal. Este peso pode ser medido em número de alunos, número de estabelecimentos, número de docentes, despesa pública. Foram selecionados os

seguintes indicadores: financiamento público e privado de estabelecimentos de ensino, alunos matriculados no sector público e privado e contratualização do Estado com escolas privadas.

- Financiamento

O já referido consenso em torno da prioridade educativa tem como consequência a manutenção de níveis elevados de despesa pública em educação, por um lado, e o facto da componente pública do financiamento ser maioritária em relação ao financiamento privado e das famílias na generalidade dos países da OCDE. A figura 4.2 demonstra bem que o financiamento público é maioritário nestes países, incluindo Portugal.

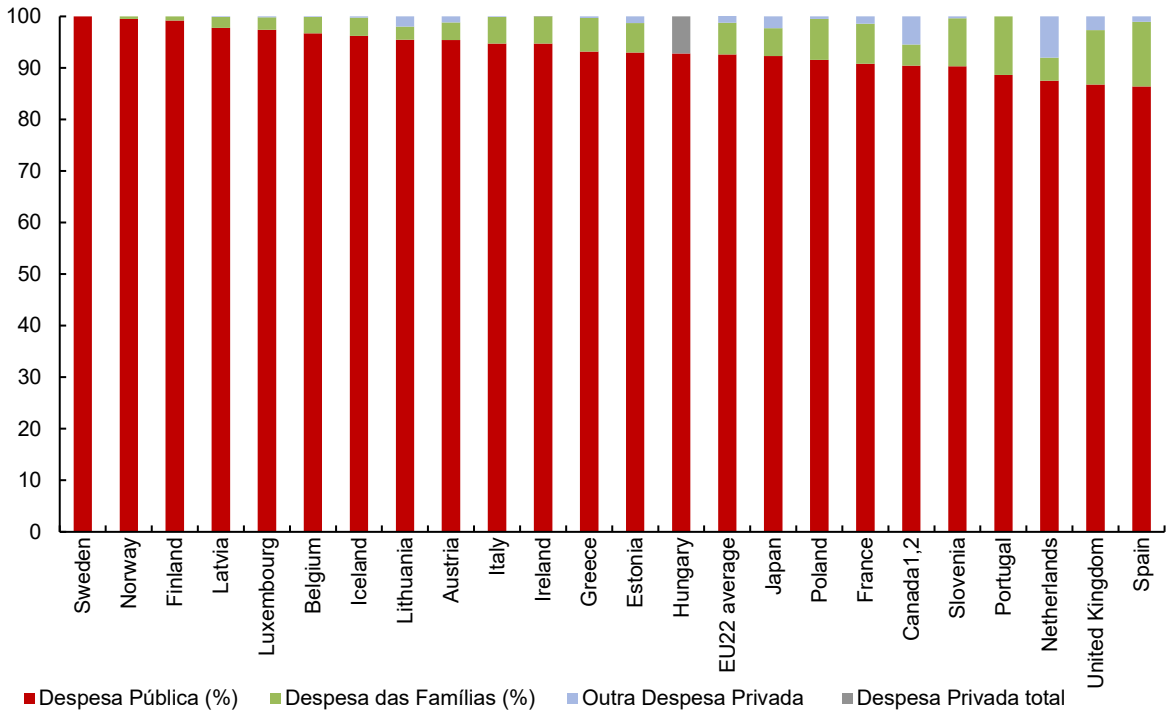


Figura 4.2 Financiamento público, privado e das famílias aos estabelecimentos de ensino

Fonte: OCDE (2013).

- Alunos matriculados

A criação de uma rede nacional de educação pré-escolar é um objetivo desde a LBSE em 1986. A taxa de pré-escolarização cresce de forma acentuada desde o 25 de Abril de 1974 até ao início dos anos 1990 e entra então num período de maior estagnação. É a partir dos anos 1990 e, em particular da Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar,[52] que o ritmo de crescimento da cobertura do pré-escolar é retomado. Desde 2011 o crescimento da cobertura volta a estagnar, conhecendo mesmo uma descida em 2013.

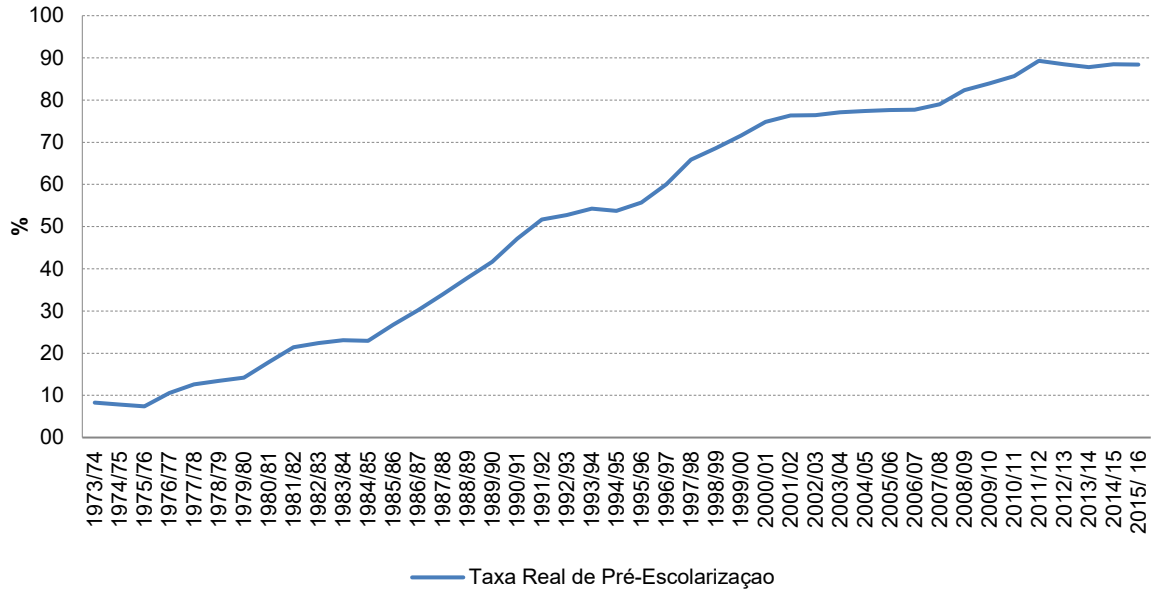


Figura 4.3 Taxa real de pré-escolarização

Fonte: DGEEC (2017).

A distribuição dos alunos do ensino pré-escolar é, desde 1985-86, relativamente equitativa, ainda que o sector público conheça, a partir de 1997, com a Lei-Quadro da Educação Pré-Escolar,[53] um crescimento mais acelerado, que o tornou maioritário desde o ano 2000 em diante. Desde 1985-86, as taxas de crescimento do número de alunos no pré-escolar público são sempre positivas, até 2008-09, atingindo, em 1996-97 um pico de 14%. As taxas de crescimento dos alunos inscritos no sector privado são consistentemente mais baixas que as do público a partir de 1996.

Note-se que nos dados relativos ao sector privado estão incluídas as crianças matriculadas nas instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e no sector privado lucrativo.

[52] Lei n.º 4/97, de 10 de fevereiro.
[53] Lei n.º 4/97, de 10 de fevereiro.

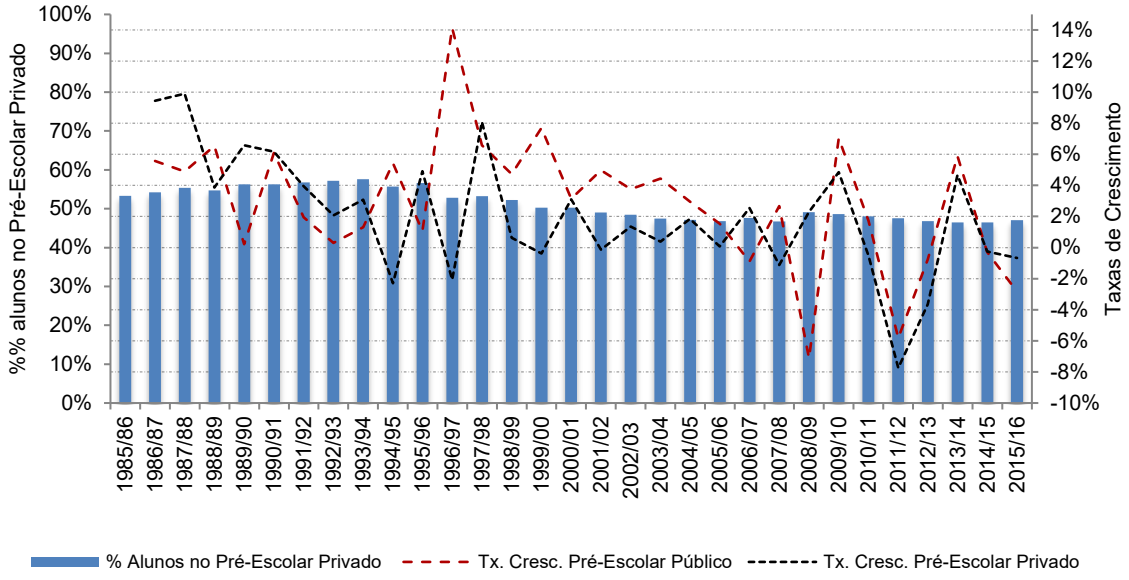


Figura 4.4 Alunos matriculados no sector privado e taxa de crescimento dos sectores público e privado – pré-escolar

Fonte: Ministério da Educação – Gabinete de Estatística e Planeamento, & Instituto Nacional de Estatística (2009).

O caso do 1.º ciclo é aquele em que a estabilidade da proporção entre alunos matriculados no ensino público e no ensino particular e cooperativo é mais impressiva. No ano letivo 1960-61 os alunos matriculados no sector privado representavam 4,6% do total e. 20 anos depois, no ano letivo de 1980-81, 6,8%, atingindo em 1990-91 o patamar dos 7,9%. Ao contrário do que acontece com o 2.º e 3.º ciclos ou com o secundário, como se demostra na comparação com a figura 4.5, não existe uma transformação significativa do peso do sector privado ao longo da década de 1970. O efeito da massificação do ensino não é tão visível no 1.º ciclo, uma vez que a taxa real de escolarização em 1961 atingia já os 80,4%.

É particularmente visível, no caso do 1.º ciclo do ensino básico, a quebra de alunos no sector privado em 1974-75 e 1975-76 e a subsequente recuperação nos anos seguintes. É a partir do início dos anos 1990 que se inicia um período de lenta e progressiva subida da proporção de alunos matriculados no ensino privado, alcançando no ano letivo 2007-2008 os 10,6% e, em 2011-12, os 11,6%.

Nos 2.º e 3.º ciclos o cenário é bem diferente. Entre 1960-61 e 1975-76, o número de alunos no sector privado manteve-se (cerca de 49 mil), mas o facto de o número de alunos no sector público ter sido multiplicado por cinco, fruto do esforço de universalização da escolaridade obrigatória, fez com que, proporcionalmente, o peso dos alunos matriculados no sector privado no total dos alunos tenha descido de quase 30% para menos de 10%. O peso dos alunos do sector privado prosseguiu diminuindo até 1985-86, iniciando posteriormente uma trajetória de recuperação progressiva, mas lenta.

No secundário, o cenário é semelhante ao que ocorre nos 2.º e 3.º ciclos do básico, mas ainda mais acentuado. Em 1960, os alunos matriculados no sector privado totalizavam 32% do total dos alunos, valor que foi significativamente reduzido, atingindo em 1974 os 4,7%. Neste período, o total dos alunos matriculados no ensino secundário subiu de 13.116 para 67.853. O peso do sector privado, medido em número de alunos, vai decrescendo até que atinge, em 1980-81, o seu ponto mais baixo – 2,2% – com um número de alunos matriculados no ensino secundário privado inferior ao registado em 1974.

A partir de 1981-82 inicia-se um período de elevadas taxas de crescimento do sector privado (num só ano o número de alunos no privado triplica) e na altura da aprovação da LBSE atingia já os 5,7%. Durante os mandatos dos governos liderados por Cavaco Silva, o peso do sector privado continua a subir, atingindo, em 1995-96, ano da eleição de António Guterres, os 12,8%.

A partir do final da década de 1990, a percentagem de alunos inscritos no sector privado cresce de forma consistente, atingindo, em 2014-15, 22% do total dos alunos. Desde 1969-70 que, no ensino secundário, não se verificava uma percentagem de alunos inscritos no sector privado no total de alunos inscritos tão elevada.

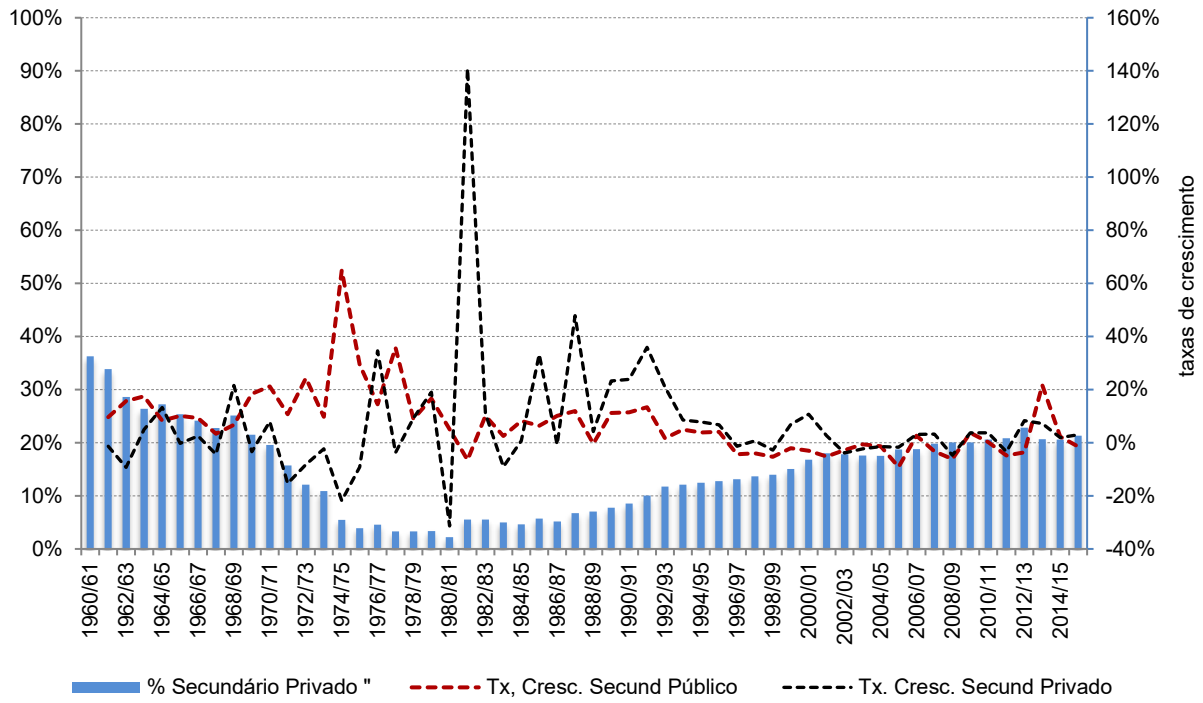


Figura 4.5 Percentagem de alunos do ensino secundário matriculados nos sectores público e privado

Fonte: DGEEC (2017).

Apesar destas mudanças, pode ser identificada uma manifesta continuidade do *statu quo* desde 1960, ou seja, uma permanência assinalável do equilíbrio de esforços entre sector público e privado

no esforço educativo a nível nacional. Essa continuidade na proporção é tão mais significativa quando notamos que se manteve mesmo durante o período de expansão e diversificação da oferta, de democratização e massificação do ensino. Ou seja, mesmo em momentos de grande necessidade de expansão e alargamento da rede.

- Estabelecimentos de ensino

No que diz respeito aos estabelecimentos de ensino, assinala-se a estabilidade nas últimas décadas. Em 2012, 63,5% dos estabelecimentos de educação pré-escolar eram estabelecimentos públicos, um valor equivalente ao existente em média na década de 1990, ainda que em 2006 a percentagem de escolas públicas de educação pré-escolar atingisse os 68,8%.

Já no que diz respeito ao 1.º ciclo, o peso das escolas públicas no total das escolas deste ciclo de ensino atinge os 88,9%. Analisando a evolução desde os anos 1960 verifica-se que de 95,6% de escolas públicas no total das escolas do 1.º ciclo em 1969, desce-se para 93,9% na média da década de 1990, e para 90,4% em 2009.

Quadro 4.17 Percentagem dos estabelecimentos de ensino públicos no total dos estabelecimentos de ensino

	Educação Pré-Escolar	1.º ciclo	2.º ciclo	3.º Ciclo	Secundário
1969	-	96	12	-	-
Média década 1970	-	95	61	62	-
Média década 1980	-	94	87	70	-
Média década 1990	64	94	86	82	60
2000	68	94	85	83	60
2001	67	94	84	82	61
2002	68	94	83	82	60
2003	69	94	84	83	60
2004	69	94	84	83	60
2005	69	94	79	82	61
2006	69	94	78	84	60
2007	68	92	79	79	60
2008	68	92	79	78	60
2009	66	90	78	78	59
2010	65	90	78	78	61
2011	64	89	77	77	60
2012	64	89	77	77	61
2013	63	89	74	78	60
2014	62	88	78	79	60
2015	62	88	77	78	61
2016	62	88	77	77	61

Fonte: Recenseamento escolar – Ministério da Educação.

É nas escolas públicas do 2.º ciclo que a diferença é maior. De 11,9% do total das escolas em 1969, passa-se para uma média na década de 1970 de 60,6%. A percentagem de escolas públicas do 2.º ciclo sobe de forma consistente até à década de 1980, atingindo as escolas públicas a percentagem de 86,5% no total. O peso das escolas públicas no total das escolas desce nos anos seguintes até atingir, em 2012, os 77,2%.

No ensino secundário atingimos percentagens de escolas públicas no total das escolas secundárias semelhantes às registadas no pré-escolar, com quase nula variação desde a década de 1990.

- Contratualização do Estado com escolas privadas

Um dos elementos centrais para avaliar a efetiva concretização do disposto no Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo, nas suas diferentes versões, é a evolução dos contratos assinados com as escolas privadas para o desenvolvimento do serviço público de educação.

Ora, quando analisamos os contratos de associação e os contratos simples (medidos tanto em número de escolas como em número de alunos), é inegável a estabilidade verificada:

a) Entre 2000 e 2011, o número de escolas com contratos de associação varia entre 91, em 2000, 97, entre 2001 e 2003, e em 2011;
b) Os alunos abrangidos pelos contratos de associação variam entre os 57.400, em 2000, cerca de 60.420, em 2001, e em 2011;
c) Entre 2000 e 2011, o número de escolas com contratos simples varia entre as 434, em 2000, as 476, em 2003, e desce progressivamente até aos 410, em 2012;
d) No mesmo período, os alunos abrangidos pelos contratos simples variam entre os 29.000, em 2000, atingem o máximo de 35.000, em 2002, e são, em 2012, 22.663.

Quadro 4.18 Escolas e alunos abrangidos pelos contratos simples e de associação[54]

	Contratos de associação		Contratos simples	
	Escolas	Alunos	Escolas	Alunos
2000	91	57.400	434	29.000
2001	97	60.420	438	30.550
2002	97	59.100	472	35.000
2003	97	58.235	476	30.780
2004	95	57.622	434	28.503
2005	94	56.890	432	26.660
2006	94	56.770	427	26.340
2007	94	57.225	416	26.040
2008	97	57.323	415	26.731
2009	95	54.752	421	26.810
2010	93	52.935	421	25.793
2011	93	51.502	421	25.112
2012	83	46.670	410	22.633

Fonte: Orçamento por Ações do Ministério da Educação .

Relativamente ao período anterior ao representado no quadro, sabe-se que o apoio às escolas privadas através dos contratos simples abrangia 14.262 alunos, em 1986-87, e 49.833 alunos em 1991-92. No ano 2000 esse valor era de 29.000. Já nos contratos de associação, sabemos que existam 66 em 1986-87, tendo subido para 82, em 1991-92. A estabilidade é verificável quando comparamos com as 91 escolas com contrato de associação em 2000 (e com as 93 atuais (Cunha, 1997).

- Impacto financeiro da contratualização do Estado com o ensino privado

A evolução do orçamento total é marcada por uma expansão continuada de 2000 a 2010, mesmo quando medida em termos de valores reais (utilizando o deflator do PIB).

No entanto, esta evolução positiva dos valores orçamentados é marcada por um período (de 2003 a 2006) com ritmos reais de evolução da despesa orçamentada claramente distintos de toda a década. Se, em termos médios, a despesa cresceu a um ritmo de cerca de 7,8% ao ano, este valor é fortemente influenciado pelos crescimentos de 2004 e 2005 em que o crescimento anual rondou os 17%.

[54] A partir de 2012 esta informação deixou de ser disponibilizada no *Orçamento por Ações do Ministério da Educação.*

Quadro 4.19 Orçamento do Estado para o sector particular e cooperativo

	Orçamento particular e cooperativo (total)	Contratos de associação	Contratos simples	Contratos de patrocínio
2000	149 157 831,31 €	127 283 436,24 €	14 206 378,26 €	7 445 433,05 €
2001	158 134 976,20 €	134 293 360,82 €	15 774 488,02 €	7 794 786,43 €
2002	165 394 593,62 €	136 768 888,64 €	18 944 306,16 €	9 442 687,38 €
2003	174 188 080,01 €	143 339 015,42 €	20 184 812,66 €	10 311 372,20 €
2004	203 082 362,00 €	171 223 276,49 €	20 780 909,45 €	10 822 675,67 €
2005	237 884 319,00 €	198 422 822,80 €	24 253 663,58 €	15 187 400,84 €
2006	264 700 000,00 €	222 450 000,00 €	22 169 426,00 €	20 070 179,00 €
2007	270 441 585,00 €	228 003 850,35 €	22 211 172,00 €	19 198 267,65 €
2008	282 001 969,98 €	238 136 382,66 €	22 425 338,07 €	21 461 140,49 €
2009	301 197 796,50 €	243 153 175,29 €	24 337 751,86 €	33 706 869,35 €
2010	318 237 600,00 €	249 736 659,58 €	21 015 010,86 €	47 485 929,56 €
2011	249 298 252,51 €	207 490 935,32 €	21 053 198,84 €	20 753 304,81 €
2012	nd	nd	nd	nd
2013	nd	nd	nd	nd
2014	198 552 858,55 €	162 165 983,49 €	21 071 802,28 €	15 097 837,71 €
2015	177 659 000,00 €	144 100 100, 00 €	19 559 000,00 €	14 000 000,00 €

Nota: Valor em euros em 2006 utilizando o deflator do PIB. Para 2014, foi utilizado o deflator do PIB estimado no DEO 2014.
Fonte: Orçamento por Ações do Ministério da Educação.

O comportamento da despesa orçamentada é, em geral, fortemente associado ao registado nos contratos de associação, ainda que o valor do orçamento dos contratos de patrocínio tenha registado, em geral, taxas de crescimento mais elevadas, especialmente nos últimos anos da década. Estes contratos representavam em 2000 cerca de 5% do total do Orçamento, tendo triplicado o seu valor relativo em 2010.

O Orçamento para 2011 inverte todas estas tendências com um decréscimo do valor global de cerca de 17% e com um recuo mais intenso nos contratos de patrocínio que regressam a valores reais próximos dos de 2006.

Não existem dados disponíveis para os anos de 2012 e 2013, mas os valores registados no Orçamento do Estado de 2015 previam um volume de financiamento do Estado ao sector privado e cooperativo abaixo do registado em 2004, tal como acontece relativamente ao financiamento dos contratos de associação. Nos contratos simples, o valor de financiamento é mais estável e mantém-se idêntico desde 2010, enquanto os contratos de patrocínio tinham em 2015 um financiamento ligeiramente inferior ao de 2005, ainda que signifique um terço do financiamento orçamentado em 2010.

- Liberdade de escolha e avaliações internacionais

A avaliação das políticas educativas de promoção da liberdade de escolha da escola por parte dos pais pode ser feita, além da dimensão da sua eficiência sobre a qual aqui não nos deteremos, em torno de duas questões essenciais: como evolui a qualidade de aprendizagens e como responde esta opção política à questão da equidade.

A partir de meados dos anos 1990, a preocupação relativamente à qualidade das aprendizagens nos sistemas educativos nacionais ganha importância, muito por força da ação de instituições internacionais, como a OCDE, e de instrumentos de avaliação de aprendizagem internacionais como o PISA (Ball, 2008).

Um dos traços fundamentais dessa ambição por parte da OCDE é o de, avaliando a qualidade das aprendizagens e as características fundamentais dos sistemas educativos, poder, com base nessas evidências, fazer recomendações políticas. Que estratégias funcionam, que estratégias falharam os seus objetivos, quais as dimensões críticas a ter em conta – são alguns dos tópicos em torno dos quais instituições como a OCDE desenvolvem o seu trabalho. São dois os objetivos centrais da agenda promovida pela OCDE: a qualidade das aprendizagens e a equidade.

- Qualidade das aprendizagens e equidade

É do lado da qualidade das aprendizagens que a política de promoção da liberdade de escolha tem sido mais questionada, nos últimos anos, muito por força do dinamismo dos resultados dos testes PISA em países como a Suécia ou o Reino Unido. O caso sueco é paradigmático. Foi apontado durante os anos 1990 e no início do século XXI como a joia da coroa dos países que, de forma bem-sucedida, aplicaram as medidas de liberdade de escolha e de criação de um mercado interno educativo. A perda de qualidade das aprendizagens nos resultados do PISA foi considerada consequência de diferentes medidas de promoção da liberdade de escolha (o financiamento público das escolas independentes e uma forma de cheque-ensino).

A queda dos resultados na Suécia, por oposição por exemplo ao que aconteceu em Portugal, permite concluir que a promessa de melhoria sistemática dos resultados pelo efeito competitivo entre as várias escolas nos sistemas que promovem a liberdade de escolha não se verifica. A pressão para a avaliação dos resultados destas políticas cresceu nos *media*, e o poder político na Suécia, depois dos resultados do PISA 2012, prometeu reverter algumas das políticas introduzidas nos anos 1990.

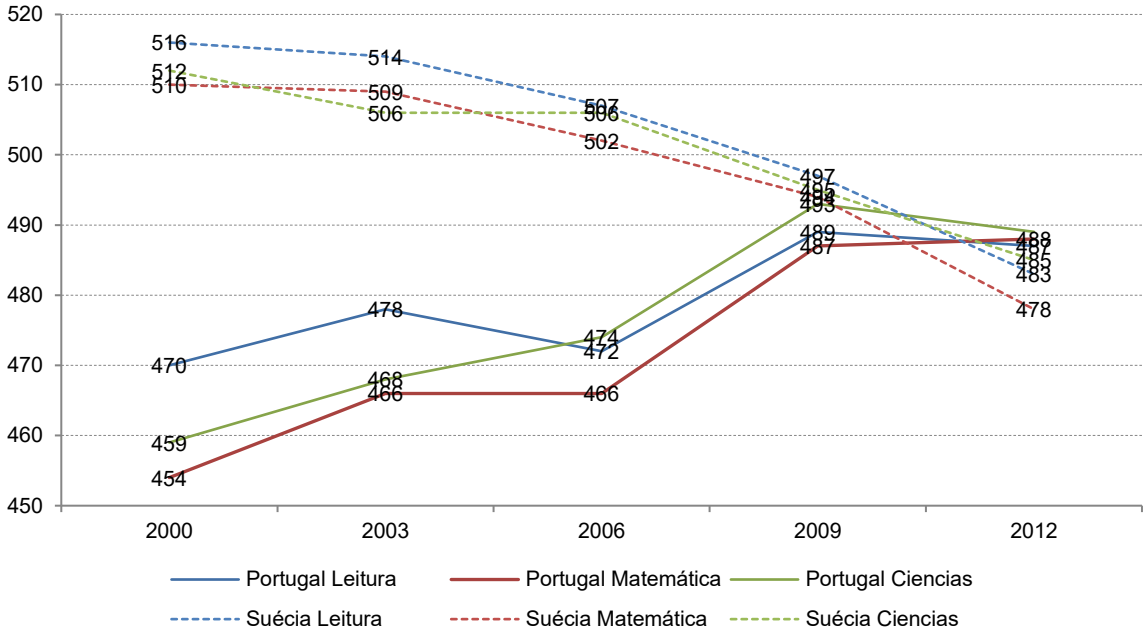


Figura 4.6 Resultados no PISA da Suécia e Portugal (2000 a 2012)

Fonte: OCDE (2000, 2003, 2005, 2009a e 2013a).

A questão da equidade é uma das questões críticas em análise a propósito da liberdade de escolha. Ainda que a essência programática deste tipo de instrumento seja a ideia de que através da promoção da escolha da escola por parte dos pais e da competição criada neste mercado interno da educação a qualidade das aprendizagens melhora, em particular nas escolas com piores resultados e mais dificuldades, a verdade é que a evidência recolhida pela OCDE, confirmada por outras investigações, contraria esta tese (OCDE, 2013a).

4.6 Os atores e as bases do sistema educativo

No que diz respeito à participação dos atores e à definição de políticas educativas, é fundamental realçar que o leque de atores é mais reduzido, em comparação com o que veremos, adiante, no caso da saúde: o Estado, os professores, representados pelas associações sindicais, e, com menor relevância, pelas associações profissionais, como principais atores; os autarcas, a partir dos anos 1990, as editoras

de manuais escolares (de modo bastante mais circunscrito), ou os pais, ainda com uma presença institucional bastante frágil e pouco enraizada no quadro de definição das políticas educativas.

O período que se segue à Revolução de Abril de 1974 é marcado por uma fase de grande agitação. A experiência de gestão democrática nas escolas é feita de baixo para cima, contrariando as orientações programáticas de transição normal e de continuidade, e é, nas palavras de Stephen Stoer uma "deslocação do poder do Ministério da Educação para as escolas, dos diretores das escolas e do corpo docente tradicional para os professores progressistas e para o corpo estudantil" (1985: 67).

O período de normalização educativa, principalmente a partir do I e II governos constitucionais (de julho de 1976 a janeiro de 1978 e de janeiro a agosto de 1978) é considerado, por parte dos sindicatos de professores, como um recuo em relação ao modelo ideal de governação democrática das escolas. Dizia António Teodoro, então presidente da direção do Sindicato dos Professores da Grande Lisboa:

> A política educativa do I Governo Constitucional, tomando como pretexto algumas situações que exigiam efetiva correção e, sobretudo, uma visão completamente falseada das reformas empreendidas desde 1974, paralisou totalmente o processo de reformas em curso, fez retrogredir inúmeros sectores do aparelho escolar (Teodoro; 1982:25).

A organização e gestão das escolas, a par das questões de acesso à profissão, formação inicial e contínua de professores e da questão da carreira permanecerão, e isso é visível analisando as publicações das principais centrais sindicais e os documentos de base dos seus congressos, um dos grandes temas de tomada de posição das associações sindicais.

O segundo domínio temático destes documentos, a partir da década de 1990 de forma mais visível, diz respeito às questões da qualidade e da política educativa e à ideia de "defesa da escola pública" enquanto mensagem política das principais federações de sindicatos.

A estes acrescem os debates pedagógicos e curriculares, que são protagonizados pelas associações de professores e sociedades científicas, ainda que os sindicatos também neles participem. Ou seja, o papel do Estado no sistema educativo é um dado adquirido na generalidade do debate público, e a defesa da escola pública não aparece associada a um combate político por um determinado modelo de sistema educativo, ainda que, como veremos, no início dos anos 2000 e do debate em torno da Proposta de Lei da Educação de 2003, ambas as federações de sindicatos se posicionem contra a ideia de rede de serviço público que incluísse escolas públicas e privadas.

Quadro 4.20 Resoluções dos congressos da FENPROF

Período		
1983-1995	Até1995, e com exceção da resolução do 2.º congresso, todas as resoluções se centram na questão da carreira e da profissão docente	A título de exemplo, o título da resolução do ICongresso, em 1983, é "A função do professor na sociedade portuguesa", o do III Congresso, em 1989, é "Professor, uma profissão de futuro", o do IV congresso, em 1992,é "Agir para valorizar a profissão docente".
1986	Resolução do 2.º congresso, integralmente dedicada à LBSE de 1986	O II Congresso ocupa-se de discutir as propostas de LBSE e aprovar um conjunto de posições e sugestões de alterações à LBSE, que vem a ser apresentado como parecer da FENPROF sobre a LBSE.
1995-2010	Entre 1995 e 2010 o tema da crise na educação é agendado e a ideia de defesa da escola pública e da qualidade surge nos documentos dos congressos, passando as questões da carreira e da profissão a estar integradas num discurso sobre a qualidade da escola pública.	VI Congresso, em 1998, o tema principal é "Uma educação e uma escola para o século XXI"; VII, em 2001, é "Por uma escola pública de qualidade"; VIII, em 2004, os documentos tentam conjugar a defesa da escola pública com as questões profissionais, e o tema da resolução é "Organizar, unir e agir na defesa dos direitos profissionais e da escola pública"; IX Congresso, em 2007, voltam a aparecer relacionados os temas da escola pública e da profissão docente "Dar MESMO prioridade à educação. Prestigiar a escola e a profissão docente; X Congresso, em 2010, novamente "Dar valor aos professores. Melhor profissão, melhor escola pública, melhor futuro".
2011	Em 2011, ou seja, no XI Congresso, o tema principal em análise é a crise financeira e os consequentes retrocessos em educação.	Maior articulação com a política de rendimentos, perdendo relevância a questão das carreiras e ganhando relevância a questão do emprego.

As posições da principal federação de sindicatos de professores e os temas de que tratam os documentos dos seus congressos e publicações têm uma evolução semelhante àqueles que são os principais debates das políticas educativas, quando olhamos para os principais momentos de crises ou mudanças significativas de governação. Identificamos, no quadro 4.21, os principais momentos e respetivas tensões: a definição do modelo educativo no período pós-revolucionário, a definição da LBSE, a chegada ao poder do Governo minoritário do PS, em 1995, e a agenda do pacto educativo, a tentativa de alterar a LBSE e a contestação às mudanças na carreira e na avaliação dos professores, entre 2007 e 2009.

Quadro 4.21 Crises de governação do sistema educativo

1974 e governos provisórios	Agenda da governação entre 1974 e 1976	Período marcado pela contradição entre uma linha programática de continuidade com a Reforma de Veiga Simão e a instabilidade governativa e concentração na escola como espaço prioritário das lutas pelo poder e pela afirmação do poder democrático nas escolas. Período muito marcado pela procura de educação por parte das famílias e dos jovens. Período marcado também pela contestação do sistema dual.
	Desenlace em 1976	I Governo Constitucional: "normalização educativa", substituição de dirigentes, delimitação da negociação com os sindicatos, centralização, planeamento, assumir o controlo por parte do ME.
1986	Agenda da governação entre 1980 e 1986	Diversas tentativas de aprovação de uma Lei de Bases do Sistema Educativo. Enquanto essa aprovação não é concretizada, vão sendo tomadas um conjunto de medidas tendentes à democratização do acesso e do desenvolvimento da rede de escolas. Também neste período é aprovado o Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo e promovidos os contratos de associação com escolas privadas. Governo aprova Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/86 que cria a Comissão de Reforma do Sistema Educativo (CRSE), que toma posse a 18 de março de 1986.
	Desenlace em 1986	Aprovação da LBSE com participação ativa de todos os parceiros e com voto favorável de todos os partidos políticos com assento parlamentar, com exceção do CDS.
1997	Agenda da governação entre 1995 e 1997	Período muito marcado pelas reivindicações relativas às condições de recrutamento e carreira dos professores e pelos compromissos assumidos pelo PS em campanha eleitoral.
	Desenlace em 1997	Pacto Educativo para o Futuro[55] e consequente aprovação de um conjunto de normativos ao longo dos anos seguintes: o Estatuto da Carreira Docente, a Lei-Quadro da Educação Pré-escolar, o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos escolares
2003	Agenda da Governação até 2003	A partir do pacto educativo, do crescimento do debate em torno dos resultados dos rankings sobre a qualidade das escolas, a comparação entre escolas públicas e privadas e a liberdade de escolha entram na agenda política. A coligação PSD/CDS apresenta uma alteração da LBSE que, entre várias outras transformações, conta com a inclusão na rede pública de ensino das escolas do sector particular e cooperativo, passando o Estado a apoiar todas as escolas (públicas ou privadas), tendo em consideração as escolhas das famílias. A proposta de lei do governo é aprovada, com os votos contra do PCP, BE e PS e com a oposição generalizada das estruturas sindicais.
	Desenlace em 2004	O Presidente da República Jorge Sampaio veta a Lei de Bases da Educação.
2009	Agenda até 2009	Além do aumento do serviço público de educação (atividades de enriquecimento curricular, cursos profissionais na escola pública, iniciativa Novas Oportunidades), do investimento na rede e na valorização da avaliação e do combate ao insucesso escolar, este período é marcado pelas mudanças nas carreiras, tempo de trabalho, organização e gestão das escolas e colocação de professores, o que influencia significativamente o debate político e as relações sindicais. Os pontos mais polémicos foram a estruturação vertical da carreira (professor e professor titular, para a qual existiria um concurso) e a avaliação dos professores.
	Desenlace em 2009	Mudanças no Estatuto da Carreira Docente, suspensão da avaliação de professores, fim do professor titular e mudança da titular da pasta, com a saída de Maria de Lurdes Rodrigues na transição do XVII para o XVIII Governo Constitucional.

[55] O último dos dez compromissos para a ação era "Valorizar e dignificar o papel e a inserção do ensino particular e cooperativo no sistema educativo". Os protagonistas deste compromisso eram o Ministério da Educação, Ministério das Finanças, Ministério da Solidariedade e Segurança Social, entidades responsáveis pelo ensino particular e cooperativo, instituições particulares de solidariedade social, órgãos do poder local. Como ações prioritárias estavam identificadas: a reativação dos trabalhos do Conselho Coordenador do Ensino Particular e Cooperativo; a revisão do Estatuto do Ensino Particular e Cooperativo dos ensinos superior e não superior e o desenvolvimento dos trabalhos tendentes à definição de cartas escolares integradas, que articulem a intervenção do ensino público e do ensino particular e cooperativo, no âmbito da educação pré-escolar e dos ensinos básico, secundário e superior.

No que diz respeito ao tema desta tese – equilíbrios entre público e privado na educação – podemos concluir que ele não é especialmente presente nesta cronologia de momentos de crise, mais marcada pelas questões profissionais. Podemos, ainda assim, identificar os dois momentos principais de mudança política em que a ação dos atores é significativa:

- o processo de discussão, elaboração e aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo, em 1986;
- o processo de discussão, elaboração e aprovação da Lei de Bases da Educação, em 2003, e posterior veto presidencial.

- A grande coligação de 1986

Conforme vimos na subcapítulo 5.3.1, a principal especificidade da LBSE de 1986 é precisamente o alargado consenso na sua aprovação. Esse consenso é visível entre os partidos com presença parlamentar, em que só o CDS se abstém e todos os outros partidos votam a favor, mas também no consenso conseguido entre a o Parlamento e o Governo.

De facto, os diferentes sindicatos mobilizam-se para a organização de debates. Como afirmava o deputado do PRD Bártolo Paiva Campos, relator desta discussão no âmbito da Comissão de Educação, Ciência e Cultura:

> Foram recebidas pela Subcomissão inúmeras solicitações para participar em debates organizados por sindicatos de professores, estabelecimentos de ensino e autarquias. Na impossibilidade de comparecer em todas aquelas iniciativas, a Subcomissão, depois de devidamente autorizada, pelo Sr. Presidente da Assembleia da República, decidiu fazer-se representar naquelas que tinham lugar em grandes centros. Deste modo, são os seguintes os debates em que a Subcomissão participou ou se comprometeu participar:
>
> 11 de abril, à noite, em Faro;
>
> 14 de abril, à noite, no Porto;
>
> 18 e 19 de abril, na Região Autónoma dos Açores, à noite e à tarde, respetivamente em Angra do Heroísmo e Ponta Delgada;
>
> 21 de abril, à noite, em Lisboa;
>
> 28 de abril, à noite, em Coimbra;
>
> 12 de maio, à noite, em Viseu;
>
> 16 de maio, na Região Autónoma da Madeira, à noite, no Funchal;
>
> 3 de maio, à tarde, no Porto.
>
> A organização dos oito primeiros pertence a sindicatos de professores inseridos na Federação Nacional de Professores e a do último ao Sindicato de Professores da Zona Norte.
>
> Além dos debates em que a Subcomissão esteve representada como tal, é do seu conhecimento que membros dos diversos grupos parlamentares participaram em muitos debates distribuídos por

> todo o País. Estes debates revelaram quão indispensável é a audição e a perceção do sentir de todos os interessados no problema educativo, nomeadamente os seus utentes. (Reunião Plenária de 8 de maio de 1986, DAR, 1986.05.09: 2439-2442).

As posições dos sindicatos, nomeadamente da FENPROF, eram coincidentes com as linhas gerais da LBSE aprovada na Assembleia da República, mas nos seus pareceres é sublinhada a necessidade, para que a lei de bases pudesse ter um efetivo significado, de articular com esta LBSE um "Plano de Desenvolvimento de Médio Prazo, que estabeleça prioridades, determine metas e afete os recursos necessários. No entender da FENPROF esse plano deve ser elaborado pelo Governo logo após a aprovação da lei" (FENPROF, 1986).

- A proposta de Lei de Bases da Educação de 2003

No momento político que levou à aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986 e na altura da tentativa da sua alteração, em 2003, a participação dos sindicatos dos professores foi distinta. Se entre 1985 e 1986, a participação dos principais sindicatos de professores foi muito ativa, no debate público, o processo de tentativa de alteração da lei de bases em 2003 foi menos participado e mais centrado no Parlamento.

Em 2003, aquando do debate na Assembleia da República, os principais temas levantados pelas duas federações sindicais estão registados no quadro 4.22.

Quadro 4.22 Principais exigências das federações sindicais na Lei de Bases da Educação [56]

FENPROF	Financiamento das escolas privadas. Critica a lei pela proteção do ensino privado, colocando-o em pé de igualdade com o ensino público.
	Antecipação do momento das escolhas vocacionais, diminuindo o tronco comum do currículo básico universal.
	Processo público de escolha das direções das escolas. Desvalorização das dimensões pedagógicas, equiparando os objetivos pedagógicos e administrativos na gestão das escolas.

Mais tarde, depois do veto do Presidente da República em 2004, tanto a FNE como a FENPROF manifestaram a sua satisfação com o veto presidencial.

A FNE replicava um dos argumentos usados pelo Presidente da República, alegando que a lei deveria "ter resultado de um amplo consenso da Assembleia da República", uma vez que deve ser "estruturante do sistema educativo" e não "dependente de uma maioria que sustenta um Governo". O secretário-geral da FNE, João Dias da Silva, em declarações à Lusa, criticava ainda que a lei de bases

[56] De acordo com o relatório de votação na especialidade da PPL 74/IX/1, a FNE não entregou parecer (http://debates.parlamento.pt/catalogo/r3/dar/s2a/09/02/061S1/2004-05-20/2?pgs=2-20&org=PLC) .

impedisse que a gestão das escolas “fosse assegurada por professores escolhidos pela comunidade educativa".

A FENPROF, além de se associar ao lamento de que a lei não tivesse resultado de um consenso alargado, considerava normal o veto, realçando as "matérias claramente inconstitucionais". O exemplo apresentado dessas matérias inconstitucionais era o "tratamento de igualdade entre o ensino público e privado (dado pela lei), quando a Constituição aponta para a necessidade de o Estado suportar uma rede pública de educação" (*Público* & Lusa, 2004).

4.7 Periodização das políticas educativas

O esforço de periodização das políticas educativas, em Portugal, nas últimas décadas, enfrenta uma dificuldade que não se encontra em obras que propõem a periodização da política educativa do Reino Unido (ver, por exemplo, Tomlinson, 2005, ou Ball, 2008), nem nas propostas de periodização das políticas de saúde que a seguir se desenvolverão.

De facto, em Portugal, o esforço de investimento, alargamento da rede, contratação de professores e superação do atraso educativo é, sem margem para dúvidas, o principal traço característico das medidas de política e dos programas aplicados pelos vários governos e ministros da Educação. Esse consenso quanto ao objetivo – que, aliás, é identificado pela literatura das políticas públicas de educação – é um dos principais traços característicos das políticas implementadas pelos vários governos constitucionais:

> A escolaridade obrigatória, medida pela extensão da cobertura e da frequência escolar, foi ao longo dos últimos 40 anos o principal fundamento das políticas de educação. Gradualmente, questões como a igualdade de oportunidades, a equidade e a qualidade do serviço público de educação foram ganhando espaço na fundamentação das medidas de política, a par da preocupação com os resultados e o sucesso escolar. Um olhar em perspetiva sobre a evolução do sistema de ensino revela justamente os traços comuns das políticas de educação ao longo dos últimos 40 anos e a centralidade do problema da escolaridade obrigatória e do seu cumprimento. (Rodrigues *et al.*, 2015: 35)

Quer isto dizer que não são identificáveis diferenças? Não. É possível identificar traços distintivos entre os vários períodos, nomeadamente as prioridades definidas, a relação com os sindicatos de professores, o lugar do sector público e o espaço de incentivo e o financiamento ao desenvolvimento do sector privado, as visões sobre autonomia das escolas e, finalmente, o debate entre a escola com vocação de seleção e a escola com vocação de universalidade.

Tomando como ponto de partida as propostas de periodização apresentadas por António Teodoro (1999, 2006), Licínio Lima e Janela Afonso (2002), João Barroso (2003) e Maria de Lurdes Rodrigues *et*

al. (2014) e articulando-as com a investigação aqui desenvolvida, podemos identificar os seguintes períodos na organização das fases de políticas educativas:

a) 1959-1973 – tal como acontece nas restantes políticas sociais, também no caso da educação podemos encontrar momentos-chave que antecedem a revolução de Abril de 1974 no processo de expansão, de democratização, universalização, obrigatoriedade e gratuitidade do ensino, designadamente os que ocorrem nos mandatos de Leite Pinto e Veiga Simão. Estes são dois momentos definidores do processo de alargamento da escolaridade obrigatória – através do aumento, primeiro para 6 anos depois para 8 anos; da promoção da gratuitidade – através da criação da Ação Social Escolar; e do carácter universal do sistema de ensino.
b) 1974-1976 – período que se sucede à revolução, muito marcado pela luta pelo poder, pela instabilidade governativa e pela paralisia do Ministério de Educação. Durante este período, no entanto, são dados inúmeros passos no sentido da democratização do ensino. É um elemento central neste período a inscrição na CRP do ensino básico universal, obrigatório e gratuito. Apesar disso há um recuo na escolaridade obrigatória. É neste período que é tomada a decisão de unificação do ensino. Período marcado pela afirmação do poder dos sindicatos e dos professores e pela afirmação da democratização do modelo de gestão das escolas.
c) 1976-1986 – primeira fase do período de normalização educativa, que chega com os primeiros governos constitucionais. São, neste período, alteradas as regras de gestão de escolas, de contratação de professores e de avaliação dos alunos, mitigando o período de autogoverno nas escolas. Período marcado pelas diversas tentativas de aprovação de uma Lei de Bases do Sistema Educativo. Enquanto essa aprovação não é concretizada, são tomadas diversas medidas de regulação e reorganização do sistema de ensino.
d) 1985-86 – período marcado pela aprovação da Lei de Bases do Sistema Educativo, num contexto de maioria relativa do PSD na Assembleia da República.
e) 1987-1994 – fase em que são concretizadas as definições do sistema de ensino estipuladas na LBSE: um ensino básico obrigatório de 9 anos, dividido em 3 ciclos, um ensino secundário de três anos, que inclui uma oferta tecnológica. Primeiro momento de transferência de competências para as autarquias. Esta é, também, uma fase da mudança de fronteiras entre o público e o privado: são criadas as escolas profissionais privadas e alargadas ao sector privado as ofertas do ensino superior. O discurso é marcado pela importância da educação e do conhecimento para a economia e pela divulgação das teorias do capital humano. Início do período de fundos comunitários dirigidos à correção do défice de qualificações (PRODEP). Período de maioria absoluta de um só partido, o PSD.

f) 1995-2002 – período marcado pela reforma do pré-escolar que lança, em parceria com o sector social, um esforço de aumento da cobertura nacional; período em que um dos objetivos fundamentais é o do crescimento e generalização do ensino secundário. Momento marcado igualmente por mudanças na administração e gestão das escolas e na carreira docente e por um conjunto de reformas curriculares no ensino básico e secundário (esta última suspensa no ano seguinte à sua aprovação). De referir que este é um período de grande disponibilidade financeira para a educação. Desenvolvimento de programas de educação especial e de combate ao insucesso escolar (TEIP);

g) 2002-2005 – este período tem diversos elementos comuns com o período seguinte, mas merece aqui um tratamento isolado, uma vez que em 2003 é apresentada pelo governo uma tentativa de alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo que alteraria diversos elementos da administração escolar e do papel do Estado no sistema educativo57; essa proposta é aprovada pelo Parlamento e posteriormente vetada pelo Presidente da República. Período marcado pelo surgimento de um discurso público que questiona os sucessos do modelo educativo construído a partir da democracia, discurso esse que é apoiado nos resultados escolares, na permanência do défice educativo em relação aos outros países, em particular europeus, e nos testes e avaliações internacionais, entretanto divulgados;

h) 2005-2010 – período marcado pelo aumento do serviço público de educação (atividades de enriquecimento curricular, cursos profissionais na escola pública, iniciativa Novas Oportunidades), por um investimento forte na reorganização da rede e na renovação do parque escolar e pela alteração do estatuto da carreira docente. Um período igualmente marcado pela avaliação (das escolas, dos alunos e dos professores) e pelo centramento nos resultados escolares e no objetivo de redução do insucesso escolar. Este período culmina na aprovação do aumento da escolaridade obrigatória para doze anos. Diversas questões relacionadas com as questões de carreiras, tempo de trabalho e concursos, organização e gestão das escolas e colocação de professores marcam significativamente o debate político e as relações sindicais.

i) 2011 – medidas de austeridade impostas a partir da implosão da denominada crise das dívidas soberanas, e agravadas pelo programa de assistência financeira externa acordado entre o governo português e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional. Estava prevista no Memorando de Entendimento assinado em maio de 2011 com estas três instituições a redução de custos na educação através da racionalização da rede

[57] A rede nacional de serviço público de ofertas de educação e formação integra iniciativas públicas e particulares e cooperativas que prossigam os objetivos de desenvolvimento da educação, apoiando financeiramente o Estado, tendo em consideração a escolha das famílias, mediante contrato, nos termos da lei, o ensino particular e cooperativo integrado na rede nacional de serviço público. (Artigo 51.º do Decreto da Assembleia 184/IX).

escolar e da redução das transferências financeiras para as escolas privadas com contratos de associação, encontrando-se, no entanto, também referida a continuação do combate à baixa escolaridade, ao abandono escolar precoce e às melhorias no ensino secundário.

À luz da periodização aqui proposta, podemos identificar um conjunto de tendências de continuidade e de fatores de mudança que atravessam o período democrático e os anos que imediatamente o antecederam. No que diz respeito à continuidade, é fundamental a já referida expansão continuada do sistema educativo, ao longo das últimas décadas: mais professores, mais escolas, maiores taxas de escolarização, alargamento da escolaridade obrigatória, maior diversidade da oferta educativa, mais atores envolvidos (sindicatos, pais, autarquias).

No que diz respeito às mudanças, elas incidem sobre a organização do sistema educativo, no plano ideológico, sobre as narrativas e o discurso político e sobre o plano da transferência e influência da agenda das políticas educativas na Europa e no mundo.

Relativamente às transformações na organização do sistema educativo, refira-se a descentralização de competências para as autarquias, a complexificação das dimensões de gestão das escolas, a crescente preocupação com a recuperação dos défices educativos através da aposta da educação e formação de adultos.

Pode também encontrar-se, no plano dos discursos, o surgimento do tema do insucesso escolar, que acompanha o processo de universalização da escolaridade obrigatória de 9 anos, bem como uma maior presença das visões alimentadas pela teoria do capital humano e pela maior relação entre a educação, o emprego e a formação e a economia.

Igualmente relevantes são as mudanças que decorrem da influência das políticas europeias e das práticas internacionais (ver capítulo 2 e 3) nas políticas educativas nacionais, bem como a introdução de testes e referências internacionais (de que o PISA e o TIMMS são os exemplos mais relevantes).

Finalmente, atravessam os períodos referidos diversas tentativas de mudança da fronteira entre o público e o privado, quer através da privatização de serviços educativos (contratos de associação, escolas profissionais privadas, contratualização das atividades de enriquecimento curriculares), quer através do crescente recurso ao *outsourcing* (refeições escolares), quer ao reforço dos elementos externos ao processo educativo (por exemplo, o recurso a tecnologias de informação e comunicação).

4.8 Notas conclusivas: o consenso inicial abriu um precedente inultrapassável?

Uma das questões que resulta manifesta na análise da evolução das políticas educativas é a sua estabilidade. Principalmente em matéria de alterações estruturais das bases do sistema, estas foram reduzidas, tanto em número de alterações como na amplitude das mesmas. De facto, pode dizer-se que o

enquadramento do sistema educativo em Portugal é o mesmo desde a consolidação da democracia, e que a sua organização e objetivos permanecem também os mesmos que foram definidos em 1986, com a aprovação da primeira Lei de Bases do Sistema Educativo.

Assim, quando olhamos para o quadro de evolução no longo prazo das relações entre público e privado na educação, uma das conclusões mais salientes é inevitavelmente que, apesar das várias tentativas ao longo de décadas para alterar, através da legislação, os equilíbrios entre público e privado, a relativa estabilidade desses equilíbrios é a nota dominante. É, na verdade, observável aquilo a que poderíamos chamar uma notável resiliência do Estado enquanto incontestável maior prestador de serviços neste sector.

Esta nota é ainda mais interessante quando, noutras áreas sociais também fortemente baseadas em serviços (ainda que com características e fatores diferentes), como a saúde, e conforme veremos adiante, a relação com o mercado foi de facto variável, sendo evidente ao longo do tempo o crescimento do privado na provisão de cuidados. E intensificou-se, aliás, em décadas mais recentes, em que aumentaram as pressões e a tendência transversal para a existência de condições mais favoráveis ao alargamento do espaço de influência do mercado enquanto suporte institucional da prestação de serviços. Na educação, esta tendência teve efeitos, apesar de tudo, relativamente marginais.

Esta estabilidade do sistema e a resiliência das suas normas organizadoras fundadoras manifesta-se em duas dimensões fundamentais. Em primeiro lugar, o consenso em torno da importância da educação, que descrevemos já no capítulo 3, que é comum aos partidos mais à esquerda ou mais à direita, durante várias décadas. O diagnóstico comum relativamente ao lugar central que o défice de qualificações ocupa na explicação dos restantes défices e atrasos fez com que a aposta na resolução desse atraso fosse assegurada de forma continuada, independentemente dos governos e independentemente das perceções do sucesso desse investimento:

> Sobre esse mesmo papel que a educação deveria assumir para superar as pressões de atraso que as sucessivas elites dirigentes invocavam, criou-se um autêntico mito, depositando na escola a maior esperança de uma regeneração coletiva que os tempos tardavam em revelar. Sociedade de modernidade confinada, o Portugal contemporâneo raramente resolveu a tensão entre as aspirações de progresso e a dura realidade de um sistema social dual configurado entre elites defensoras do sonho iluminista do "aperfeiçoamento humano" e a dura realidade de uma população maioritariamente pouco mobilizável para a escolaridade (Fernandes, 2014: 264).

Em segundo lugar, as permanências em matéria da estrutura e da orientação dos sistemas educativos manifestam-se através da reduzida expressão das mudanças introduzidas ao longo do tempo. Para este fenómeno, que se pode medir não apenas na residual extensão e pouca profundidade das mudanças à Lei de Bases do Sistema Educativo, mas também no insucesso da única tentativa que

existiu de alterar de forma mais estrutural o desenho do sistema educativo e a matemática da partilha de responsabilidades entre o Estado e o mercado.

Finalmente, a estabilidade do financiamento, que ao longo dos anos acompanha o ritmo de crescimento do sistema. Desde 1974 o orçamento da educação cresce todos os anos, com a exceção de 2003, 2006, e entre 2010 e 2012. Ou seja:

> Os dados permitem observar o ritmo de crescimento do sistema educativo tanto no que respeita à procura de educação nos diferentes graus de ensino, como no que respeita à afetação de professores e de recursos financeiros. O redimensionamento do sistema educativo é acompanhado de um progressivo alargamento dos serviços prestados, de uma melhoria das condições do seu funcionamento e do reforço da sua qualidade (Rodrigues e Gomes; 2014:640).

Na procura dos elementos que podem contribuir para explicar essa resiliência, encontramos quatro fatores fundamentais: o contexto de criação do sistema educativo na sua configuração democrática, a confluência de objetivos mesmo no contexto de diferenças ideológicas, a compreensibilidade e unicidade do quadro de atores envolvido neste sector, e os efeitos institucionais do consenso criado.

Assim, em primeiro lugar, há que referir o contexto de aprovação da primeira LBSE. Após mais de meia década de tentativas, é no contexto de um governo minoritário e de um parlamento mais espartilhado[58] que a LBSE é aprovada. A necessidade de construir consensos de forma alargada marca um conjunto de cedências (por exemplo, o pré-escolar como lugar atribuído ao sector privado, que leva a que os dois maiores partidos, PS e PSD, mas também o PCP, procurem os menores denominadores comuns). A lei é debatida de modo alargado em todo o país e acaba por ser aprovada com os votos favoráveis de todos os partidos com exceção do CDS. A LBSE de 1986 tem um papel orientador decisivo, estipulando os objetivos em torno dos quais se deveria organizar o sistema, mas sobretudo limitando a ação governativa, estipulando o que não se poderia fazer em meteria educativa.

[58] Nas eleições legislativas de 1985, o PRD, acabado de criar, elege 45 deputados, o que cria uma mudança profunda no quadro parlamentar, com a existência de um partido ao centro, entre o PSD e o PS, o que é ainda mais relevante num contexto de maioria relativa do PSD. Acresce que, além desta tendência geral, que o grupo parlamentar do PRD tinha dois especialistas na área da educação, Bártolo Paiva Campos (professor e investigador na área da psicologia e da orientação vocacional, deputado à Assembleia da República quando da apreciação e votação da LBSE, era presidente da Subcomissão da Lei de Bases do Sistema Educativo) e Eurico Lemos Pires (investigador em sociologia da educação, deputado à Assembleia da República quando da apreciação e votação da LBSE, era vogal da Comissão Parlamentar de Educação, Ciência e Cultura, secretariou a respetiva subcomissão da Lei de Bases do Sistema Educativo).

Quadro 4.23 Contexto político e maiorias nas alterações legislativas

	Alterações legislativas	Contexto político	Abrangência do apoio
Educação	LBSE	Maioria relativa do PSD. Aprovada por todos os partidos com exceção do CDS.	Aprovação por todos os partidos com exceção do CDS. Forte consensualização.
	Estatuto do Particular e Cooperativo	IV Governo Constitucional (iniciativa presidencial, primeiro-ministro Mota Pinto) A lei é aprovada com os votos a favor do CDS, PSD e PS e os votos contra dos restantes partidos.	Compromisso entre PSD, CDS e PS.
	Escolas Profissionais	Maioria absoluta do PSD Decreto-Lei do Governo.	Aprovado pelo PSD, não revogado.
	Pré-escolar	Maioria relativa do PS. Proposta de lei do governo aprovada por unanimidade.	Unanimidade

Em segundo lugar, a confluência de objetivos mesmo no contexto de diferenças ideológicas. Como atrás referimos, a educação é uma das áreas do Estado-providência em que o consenso entre a social-democracia e os conservadores e a democracia cristã (Tomlinson, 2005; Ball, 2008) é mais significativo, consenso particularmente visível em Portugal. O atraso do sistema educativo português e a vontade coletiva de que este atraso fosse recuperado faz com que as orientações dos dois maiores partidos fossem confluentes – fazer crescer o sistema –, e que os instrumentos para o cumprimento desse objetivo fossem essencialmente os mesmos: mais escolas, mais alunos, mais professores. Esta confluência de objetivos e de instrumentos é também suportada e aprofundada pelo acesso, a partir do final dos anos 1980, a financiamento europeu. Também os fundos estruturais orientaram de forma continuada o investimento em equipamentos e em formação e limitaram a capacidade de os partidos reorientarem os seus investimentos. A convergência de objetivos foi facilitada pelo papel orientador da LBSE aprovada em 1986. Esta lei traça caminhos e objetivos e prioridades – o que se deve fazer –, mas sobretudo limita a ação governativa, estipulando o que não se poderia fazer.

Em terceiro lugar, a unicidade do quadro de atores envolvido neste sector, desde logo porque o leque de atores é mais reduzido, em comparação com o que veremos, adiante, no caso da saúde: o Estado, os professores, representados pelas associações sindicais e, com menor relevância, pelas associações profissionais, como principais atores; a que acresceram os autarcas (a partir dos anos 1990), as editoras de manuais escolares, ou os pais, ainda com uma presença bastante incipiente. Por outro lado, na menor complexidade da agenda dos atores, em que além das questões de acesso, mobilidade e carreira, têm uma agenda reivindicativa que não se bate por mudanças significativas na organização do sistema e que, pelo contrário, tem-se manifestado frequentemente contra as mudanças que sucessivamente foram sendo propostas no sentido da mercadorização, da avaliação das políticas, da

municipalização da educação ou da diversificação dos atores envolvidos na gestão e administração das escolas.

Finalmente, os efeitos de rigidez institucional dos consensos criados com a trajetória acima descrita. O facto de o processo de discussão e aprovação da LBSE de 1986 ter sido tão abrangente e consolidado entre diferentes forças políticas criou aquilo a que Tuohy (1999) chama um legado político, ou seja, uma lógica de funcionamento próprio do sistema de educação (no caso em análise), que resulta do passado e que limita a mudança futura.

É devido a este tipo de dinâmicas e à criação de determinados precedentes que se torna possível, em 2004, quando confrontado com uma lei aprovada pelo governo de coligação PSD/CDS, que o Presidente da República tenha vetado essa proposta de lei recorrendo ao argumento de que tal lei substituía uma LBSE aprovada com base num alargado consenso entre os partidos políticos e os parceiros sociais, sublinhando que esse consenso estava ausente da lei agora aprovada pelo Parlamento. Este episódio contribuirá certamente para consolidar a necessidade de consensos alargados para a mudança política na área da educação.

Apesar desta rigidez, a partir dos anos 90 do século XX constata-se que o debate sobre a qualidade do ensino, medida na ótica dos *rankings* das escolas a partir dos resultados de exames, teve uma tradução no crescimento do sector privado.

De facto, a partir de 2000 é lançado um debate público que atinge profunda e negativamente a escola pública e o seu prestígio. A este respeito, observa-se uma dinâmica de procura dos serviços privados por parte das classes sociais com recursos – financeiros e simbólicos – para a sustentar e numa aposta dos indivíduos e famílias destas classes sociais na reprodução desses mesmos recursos com base na estratégia de elitização da escola.

É incerto qual vai ser o resultado de um novo ímpeto de alargamento do espaço dos operadores privados no campo da educação, dependendo este de um conjunto de fatores no qual não é negligenciável a evolução dos equilíbrios do poder político e da sua tradução em políticas públicas nesta área. Há questões sempre presentes na configuração deste equilíbrio que é fundamental monitorizar, como sejam: a montante, as condições institucionais para esta mudança, já que, como vimos, o legado político no campo das mudanças na área da educação é a de uma necessidade efetiva e alargada de concertação: a jusante, é necessário avaliar os seus impactos financeiros, a qualidade das aprendizagens ao nível dos resultados globais do sistema e a dimensão da equidade no acesso.

5. SAÚDE: TRAJETÓRIA, MOMENTOS CRÍTICOS E INSTRUMENTOS DEFINIDORES

À semelhança do que anteriormente foi exposto no campo das políticas de educação, procuraremos neste capítulo descrever e compreender as políticas de saúde em Portugal, no período democrático. A análise que aqui se apresentará, paralelamente ao que aconteceu no caso da educação, atravessará diferentes períodos históricos que serão desenvolvidos com níveis diferentes de aprofundamento.

Tal como vimos no caso da educação, as medidas de política aqui analisadas têm uma diversidade de atores políticos, incluindo os deputados que na Assembleia da República aprovaram políticas por maioria qualificada, como as alterações constitucionais, ou por maioria simples, de que são exemplo as leis de bases; os governos, que tomaram decisões políticas através de resoluções do conselho de ministros, decretos-lei, e outros atos legislativos ou de decisões tomadas unicamente pelo ministro ou secretário de Estado responsável pela área, através de contratos ou regulamentos; ou pelos atores da administração pública através de concursos, contratos, regulamentos e outros atos normativos.

No caso da saúde, acrescem a este conjunto de atores políticos as decisões tomadas por uma miríade de decisores "não políticos", com um impacto fundamental no desenvolvimento da saúde em Portugal. Entre estes, destacam-se a indústria farmacêutica e a restante indústria da tecnologia da saúde, as instituições financeiras e as seguradoras. Em última linha, podem ainda referir-se as decisões de médicos e administradores hospitalares que, no âmbito da sua autonomia profissional, prescrevem exames e medicamentos, contratualizam com o privado e transferem para o mercado parte das responsabilidades em matéria de saúde, influenciando largamente o quadro institucional no qual se desenvolvem as políticas de saúde em Portugal.

Assim, serão apresentados mais brevemente os marcos das políticas públicas de saúde que ocorreram até à reforma da saúde de 1971. Esse estudo iniciar-se-á pelas reformas da saúde pública no início do século XX, percorrerá o desenvolvimento das medidas de assistência social e a posterior separação entre a saúde e assistência social, e, finalmente, a afirmação das políticas públicas de saúde e da prestação, por parte do Estado, da fatia principal dos cuidados de saúde.

Em segundo lugar, serão apresentados os desenvolvimentos dos princípios constitucionais para a área da saúde estabelecidos na CRP de 1976. Referimo-nos concretamente às alterações aprovadas em 1982, 1989 e 1997 ao Artigo 64.º. Nesta análise procuraremos refletir sobre como as alterações introduzidas alteraram o princípio inicial de criação de um SNS universal, geral e gratuito e em que medida é que foi transformada a relação entre o SNS e os restantes atores do sistema de saúde português.

Em terceiro lugar, será desenvolvido o desenho do sistema de saúde português, tal como foi sendo instituído nas diferentes formas que assumiram as bases da saúde previstas na Constituição: por um lado, o estatuto do SNS aprovado em 1979, a tentativa de o alterar no início dos anos 1980 e o

correspondente veto do Tribunal Constitucional; por outro lado, as leis de bases da saúde de 1990, que representaram uma alteração do desenho institucional do SNS e do sistema de saúde, ainda que em conformidade com o Acórdão do Tribunal Constitucional de 1984, e, posteriormente, já no início deste século, a alteração da Lei de Bases da Saúde de 2002. Todos estes momentos são representativos de uma disputa permanente em torno da linha de fronteira entre sector público e sector privado no cumprimento do direito à saúde constitucionalmente estabelecido.

Em quarto lugar, desenvolveremos um conjunto de medidas de política que foram aprovadas sem necessidade de alteração da Constituição ou da Lei de Bases da Saúde, mas que mudaram de forma decisiva o equilíbrio entre o Estado e o mercado. Entre as diferentes medidas que, ao longo do tempo, se pode considerar que alteraram as fronteiras entre o lugar do Estado e do mercado nas políticas de saúde foram selecionadas para análise:

i. o sistema de convenções, primeiro e principal instrumento de contratualização entre o Estado e o sector privado de prestação de cuidados de saúde, dirigidas em particular a algumas especialidades e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
ii. o desenvolvimento das parcerias público-privadas na área da saúde, como exemplo de uma segunda geração de instrumentos de contratualização entre sector público e sector privado na área da saúde, associado ao desenvolvimento da rede hospitalar e já marcado pela influência da experiência internacional;
iii. o caso específico da manutenção e posterior desenvolvimento dos subsistemas de saúde, em particular da ADSE, como exemplo de uma transição inacabada e de uma relação permanente entre o sector público e o sector privado em termos de prestação pública de cuidados de saúde.

Finalmente, e novamente à semelhança do que aconteceu no capítulo anterior, dedicado à educação, apresentaremos a evolução de um conjunto de indicadores estatísticos e financeiros que revelam o equilíbrio entre sector público e sector privado no sistema de saúde português, apresentando ainda uma periodização das políticas públicas de saúde, baseada nas propostas de outros autores e do Observatório Português dos Sistemas de Saúde e complementada pela análise desenvolvida neste capítulo.

5.1 As origens do sistema de saúde

As raízes das mudanças na saúde, como nas restantes áreas do Estado social, e tal como aconteceu no caso da educação, atrás analisado, podem ser encontradas durante o período liberal. Como vimos acima, já desde a constituição de 1822 que estão inscritos direitos dos cidadãos relativos à saúde, bem como deveres do Estado relativamente a esta matéria.

É necessário ter em conta que o grau de desenvolvimento daquilo a que hoje chamamos serviços de prestação de saúde e de educação era diferente. A saúde estava por hora em fase pré-moderna, mais centrada na função de cuidar do que na função de curar, e mais centrado nas populações desfavorecidas, sem autonomia face à previdência social. Era uma área de intervenção da Igreja e das ordens religiosas e distante da universidade. Ao longo do século XIX, por toda a Europa, dar-se-á primeiro o desenvolvimento da medicina como ciência e do médico como profissão e, mais tarde, o desenvolvimento da saúde como direito.[59]

Contudo, os passos mais significativos são dados apenas no início do século XX, com o desenvolvimento das políticas de saúde pública. Até lá, as políticas aqui incluídas no conceito genérico de "saúde" são na realidade medidas típicas das diversas soluções nesta altura criadas no âmbito da assistência social, das misericórdias e das associações e instituições de socorros mútuos.

Quadro 5.1 A saúde nas constituições liberais

Constituição de 1822
Artigo 231.º – Às Câmaras pertencem as atribuições seguintes:
II—Promover a agricultura, o comércio, a indústria, a saúde pública, e geralmente todas as comodidades do concelho;
Artigo 240.º – As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação, e aumento de casas de misericórdia e de hospitais civis e militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos; e bem assim de rodas de expostos, montes pios, civilização dos índios, e de quaisquer outros estabelecimentos de caridade.
Carta Constitucional de 1826
Artigo 145.º – A inviolabilidade dos Direitos Civis e Políticos dos Cidadãos Portugueses, que tem por base a liberdade, a segurança individual e a propriedade, é garantida pela Constituição do Reino, pela maneira seguinte:
§20 As Cadeias serão seguras, limpas e bem arejadas (…);
§23 Nenhum género de trabalho, cultura, indústria ou comércio pode ser proibido, uma vez que não se oponha aos costumes públicos, à segurança e saúde dos Cidadãos;
§ 29 A Constituição também garante os socorros públicos.
Constituição de 1838
Artigo 28.º– A Constituição também garante:
III. Os socorros públicos;

Na sequência da criação, por D. João VI, em 1813, da Junta de Saúde, Passos Manuel institui o Conselho de Saúde Pública, de que fazem parte 12 vogais médicos, dois farmacêuticos e cinco outros

[59] Trata-se de, no fundo, distinguir quatro processos: por um lado, o desenvolvimento da medicina enquanto ciência e área de estudo; por outro, o desenvolvimento da medicina enquanto profissão liberal, em terceiro lugar o desenvolvimento da assistência pública - o apoio aos mais pobres na doença e, finalmente; o desenvolvimento da saúde pública - dos cuidados específicos relativamente a algumas doenças e o reconhecimento de que era possível melhorar o estado de vida geral da população. Na verdade o acesso à medicina foi durante séculos um bem eminentemente privado e distinto da assistência aos mais pobres e até mesmo da função de higiene e saúde pública. Só a partir do início do século XX se cruzam estas diferentes dimensões deste processo.

membros. Este conselho tem poder deliberativo e executivo e surge na sequência das descobertas de John Snow de uma fonte de água infetada em Londres e do subsequente desenvolvimento da saúde pública na Europa.

Os anos do vintismo são ricos em primeiros passos de mudança no papel do Estado na área da saúde. Logo em 1821 se dizia no Projeto de Regulamento Geral de Saúde Pública: "Um dos objetivos mais importantes de qualquer governo é conservar a saúde pública dos povos; porque é muito mais útil prevenir a desenvolução das moléstias do que passar pelo penoso trabalho de as tratar à custa de muitos riscos e despesas" (Projeto de Regulamento Geral de Saúde Pública, citado por Luísa Tiago de Oliveira (1992:3).

Apesar deste documento não ter sido promulgado, são inúmeras as decisões tomadas durante este período que concorrem para a transformação da interação entre o Estado e a saúde e a medicina: a regulação das profissões médicas e o reconhecimento das suas hierarquias, o estabelecimento da Sociedade de Ciências Médicas (1822), a divulgação de regras de higiene e salubridade, a proposta de criação de uma polícia de saúde pública.

Iniciada em 1898 e regulamentada em 1901, foi em 1903 que entrou em vigor o que podemos considerar a primeira reforma dos serviços de saúde pública, desenvolvida por Ricardo Jorge. Esta é uma reforma iminentemente sanitária e de saúde pública, que ocorre muito pela influência dos organismos internacionais. É neste momento que o Estado assume um conjunto de novas funções em matéria de saúde pública, concretizadas na criação da Inspeção Geral e pela criação do Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública. A prestação de cuidados de saúde era então de índole privada, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres.

Quadro 5.2 A saúde na Constituição republicana de 1911

Artigo 3.º – A Constituição garante a portugueses e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes:
§ 29 É reconhecido o direito à assistência pública.

É fundamental referir que o desenvolvimento que as políticas educativas conheceram durante a república não teve o seu paralelo na saúde que, no início do século XX, ainda está centrada na saúde pública e na assistência social. No entanto, o movimento das associações de socorros mútuos, contemporâneo do movimento republicano, prosseguirá durante este período, em que são criadas diversos montepios e associações mutualistas e de socorros mútuos.

Quadro 5.3 A saúde na Constituição de 1933

Artigo 40.º – É direito e obrigação do Estado a defesa da moral, da salubridade da alimentação e da higiene pública.

Na primeira fase do Estado Novo, no campo da saúde assiste-se (Campos, 1983) ao recuo na intervenção do Estado, à desoficialização dos hospitais civis de Lisboa e dos hospitais universitários de Coimbra – à data, os únicos hospitais públicos – e à desvinculação do pessoal. É um período em que o Estado atribui às misericórdias o papel primordial de promoção da saúde.

No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 827, de 10 de outubro de 1937 explicitava-se esta visão do papel do Estado como supletivo da atividade privada na área da saúde. Dizia-se: "A solução do problema da assistência estará mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação dos organismos públicos, burocratizados, estabilizados, ou seja, mecânicos e inertes" (Decreto-Lei n.º 827/37).

Nos anos 1945 e 1946, são dados novos passos no caminho da assunção da saúde como política pública. Em 1945, reconhecendo a difícil situação sanitária no país, são definidas novas tarefas para o Estado. Duas direções gerais: a da saúde, com competências no âmbito da orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária, ação educativa e preventiva; e a da assistência, incluindo as competências em matéria de hospitais e sanatórios. São igualmente criados institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna.

Na Lei n.º 2011, publicada a 2 de abril de 1946, é dado um passo na regionalização dos cuidados de saúde, através da criação de uma delegação de saúde por cada distrito e de uma subdelegação por cada concelho. São, além disso, estabelecidos os hospitais civis de Lisboa e o Hospital Universitário de Coimbra. E definem-se ainda as bases da organização hospitalar e promove-se a construção de hospitais com dinheiros públicos. Estes hospitais serão posteriormente entregues às misericórdias.[60]

É organizada a federação das caixas de previdência, que terá a função de agregar os cuidados de saúde e proteção social.

No início da década de 1960, são promulgadas as bases da política de saúde e assistência. Nesta lei, a Assembleia Nacional decreta que é competência do Estado a organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada. Acrescentando-se ainda que cabe ao Estado fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins. Finalmente limitam-se as funções do

[60] Estes hospitais serão nacionalizados depois do 25 de Abril e desde então diversos governos têm tido em vários momentos o projeto de os fazer regressar à posse das misericórdias.

Estado na prestação de cuidados de saúde, ao estipular que apenas cabe ao Estado "exercer ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer sempre [que estas tenham condições]".

Ainda na década de 1960 (1968) é levada a cabo uma reforma que é, à data, inovadora: a reorganização da rede hospitalar, a criação do regulamento hospitalar e a regulação das carreiras da saúde, de médicos, enfermeiros, administração e farmácia. É nesta data que pela primeira vez se estabelece uma organização de tipo empresarial a que deveriam estar sujeitos os hospitais (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968, e do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968). Estamos perante as reformas organizacionais que reconhecem a saúde como uma preocupação cada vez maior das populações e a afirmação da medicina como uma resposta a que todos devem ter acesso e que, por isso, estabelecem um aumento do papel do Estado. No fundo, o assumir de uma política pública.

É em 1971 que é feita a maior rutura no que diz respeito ao papel do Estado nos cuidados de saúde. Este é o momento em que, no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, se consagra o direito à saúde: "a consagração do reconhecimento do direito à saúde (...) e que tem como únicos limites os que, a cada instante, lhes são impostos pelos recursos humanos, financeiros e técnicos das comunidades beneficiárias" (artigo 2.º: "o direito à saúde compreende o de acesso aos serviços nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis"

É neste momento que é elaborado um esboço das carreiras médicas, que é normalmente referenciado por se ter baseado na proposta da Ordem dos Médicos de 1961. Alguns dos autores fundamentais desta proposta manter-se-ão num lugar de relevo na construção do SNS: Miller Guerra, Arnaldo Sampaio, Gonçalves Pereira.

O período entre o 25 de Abril de 1974 e a publicação da lei que cria o Serviço Nacional de Saúde é um momento de profunda instabilidade política, instabilidade essa que se repercute nas políticas de saúde. O período revolucionário até novembro de 1975, a aprovação da Constituição de 1976 e os primeiros quatro governos constitucionais são ricos em alterações de percurso.

Apesar disso, é logo em 1974 que a Secretaria de Estado da Saúde inicia o processo de estudo e estruturação do SNS, com a publicação do relatório (Secretaria de Estado da Saúde, 1974) "Subsídios para o lançamento das bases do serviço nacional de saúde". Neste documento são identificadas as necessidades da população portuguesa em matéria de cuidados de saúde, faz-se um balanço do que existe em matéria de cuidados de saúde em Portugal, são apresentados os modelos alternativos que podiam ser seguidos e são lançadas as questões que importa serem respondidas na criação de um sistema de saúde. Nesta fase ainda estão em aberto inúmeras questões, como a posição reservada à iniciativa privada (dominante, coexistente ou estritamente condicionada), quem fará a gestão do sistema (os privados, o Estado e os privados num sistema misto ou o Estado em conjunto com a

administração local) ou a possibilidade de acumulação por parte dos médicos de trabalho por conta de outrem e do exercício livre da medicina.

Desde 1976 até à 3.ª revisão da Constituição da República Portuguesa, em 1989, veremos um conjunto de legislação aprovada e de prática política em forte contradição com a CRP. De facto, enquanto na CRP de 1976 se preconizava o caminho para uma sociedade socialista, aos poucos são dados os passos para a consolidação de uma sociedade capitalista. É a este fenómeno que Boaventura Sousa Santos chama "Estado paralelo" (Santos, 1993).

5.2 Princípios constitucionais na saúde

No que diz respeito à análise das alterações constitucionais no campo da saúde é central o Artigo 64.º (Saúde). Nas alterações a este artigo podemos encontrar as raízes das principais mudanças que posteriormente ocorreram noutras sedes legislativas.

Desta análise resulta que uma das principais tendências, ao longo dos primeiros 40 anos de democracia, é a manutenção dos preceitos relativos à universalidade. De acordo com o n.º 1 do Artigo 64.º, que permaneceu na mesma formulação desde 1976, "Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover" (Artigo 64.º, n.º 1). No mesmo sentido, não é alterada a centralidade do SNS na concretização do direito à proteção da saúde: "O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde" (Artigo 64.º, n.º 2).

O Artigo 64.º sofre a primeira alteração logo na primeira revisão constitucional, em 1982, sendo acrescentada uma norma, o novo número 4.º, referente à descentralização e gestão participada do SNS: "O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada." (Artigo 64.º, n.º 4).

Uma das principais alterações à CRP de 1976 é aquela que remete para mudanças no princípio da gratuitidade. O momento crítico ocorre na revisão constitucional de 1989, quando é feita uma alteração decisiva ao princípio da gratuitidade. Onde se dizia: "O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" (Artigo 64.º, n.º 2, CRP, 1976) passa a estipular-se que o direito à proteção da saúde é realizado "através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito" (Artigo 64.º, n.º 2, alínea a), CRP, 1989).

Esta alteração e o assumir da tendencial gratuitidade, ao invés da gratuitidade, como afirma Reis-Novais (2010:251), permitiu resolver o problema que se vinha revelando desde a aprovação do Estatuto do SNS,[61] relativo ao esclarecimento da questão da sua gratuitidade:

> Tínhamos, portanto, na altura, um problema jurídico-constitucional derivado do facto de, não obstante a Constituição estabelecer a gratuitidade plena, a lei ordinária ressalvar a existência de taxas moderadoras. Colocava-se assim, pela primeira vez, a questão da constitucionalidade da existência de taxas moderadoras no acesso ao SNS (Reis-Novais, 2010: 245-46).

É igualmente na segunda revisão constitucional (CRP, 1989), a revisão constitucional mais abrangente no campo da saúde, que é alterada uma das principais incumbências do Estado em matéria de saúde. Onde, em 1976, se dizia que incumbia ao Estado "Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos" (Artigo 64.º, n.º 3, alínea c), da CRP, 1976), passaria a estabelecer-se a incumbência de "Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos" (Artigo 64.º, n.º 3, alínea c), da CRP, 1989). Ou seja, o esforço de socialização (isto é, de tornar público ou suportado pelo Estado) no campo da saúde deixa de se dirigir à prestação dos cuidados de saúde e passa a centrar-se num esforço de socialização dos custos dessa prestação de cuidados de saúde. Ao concentrar-se o esforço de socialização nos custos dos cuidados de saúde e não nos cuidados em si, desloca-se o centro da responsabilidade do Estado para com os utentes, passando a ser de natureza financeira. A oferta de cuidados de saúde e medicamentos e o alargamento das suas redes deixa de ser o centro principal das responsabilidades do Estado.

[61] Ainda de acordo com Reis-Novais: "Este problema obteve uma primeira resposta da jurisprudência constitucional em 1982, no Parecer n.º 35/82, da antiga Comissão Constitucional, que viria a justificar a admissibilidade de taxas moderadoras recorrendo à teoria da relevância jurídica especial das normas de direitos sociais, segundo a qual estas são de realização progressiva, gradual, diferida no tempo, em função das disponibilidades financeiras e materiais do Estado" (Reis-Novais, 2010: 245-46).

Quadro 5.4 A evolução do Artigo 64.º da CRP (Saúde)

1976	1982	1989	1997
1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país; c) Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos; d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde; e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnostico.	Novo n.º 4 4.O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.	Alteradas duas alíneas ao n.º 2. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito; b) Pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a proteção da infância da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo. Alteração da alínea c) do n.º 3 c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.	Nova alínea b do n.º 2 b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. Alteradas as alíneas b) e c) e d) do n.º 3, e acrescentada a alínea f) ao mesmo artigo b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnostico; Nova alínea f) do n.º 3 f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

Regressando à tríade universalidade (e da expansão do sistema que ela implica), gratuitidade e generalidade, pode assumir-se que, não existindo alterações significativas no campo de universalidade e na generalidade do SNS, é na gratuitidade que encontramos as mudanças mais significativas. De facto, a alteração concretizada em 1989 e a assunção do princípio da tendencial gratuitidade, e já não gratuitidade, resolveu a questão jurídica em torno das taxas moderadoras, previstas logo na criação

do SNS, em 1979. No entanto, a questão da evolução para um sistema de copagamentos mantém-se em aberto e passível de ser debatida. Como refere Reis-Novais:

> Curiosamente, se bem que o legislador ordinário se tenha mantido estritamente nos quadros da lógica do pagamento de taxas moderadoras, ensaiou em diferentes ocasiões, pelo menos no plano discursivo, a transição para uma lógica de combinação das taxas moderadoras com o pagamento dos custos de prestações por parte dos utentes (Reis-Novais, 2010:268).

No texto acima citado, Reis Novais refere-se ao preâmbulo do Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril onde se dizia "são princípios de justiça social que impõem que pessoas com maiores rendimentos e que não são doentes crónicos ou de risco paguem parte da prestação dos cuidados de saúde de que sejam beneficiários, para que outros, mais carenciados e desprotegidos, nada tenham que pagar". Ou seja, no próprio decreto-lei que regula as taxas moderadoras, a argumentação que o introduz não é a da necessidade de moderar a utilização de cuidados de saúde, mas antes a de garantir o copagamento desses cuidados por parte dos cidadãos com maiores rendimentos.

No mesmo sentido, Reis-Novais refere o Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto, em cujo Preâmbulo se afirmava a necessidade de "introduzir também um princípio de justiça social no próprio acesso" ao SNS, referindo a necessidade de, no futuro, se evoluir "no sentido da redefinição da fixação dos valores das taxas, assente em critérios de proporcionalidade e adequação ao rendimento dos utentes".

De acordo com Reis-Novais, "Ensaia-se aí, claramente, a entrada numa nova lógica, a do pagamento, por parte dos utentes, dos custos, pelo menos parcelares, de prestações obtidas no âmbito do SNS" (Reis-Novais, 2010:268-269).

Além do debate relacionado com a gratuitidade e os limites constitucionais ao copagamento, a área em que é mais significativo o desenvolvimento das políticas públicas, o debate jurídico-constitucional e a disputa ideológica é em torno da forma como o Estado assume, retomando a norma tal como aprovada na CRP de 1976, as duas funções de "Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde" (Artigo 64.º, n.º 3, alínea d), da CRP, 1976). O esforço de fiscalização do sector privado e, principalmente, a forma como se desenha a sua articulação com o SNS é uma das questões críticas ao longo dos primeiros 40 anos do sistema democrático.

5.3 O processo de definição das bases da saúde

A Lei do Serviço Nacional de Saúde, que cria o SNS, é aprovada em 1979, e embora não se intitule lei de bases, define as suas bases da saúde.[62] Nela se estipulam os objetivos do SNS, os cuidados de saúde garantidos, a organização das instituições que o coordenam politicamente e regulam, o estatuto do pessoal e o modo como será financiado. Antes disso, em 1978, havia sido dado um passo decisivo, naquela que é considerada uma verdadeira antecipação do SNS, na construção de um serviço de saúde universal, geral e gratuito, através da abertura, por despacho do ministro dos Assuntos Sociais, dos Serviços Médico-Sociais a todos os cidadãos.

Em 1990, depois das significativas alterações constitucionais em matéria de saúde, que nomeadamente substituíram a gratuitidade pela tendencial gratuitidade, e de diversas tentativas falhadas de revogar a Lei do SNS, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), que passa a coexistir com as bases do SNS. As principais alterações alcançadas com esta lei são: o aumento do cofinanciamento; a separação, por parte do Estado, entre as funções de financiamento e prestação; o aumento da eficiência através da promoção da competição.

Esta alteração faz-se no período final da primeira maioria absoluta do PSD, com Cavaco Silva como primeiro-ministro e num contexto de grande contestação à ministra da Saúde, Leonor Beleza, que, aliás, abandonará o governo ainda durante o processo legislativo, na sequência da aprovação da proposta de lei no Conselho de Ministros, e antes da aprovação da lei pela Assembleia da República.

[62] Sobre a inclusão da lei do SNS no conjunto das leis de bases na área da saúde, apesar de a lei não ter este nome, vale a pena citar um Acórdão do Tribunal Constitucional a que regressaremos: "A Lei n.º56/79 não é uma lei qualquer. É uma lei de bases, isto é, uma daquelas leis que se limitam a definir as bases gerais dos regimes jurídicos (no caso, do serviço nacional de saúde). A Lei do Serviço Nacional de Saúde não se autoqualifica expressamente como "lei de bases", embora o projeto que lhe deu origem se intitulasse expressamente "Projeto de Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde" e a lei tenha sido assim designada frequentemente no debate parlamentar. Mas também não era preciso autodefinir-se; basta que o seja. Ponto é que ela contenha predominantemente preceitos qualificáveis como "normas de base" e que a sua implementação careça e fique dependente não (ou não apenas) de execução regulamentar, mas sim de um prévio e intermédio desenvolvimento legislativo, mediante decreto-lei. Ora, é disso precisamente que se trata." (Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 39/84).

Quadro 5.5 Alterações às leis de bases na área da saúde

Alteração Legislativa	Resumo	Contexto de aprovação
Lei do SNS (1979)	Criação de um sistema de saúde universal, tentativa de integração dos vários subsistemas. Adequação ao disposto da Constituição aprovada em 1976.	Governo de iniciativa presidencial Votos a favor do PS, PCP, UDP e de um deputado independente (Brás Pinto) e votos contra do PSD, CDS e deputados independentes sociais-democratas.
Lei de Bases da Saúde (1990)	Aumento do cofinanciamento Distinção entre financiamento e prestação Aumento da eficiência através da promoção da competição	Governo maioritário PSD Votos favoráveis do PSD e do CDS e contra dos restantes partidos.
Lei de Bases da Saúde (2002)	Tentativa de passar de um serviço nacional de saúde para um sistema nacional de saúde (valorizando o sector privado). Um dos elementos centrais nesta mudança é a reforma hospitalar.	Governo de coligação PSD-CDS Votos favoráveis dos partidos da maioria e contra dos restantes partidos.

Fonte: elaboração própria.

A Lei de Bases da Saúde aprovada em 1990 tem apenas uma revisão, em 2002, novamente num governo de direita, desta vez apoiado por uma coligação PSD/CDS. Nesta revisão de 2002, a Lei de Bases da Saúde é modificada essencialmente através das mudanças na rede de prestação de cuidados e no estatuto hospitalar.

Apesar de assentarem apenas nestas peças legislativas podemos dizer, como a seguir se desenvolverá, que as alterações no desenho do SNS e na arquitetura do sistema de saúde português são muito significativas, quer no que diz respeito aos modelos de financiamento, aos sistemas de organização e às formas de prestação de cuidados de saúde; no fundo, na transformação da relação entre o Estado e o sector privado na saúde.

A análise das mudanças na base da organização do sistema de saúde ocorre a dois ritmos. Num primeiro momento, através do agendamento e aprovação da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (em 1978 e 1979) e, num segundo momento, através da aprovação da Lei de Bases da Saúde (em 1990, revista em 2002). Estes dois processos estão, como se verá, umbilicalmente ligados às revisões constitucionais de 1982 e 1989.

Nas matérias da saúde, os consensos políticos conseguidos na legislação enquadradora do sistema são sempre mais reduzidos do que na educação: não conseguimos identificar, por exemplo, uma aprovação/revisão da lei de bases que conte com os votos de aprovação dos dois maiores partidos. Como se verá adiante, não apenas a legislação do SNS, aprovada no contexto de um governo de iniciativa presidencial, sob proposta do PS e com o apoio do PS e do PCP, tem a oposição severa do PSD e do CDS, como a Lei de Bases da Saúde, nas suas duas versões, aprovadas em contexto de maioria absoluta PSD ou PSD/CDS, tem os votos contra da esquerda parlamentar, incluindo o do PS.

Outro facto relevante na aprovação das bases da saúde prende-se com o facto de o SNS ter sido criado num momento em que Portugal estava sujeito a um programa de assistência do FMI (1978) e de, logo depois da sua criação, se ter seguido um novo período de assistência financeira. Estas duas crises financeiras e o contexto europeu de choque petrolífero, tal como as divergências ideológicas bem expressas no decorrer do debate, fazem com que o sistema tenha sido posto em causa desde a sua origem, ao contrário do que aconteceu nos sistemas de tipo serviço nacional de saúde nos países nórdicos ou em Inglaterra ou, como atrás se disse, do que aconteceu no caso do consenso criado em torno do sistema educativo.

O atraso português e o facto de o desenvolvimento do Estado-providência coincidir com um período de pressão sobre a generalidade dos sistemas de proteção social é um fenómeno muito estudado nos países do sul da Europa. No caso da saúde, porém, ele é especialmente relevante, uma vez que as pressões para a criação de um mercado interno e para a convivência entre público e privado ocorrem precisamente quando Portugal, no início dos anos 1980, tinha acabado de definir a integração do sistema de saúde num modelo de prestação público universal. Esta coincidência será uma das principais razões que contribuíram para uma construção inacabada do SNS e para a permanência resiliente de uma dualidade estrutural, que é a do financiamento garantir simultaneamente um sistema público e um sistema de medicina convencionada, ou a da prática profissional dos médicos poder acumular a prática pública com a prática privada.

Quadro 5.6 Alterações às leis de bases da saúde e seus debates

Bases da Saúde
Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro, *Diário da República* I série N.º214/I/3, 1979.09.15
Trabalhos preparatórios disponíveis em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=31420
Projeto de Lei 157/I
Projeto de Lei 173/I
Discussão na generalidade (DAR I série N.º19/I/3, 1978.12.20)
(DAR I série N.º 58/I/3, 1979.05.11)
(DAR I série N.º 59/I/3, 1979.05.16)
(DAR I série N.º 60/I/3, 1979.05.17)
Baixa à comissão de especialidade (DAR I série N.º77/I/3, 1979.06.29) http://debates.parlamento.pt:9091/dar_imagens/l01/sl3/n077/s1l1sl3n77.pdf
Votação final global (DAR I série N.º 77/I/3, 1979.06.29) http://debates.parlamento.pt:9091/dar_imagens/l01/sl3/n077/s1l1sl3n77.pdf
Acórdão n.º 39/84, de 5 de maio, do Tribunal Constitucional, *Diário da República*, I série, n.º 104/1984
Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, *Diário da República* n.º 195, I Série, de 24.08.1990
Trabalhos preparatórios disponíveis em http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=29174
Proposta de Lei 127/V
Projeto de Lei 481/V
Projeto de Lei 484/V
Projeto de Lei 485/V
Projeto de Lei 486/V
Discussão na generalidade (DAR I série N.º 47/V/3, 1990.02.23)
Votação na generalidade (DAR I série N.º 49/V/3, 1990.03.07)
Votação final global (DAR I série N.º 100/V/3, 1990.07.13)
Lei n.º 27/2002, de 8 de setembro, *Diário da República* n.º 258, Série I-A, de 08.11.2002
Trabalhos preparatórios disponíveis em:
http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=19149
Discussão na generalidade (DAR I série N.º 28/IX/1, 2002.07.05 (pág. 1118-1129))
Proposta de Lei 15/IX
Projeto de Lei 76/IX
Projeto de Lei 82/IX
Projeto de Lei9 1/IX.
Votação na generalidade (DAR I série N.º 33/IX/1, 2002.07.12 (pág. 1358-1358))
Relatório/Parecer: (DAR II série A N.º 30/IX/1, 2002.10.08 (pág. 915-931))
Votação final global (DAR I série N.º 41/IX/1, 2002.09.27 (pág. 1687-1687))

Fonte: elaboração própria.

5.3.1 A construção do SNS

- Problema e agendamento: a concretização os princípios constitucionais

O processo político de criação do SNS previsto na CRP de 1976 inicia-se, na verdade, imediatamente após o 25 de Abril. Os primeiros passos são dados tanto no plano legislativo, como no plano operacional. No plano legislativo, por exemplo, com a publicação do Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio, que mandatava o governo provisório de duas tarefas no âmbito da saúde: a definição de uma política de proteção da maternidade e da primeira infância e o lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tivessem acesso todos os cidadãos. No plano operacional, destaca-se a nacionalização dos hospitais das misericórdias, em 1975.

É depois de aprovada a CRP de 1976, que se lança, em pleno período de grande instabilidade governativa, o processo legislativo, de regulamentação e de criação do edifício institucional que suporta o SNS. Como havíamos visto, remontam ao período final do Estado Novo os primeiros passos na institucionalização do Estado como prestador dos cuidados e assegurador do direito à saúde, à semelhança, aliás, do que aconteceu noutras áreas do Estado-providência.

O caso da saúde tem, deste ponto de vista, uma especificidade que será usada amiúde nos debates do dealbar do período democrático: é que o processo de generalização do acesso à saúde no período antes da revolução é muito devido ao trabalho e às propostas políticas de um conjunto de médicos, e mesmo o processo legislativo, tanto na área da saúde pública, como na área das reformas hospitalares, ou a chamada reforma Gonçalves Pereira, em 1971, aparece muito associada ao grupo que havia dinamizado o projeto da reforma das carreiras médicas. O papel da classe médica no final dos anos 1960 e início dos anos 1970 na aproximação das políticas de saúde portuguesas às práticas europeias será usado no momento da definição do tipo de sistema de saúde a desenhar no pós-25 de Abril.

O debate em curso consistia, basicamente, na opção entre um modelo de sistema de saúde mais assente na medicina convencionada, como defendia o PSD, e um modelo mais assente no Estado como organizador e prestador e financiador de Serviço Nacional de Saúde à imagem do modelo inglês, como defendia o PS.

Logo em 1974, o gabinete do secretário de Estado da Saúde, Gonçalves Pereira, publica um documento denominado *Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde*. Nesse documento (Secretaria de Estado da Saúde, 1974), que pretende ser o lançamento de um debate público nacional sobre o modelo de SNS pelo qual Portugal deveria optar, procede-se à apresentação da situação sanitária da população portuguesa, através da comparação de indicadores de saúde nacionais com os verificados no resto da Europa ocidental; à análise da organização da saúde existente em Portugal e à identificação de meios disponíveis; à tipificação dos vários tipos de sistema de saúde vigentes à data (sendo identificados os sistemas de saúde em que predomina a medicina liberal. O documento analisa

ainda os sistemas mistos em que coexistem a medicina liberal e o seguro-doença; os sistemas do tipo do National Health Service britânico; bem como os sistemas de saúde estatais do tipo dos que existiam na Europa de Leste). Finalmente, em *Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde,* Gonçalves Pereira também identifica as principais questões a que deve responder o SNS português.

Na identificação que este estudo faz dos meios disponíveis à data destaca-se o espartilhamento dos serviços de saúde por oito diferentes departamentos estatais, a que acresceria o sector privado e a dimensão do fabrico e venda de produtos farmacêuticos. Tínhamos, então:

- os serviços dependentes da Secretaria de Estado da Saúde, que consistam, basicamente, na rede de centros de saúde e na rede hospitalar;
- os serviços dependentes da Secretaria de Estado da Segurança Social, que integrava a rede de Serviços Médico-Sociais da Previdência;
- os serviços dependentes do Ministério da Educação e da Cultura, nomeadamente todos os hospitais universitários e demais institutos de investigação;
- os serviços que se encontrava da dependência do Ministério das Finanças, com destaque para a ADSE;
- as unidades de saúde que se encontravam na dependência das forças armadas, nomeadamente os hospitais militares e um conjunto de serviços das diversas formas militares e de segurança, mas também a Cruz Vermelha Portuguesa e os serviços de ambulâncias;
- os médicos municipais e demais entidades na dependência do Ministério da Administração Interna;
- diversos subsistemas públicos e parapúblicos, nomeadamente aqueles que dependem do Ministério da Justiça, por um lado, e de empresas públicas como os CTT, os TLP, ou os portos, que possuíam serviços de saúde privativos. O mesmo acontecia, aliás, com as maiores empresas privadas;
- um sector privado, sendo o regime de prestação de cuidados de saúde sob a forma de exercício da profissão liberal considerado "bastante generoso" e "a quase generalidade dos profissionais servidores do Estado da previdência não conhece limitações práticas à instalação de consultórios abertos ao público" (SES, 1974:33). Reconhece-se ainda que "na prática [as clínicas privadas] funcionam com quase total liberdade de organização interna e de fixação de preços" (*idem*).

Tendo em conta este ponto de partida, os tipos de sistema disponíveis e as decisões já tomadas e expressas, o autor do estudo de 1974 sistematiza as questões essenciais a dar resposta no âmbito da discussão pública que se estava a iniciar no que diz respeito à formulação do tipo e das características gerais de funcionamento do SNS a constituir em Portugal.

Quadro 5.7 Questões a definir no desenho do SNS

Questões a definir	Ponto de situação em novembro de 1974
Quem deve responder pela saúde em Portugal?	De acordo com o estudo, o programa do governo provisório já havia decidido que caberia ao Estado através da criação o SNS.
Qual a amplitude do futuro SNS?	No mesmo sentido, o programa do governo provisório havia feito a opção no sentido da generalidade.
Que tipos de cuidados devem ser proporcionados à população?	O estudo refere o conceito de generalidade ("cuidados completos") dos cuidados que vem a ser inscrito na CRP e refere a vantagem na integração dos serviços.
A quem pertence a propriedade dos meios materiais?	O estudo identifica os três tipos de propriedade (predominantemente ao privado, exclusivamente ao Estado, a ambos os sectores, público e privado).
Qual a posição reservada à iniciativa privada?	Explicita-se a possibilidade de a iniciativa privada ser dominante (até à supletividade); coexistente (ao lado do Estado existe iniciativa privada complementar) ou estreitamente condicionada.
Como será feito o financiamento?	Pelos indivíduos através de seguros, por quotização obrigatória ou pelo Estado através de impostos específicos para a saúde (diretos ou indiretos), pelo OGE. Existem sistemas combinados.
Como deverá ser a gestão do SNS?	Dependendo dos sistemas, pode existir gestão privada, partilhada entre Estado e privados ou só pública, eventualmente
Que estatuto terão os profissionais da saúde?	Poderão ser profissionais liberais, trabalhadores por contra de outrem, agentes da administração local, funcionários públicos. Ou um cumulativo de dois ou mais dos tipos citados.
A quem incumbirá o ensino e a investigação em saúde?	Ao Estado e privado, podendo o privado ser dominante. Apenas ao Estado (MS e/ou ME)
Quem responderá pelo custo dos cuidados e em que proporção?	Integralmente pagos pelos utentes (diretamente ou através de um seguro), parcialmente pagos ou inteiramente gratuitos. Refere já a possibilidade de taxa moderadora.
Como será definido o acesso dos utentes?	O acesso poderá depender de uma escolha livre, condicionada às disponibilidades, ou misto.
Como deverá ser definido o estatuto de medicina livre?	Reconhece que o exercício da medicina livre não é incompatível com a existência de um SNS, mas exige regulamentação, nomeadamente quanto à possibilidade de acumulação entre prática pública e privada.

Fonte: elaboração própria baseado em Secretaria de Estado da Saúde (1974).

Em 1978, o II Governo Constitucional (Mário Soares como primeiro-ministro e António Arnaut como ministro dos Assuntos Sociais) apresenta, em sede de discussão do programa de governo, a intenção de aprovar no espaço de cinco meses um anteprojeto de lei do SNS. Em março de 1978 esse documento é apresentado e sujeito a uma discussão pública alargada.

Na sequência da impossibilidade de agendamento, e na iminência do fim do II Governo, António Arnaut assina o Despacho Ministerial de 20 de julho de 1978, normalmente conhecido por Despacho Arnaut, que, por ter universalizado o acesso de todos os cidadãos aos serviços médico-sociais, é considerado uma das pedras fundadoras do SNS.

Correia de Campos (2022) afirma mesmo que:

> O SNS não foi criado pela Lei Arnaut de 1979, mas sim pelo despacho de António Arnaut de maio de 1978 que abriu os postos dos SMS e os hospitais a toda a população, independentemente de

> ser-se ou não beneficiário da Previdência Social, tornando o acesso universal. No mesmo ano a saúde deixou de receber financiamento da Previdência, passando a ser financiada pelos impostos gerais recolhidos pelo Ministério das Finanças (Campos, 2022:142)

Já depois das eleições, durante o III Governo Constitucional, o PS apresenta, na Assembleia da República, um novo Projeto de Lei, Projeto de Lei 157/I (DAR 1978.11.24: 1-11), cujo primeiro signatário é o deputado socialista António Arnaut. Neste Governo, Maria de Lourdes Pintasilgo era primeira-ministra e Bruto da Costa era ministro dos Assuntos Sociais.

- Formulação: o confronto de diferentes alternativas

As principais diferenças entre as duas soluções – a proposta apresentada pelo II Governo e o projeto apresentado pelo PS na vigência do III Governo Constitucional –, refletem as duras críticas e reações a que a primeira versão do anteprojeto foi sujeita e que são as seguintes:[63]

- menor dependência face ao governo na gestão do sistema – na Base III dizia-se que cabia ao SE da Saúde a coordenação execução das políticas e no Artigo 3.º essa competência passa a ser da administração central de saúde;
- na Base VII e no Artigo 7.º é estabelecida a gratuitidade do acesso, estando ressalvada a possibilidade de estabelecimento de taxas moderadoras. No entanto, enquanto no anteprojeto se estabelece que o acesso é sempre totalmente gratuito para crianças até aos cinco anos, mulheres em período de gravidez e pós-parto, para os maiores de 65 anos, para os portadores de deficiência e para os beneficiários da pensão social, estas isenções não se encontram previstas na lei aprovada;
- é acrescentado, em sede de projeto de lei, um artigo referente à autonomia administrativa e financeira do SNS (Artigo 18.º, 1 – O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada (...);
- no anteprojeto, o SNS organizava-se em órgãos centrais, regionais, distritais e concelhios, mas na versão entregue na Assembleia da República os serviços distritais deixam de estar previstos e a organização do SNS passa a assentar nos órgãos centrais, regionais e locais;
- do anteprojeto consta um conjunto das normas estabelecidas nas bases XXXIX e XL, que se referem às regras de habilitação para ingresso nas três carreiras específicas do SNS ali definidas – ambas as normas desaparecem na versão do projeto de lei do PS;
- a dedicação exclusiva do pessoal do SNS, questão política central e até hoje presente nos debates sobre mudanças políticas no SNS, aparecia como possibilidade no anteprojeto ("o

[63] Comparação entre o anteprojeto da Lei do SNS (não disponível online) e Projeto de Lei 157/I, disponível em DAR II série n.º 12/I/3 Supl.1978.11.24, pp 1-119.

regime de serviço pode ser em dedicação exclusiva com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas"), regra no projeto de lei apresentado pelo PS ("o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas, sem prejuízo do que possa ser estabelecido em estatuto especial") e regra geral com exceção já prevista e a adoção do principio do estabelecimento de um prémio salarial para aqueles que optem pela exclusividade ("O respetivo estatuto regulará as condições de exercício da atividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva").

- Nas disposições transitórias, o projeto e a lei aprovada passam a prever que, através de um decreto-lei, se estabelecerá o regime especial para profissionais de saúde entretanto concebido durante o processo legislativo da Lei n.º 56/79.

O projeto de lei do PS é entregue a 24 de novembro de 1978 e, a 22 de dezembro do mesmo ano, o CDS entrega o seu projeto (Projeto de Lei 173/I). São quatro os dias de debate parlamentar, entre dezembro de 1978 e maio de 1979, dedicado a estes dois projetos.[64]

No plano da formulação de políticas, podemos identificar as seguintes propostas alternativas apresentadas pelo CDS ao projeto apresentado pelo PS e apoiado pelo PCP e pela UDP:

- a relação a estabelecer com o o sector privado na saúde;
- a possibilidade de acumulação entre sector público e sector privado por parte dos médicos;
- a organização burocrática, tanto no que diz respeito ao grau de centralismo, como no que diz respeito ao papel do Estado na regulação;
- a possibilidade de introdução de um modelo de copagamento dos cuidados de saúde prestados, em função do rendimento do utente.

Em primeiro lugar, no que diz respeito à relação com os privados na saúde, está em causa, nomeadamente, a decisão se, perante a necessidade de recurso ao sector privado para a prestação de cuidados de saúde, se deveria recorrer a um modelo de contrato ou a um modelo de livre escolha por parte do utente e posterior reembolso por parte do Estado, o que era defendido pelo CDS e pelo PSD. Várias vezes, ao longo debate, é sugerido um modelo mais próximo da ADSE ou do SAMS. O PS rejeita diversas vezes essa solução, não apenas com base no argumento constitucional de que a CRP assumia que o direito se concretizaria através da criação de um SNS público, universal, geral e gratuito, e não através de um modelo convencionado, mas também defendendo que esse modelo convencionado não servia o propósito da universalização do acesso à saúde:

[64] Disponíveis no DAR I série N.º19/I/3, 1978.12.20, no DAR I série N.º58/I/3, 1979.05.11, no DAR I série N.º59/I/3, 1979.05.16, e no DAR I série N.º 60/I/3, 1979.05.17.

> O [modelo] da medicina convencionada não se ajustaria aos interesses do povo português, porque não permitiria pôr médico em Bragança, em Vila Real, enfim na minha própria aldeia, e que tudo continuaria na mesma, com a única diferença que os médicos continuariam a ganhar mais (Discussão na Generalidade, DAR, 1978.12.20: 672).

Em segundo lugar, esteve a divergência do CDS relativamente à possibilidade de acumulação entre sector público e sector privado por parte dos médicos. Neste caso existiu uma alteração ao longo do processo legislativo, com um recuo do PS, que defendia a exclusividade e abre a porta à acumulação, situação a definir no estatuto das carreiras médicas (ver a comparação entre a proposta do PS e a lei aprovada, no quadro 5.8). Dizia António Arnaut no início do debate, em 1978:

> [esse] médico de clínica geral não pode exercer, no nosso projeto de lei, medicina privada, porque uma das causas da degradação aviltante dos serviços médico-sociais (...) é a circunstância de o médico que é mal pago e que é, também, no fundo, vítima do próprio sistema, ter um curto horário para ver um número bastante significativo de doentes e por isso ele é levado muitas vezes, por força das circunstâncias, a degradar os serviços, e essa degradação funciona, em muitos casos, como aliciamento da sua própria clientela privada (Debate na Generalidade, DAR, 1978.12.20).

Mais tarde no debate, questionado pelo deputado Sérvulo Correia do PSD sobre os riscos da exclusividade, o deputado do PS respondia: "no projeto só se proíbe a medicina privada aos médicos do ambulatório, isto é, da clínica geral. Isso não é um ponto essencial do projeto, é uma coisa que pode ser discutida" (Debate na Generalidade, DAR, 1978.12.20: pp. 684-5).

Posteriormente, durante o debate em sede de especialidade é acrescentado ao n.º 3 do Artigo 46.º: "O respetivo estatuto regulará as condições de exercício da atividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva" (DAR, 1979.06.29).

Em terceiro lugar, estão as questões da organização do SNS. O CDS defende maior autonomia para as estruturas regionais e critica o centralismo da proposta do PS, bem como a carga burocrática que, de acordo com o CDS, resultava da solução de base estatal selecionada pelos partidos da esquerda parlamentar.

Finalmente, é central para o CDS a questão do copagamento, que recorre a um argumentário sobre a falta de justiça social de um modelo em que não há lugar a pagamento direto por parte dos utentes, independentemente do seu rendimento. Este argumentário marcará o debate em torno dos modelos de copagamento até ao dia de hoje:

> igualmente não aceitaremos a gratuitidade imediata para todos os doentes, sobretudo para os mais ricos poderosos advogados ou médicos. A passagem do regime de pagamento de consulta e outros atos médicos, apenas acessível aos privilegiados, para a gratuitidade generalizada levanta problemas insolúveis em qualquer parte do mundo livre (intervenção do deputado do CDS Carlos Robalo, no debate no plenário de 17 de maio de 1979, DAR, 1986.05.14)

Quadro 5.8 Diferenças entre projetos de lei apresentados pelo PS entre 1978 e 1979

Anteprojeto de lei do PS (março 1978)	**Projeto de lei apresentado pelo PS (novembro de 1978)**	**Lei publicada (setembro de 1979)**
2. Em qualquer dos casos previstos no número anterior, o regime de serviço pode ser em dedicação exclusiva com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas	n.º 3 do artigo 46 - Em qualquer das modalidades previstas no número anterior o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas, sem prejuízo do que possa ser estabelecido em estatuto especial.	n.º 3 do artigo 46 - Em qualquer das modalidades previstas no número anterior o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas. O respetivo estatuto regulará as condições de exercício da atividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva
Base XXXIV - 1. As carreiras profissionais específicas do SNS organizam-se por graus e classificam-se, de acordo com as habilitações mínimas exigíveis, nos seguintes níveis: a) superior, correspondendo a uma licenciatura universitária; b) intermédio, correspondendo a um curso técnico precedido obrigatoriamente do curso geral dos liceus; c) secundário, correspondendo a um curso específico precedido da escolaridade obrigatória. 2. Os cursos previstos nas alíneas b e c do n.º anterior são os que a lei reconhece como habilitação própria para a profissão a que respeitem Base XL - As carreiras profissionais do nível superior e do intermédio, graus correspondentes à maior ou menos diferenciação das funções e graus que correspondem à responsabilidade das funções de organização e chefia	Pontos eliminados	Pontos eliminados
n.º 2, artigo 53, 1. Podem ser estabelecidos convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou entidades privadas, designadamente no campo da hospitalização e dos meios de diagnóstico, nos casos em que a rede de serviços oficial não assegure os cuidados de saúde, mediante normas a estabelecer pela Administração Central de Saúde. 2. Em casos de manifesta necessidade, pode o Governo, pelo Ministro dos Assuntos Sociais, proceder à afetação ao SNS do uso de instalações hospitalares ou para-hospitalares devolutas ou subaproveitadas e respetivos equipamentos, em termos a regulamentar.	1. (...) 2. Em casos de manifesta necessidade, pode o Governo, pelo Ministro dos Assuntos Sociais, proceder à afetação ao SNS do uso de instalações hospitalares ou para-hospitalares devolutas ou subaproveitadas e respetivos equipamentos, em termos a regulamentar, ou proceder à expropriação dessas instalações e equipamentos, mediante indemnização.	

Fonte: elaboração própria.

É igualmente no plano ideológico e das opções fundadoras do modelo a seguir que o debate decorre, até porque desde o início que se adivinhava uma aprovação do projeto com os votos favoráveis da esquerda e os votos contra dos partidos à direita. Ao longo do debate, aliás, os deputados do PSD e do CDS referem-se frequentemente ao projeto apresentado pelo PS como o projeto "Arnaut-PCP".

Em sede de votação na especialidade, o PSD absteve-se na maioria dos artigos, votando a favor apenas o Artigo 1.º (que dizia respeito à criação do SNS), e votando contra os artigos relacionados com definição da rede do SNS, o artigo que estipulava que o acesso aos cuidados de saúde definidos no diploma é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede pública e que apenas excecionalmente, e enquanto a rede pública não fosse suficiente, se previa que os cuidados pudessem ser assegurados por entidades não públicas, o que definia a autonomia administrativa e financeira do SNS, o que estipulava a organização e o funcionamento descentralizados, os que se referiam à organização e orgânica, estatuto dos médicos (funcionários públicos) e articulação com o sector privado.

Relativamente ao CDS, votou a favor da criação e dos princípios gerais que se relacionam com o direito à saúde, votou contra o artigo que estipulava que o acesso aos cuidados de saúde definidos no diploma é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede pública e que apenas excecionalmente e enquanto a rede pública não fosse suficiente se previa que os cuidados pudessem ser assegurados por entidades não públicas, a generalidade dos artigos relativos à orgânica e administração do SNS e um artigo que previa a possibilidade de integração na rede pública de instalações hospitalares devolutas ou desaproveitadas por via da expropriação, e absteve-se nos restantes artigos.

Assim, em sede de votação final global e falhadas as tentativas de obtenção de um acordo mais alargado, a criação do SNS é aprovada, a 28 de junho de 1979, com os votos a favor do PS, PCP, UDP e de um deputado independente (Brás Pinto), votos contra do PSD, CDS e deputados independentes sociais-democratas.

Era assim aprovada a criação do SNS que foi e é apontado como um dos elementos mais emblemáticos da concretização da Constituição de 1976 no que concerne aos direitos sociais:

> Ao encontro do disposto na Constituição, o Serviço Nacional de Saúde, criado pela lei 56/79 (…), afirma-se como fornecedor de cuidados de saúde universal, gratuito e financiado pelo orçamento do Estado.

Aqui reside uma das maiores ruturas com o passado autoritário. Na saúde – como aliás na educação – foi seguida uma lógica política social-democrata (ou beveridgiana) assente em serviços públicos universais, embora de aplicação incompleta e sujeita a prazo a uma dinâmica liberalizadora que gerou sucessivas redefinições das combinações entre público e privado no *mix* de provisão e financiamento (Branco; 2017:546).

A Lei n.º 56/79 é publicada a 15 de setembro de 1979 e previa que num espaço de seis meses o governo publicasse a respetiva regulamentação. Neste sentido, foram publicados:

- o Decreto-Lei n.º 519-N1/79, de 29 de dezembro (carreira médica dos serviços públicos de saúde);
- o Decreto-Lei n.º 519-O2779, de 29 de dezembro (administrações distritais de saúde);
- o Decreto-Lei n.º 530/79, de 31 de dezembro (cria o Departamento de Cuidados Primários da Administração Central de Saúde)
- Decreto Regulamentar n.º 85/79, de 31 de dezembro (cria os centros comunitários de saúde e regulamenta os órgãos locais do SNS).

Todas estas peças legislativas acabaram por ser publicadas já depois de umas eleições legislativas que deram origem a uma mudança na orientação política dos partidos no poder e a uma rutura que marcará as décadas seguintes em matéria de saúde e de concretização do direito à saúde tal como definido da Constituição.

A 2 de dezembro de 1979, menos de 3 meses depois da aprovação da Lei do SNS, o PSD vence as eleições legislativas e o primeiro-ministro passa a ser Francisco Sá Carneiro. A regulamentação das restantes dimensões da Lei do SNS será feita por um governo de um partido que havia votado contra o estatuto do SNS na Assembleia da República e que se opunha ao modelo escolhido de criação de um serviço universal de saúde.

5.3.2 Contrarreforma e ponto de veto

- A não implementação e as tentativas de reagendamento

O Programa do VI Governo Constitucional, liderado pelo PSD e por Sá Carneiro, definia assim a vontade explícita de rever a lei do SNS, nos seguintes termos:

> Rever a Lei do Serviço Nacional de Saúde: – Organizar progressivamente o Serviço Nacional de Saúde de acordo com essa revisão; – Reestruturar e desenvolver a rede oficial de equipamentos de saúde; (...) – Reformular o sistema de financiamento dos serviços de saúde (Programa do VI Governo Constitucional, 1980: 30)

É neste contexto que nos anos seguintes o Governo apoiado pelo PSD e pelo CDS procura transformar o quadro normativo aprovado. São três os momentos fundamentais para a análise das mudanças no sistema de saúde introduzidas pelos governos Sá Carneiro/Balsemão e que põem em causa o estabelecido no estatuto do SNS:

- o Decreto-Lei n.º 81/80, de 19 de abril, revoga os decretos-lei n.ºs 519-N1/79 e 519-O2/79, ambos de 29 de dezembro, o Decreto-Lei n.º 530/79, de 31 de dezembro, e o Decreto

Regulamentar n.º 85/79, de 31 de dezembro. Prorroga até 15 de setembro de 1980 o prazo referido no artigo 65.º, n.º 1, da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro (Serviço Nacional de Saúde);

- a Proposta de Lei 48 II, de 28 de maio de 1981 – Lei 17-A/1981, de 8 de agosto – contém o pedido de autorização legislativa para revogação da Lei de Bases do SNS;
- o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, cria as administrações regionais de cuidados de saúde e revoga parte significativa da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

Em primeiro lugar, o Decreto-Lei n.º 80/80, em que no preâmbulo se diz, a propósito da regulamentação do SNS: "Esta vasta laboração legislativa tem subjacente uma determinada interpretação da Lei do SNS que enfermava, ela própria, de certa orientação que o Governo, nos termos da Constituição pretende melhorar". Neste mesmo preâmbulo se refere que a estrutura pensada para o SNS se considera inexequível e que o Governo prepara uma revisão da Lei do SNS. É neste sentido que se revogam os decretos-lei n.º 519-N1/79 e n.º 519-O2/79, ambos de 29 de dezembro; o Decreto-Lei n.º 530/79, de 31 de dezembro, e o Decreto Regulamentar n.º 85/79, de 31 de dezembro. Neste decreto-lei prorroga-se ainda até 15 de setembro de 1980 o prazo referido no artigo 65.º, n.º 1, da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

Em maio de 1981, o Governo propõe à AR que lhe seja concedida uma autorização legislativa para revogar a Lei do SNS. O texto da proposta de lei que concede ao Governo essa autorização é lapidar: "A inflexão do 'caminho doentio para a saúde' passa, necessariamente, pela revisão da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e por medidas de carácter institucional e reorganizativo". Num artigo único, solicitava-se autorização para a revogação da Lei do SNS, que seria substituída por um sistema de arquitetura bem distinta, nos termos do Programa de Governo. Apesar a aprovação desta autorização legislativa – através da Lei 17-A/1981, de 8 de agosto –, o governo acaba por não a utilizar, adiando para o ano seguinte a tentativa de cumprimento dos seus objetivos programáticos.

Finalmente, em 1982, já depois da morte de Sá Carneiro e com o Governo liderado por Francisco Pinto Balsemão, o Governo aprova o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, que, além de criar as administrações regionais dos cuidados de saúde, opta para revogar, no seu Artigo 17.º, a maioria dos artigos da Lei de Bases do SNS de 1979. Ao contrário do que acontecera em 1980 e 1981, o preâmbulo era omisso quanto à revogação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, e centrava-se unicamente na criação das administrações regionais de saúde (ARS), remetendo para uma norma revogatória a revogação da maioria dos artigos da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro.

- O veto do Tribunal Constitucional

A revogação de 46 dos 48 artigos da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, será considerada inconstitucional pelo Tribunal Constitucional através do Acórdão n.º 39/84, de 11 de abril, aceitando-se apenas a revogação dos artigos que previam o alargamento do SNS às regiões autónomas e a Macau. O Acórdão n.º 39/84, cujo relator foi o constitucionalista Vital Moreira, permanece uma peça essencial da definição da fronteira entre Estado e mercado na área da saúde e na análise dos limites constitucionais à transformação do modelo de proteção na saúde, em Portugal.

A apreciação de constitucionalidade foi requerida ao Conselho da Revolução em 25 de outubro de 1982 pelo Presidente da República, pedido que foi remetido para a Comissão Constitucional. No entanto, a revisão da CRP de 1982 extinguiu o Conselho da Revolução e este processo ficou pendente até à entrada em funções do Tribunal Constitucional. Assim, a 6 de maio de 1983 este pedido transita para apreciação deste tribunal.

O pedido de apreciação referia-se ao facto de o Governo revogar quase totalmente e através de um decreto-lei uma lei da Assembleia da República. Porém, o acórdão debruça-se não só sobre a matéria formal (inconstitucionalidade orgânica), como sobre o conteúdo essencial dessa revogação (inconstitucionalidade material). Na realidade, o acórdão considera que, embora o Governo pudesse alterar a lei através de decreto-lei – uma vez que as bases da saúde não constituíam, à data, uma reserva de competência da Assembleia da República –, ao tomar a decisão de revogar um instrumento previsto na Constituição, o Governo adotou uma medida que o Tribunal Constitucional (TC) considerou inconstitucional.

A importância deste acórdão na definição da competência do governo em matéria de mudanças no sistema de saúde previsto na Constituição, além do que significou naquele momento histórico, justifica que se lhe dedique alguma atenção.

No entendimento do TC, o Governo não goza do direito de revogar o SNS criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, uma vez que a Constituição não protege apenas o direito de proteção da saúde, mas também o instrumento através do qual esse direito se concretiza:

> Quando a tarefa constitucional consiste na criação de um determinado serviço público (como acontece com o Serviço Nacional de Saúde) e ele seja efetivamente criado, então a sua existência passa a gozar de proteção constitucional, já que a sua abolição implicaria um atentado a uma garantia institucional de um direito fundamental e, logo, um atentado ao próprio direito fundamental. A abolição do Serviço Nacional de Saúde não significa apenas repor uma situação de incumprimento, por parte do Estado, de uma concreta tarefa constitucional; uma vez que isso se traduz na revogação da execução dada a um direito fundamental, esse ato do Estado implica uma ofensa ao próprio direito fundamental (Acórdão n.º 39/84, de 5 de maio).

Ou seja, o TC considera que os direitos sociais não se restringem à existência de um direito abstrato, mas à garantia de prestação de um serviço por parte do Estado. À luz deste acórdão, o Estado não só garante o acesso universal, geral e gratuito, como assume obrigatoriamente a função de prestador (mesmo que não em monopólio) de cuidados de saúde:

> Em grande medida, os direitos sociais traduzem-se para o Estado em obrigação de fazer, sobretudo de criar, certas instituições públicas, sistemas escolares, sistema de segurança social, etc. Enquanto elas não forem criadas, a Constituição só pode fundamentar exigências para que se criem; mas, após terem sido criadas, a Constituição passa a proteger a sua existência, como se já existissem à data da Constituição. As tarefas constitucionais impostas ao Estado em sede de direitos fundamentais no sentido de criar certas instituições ou serviços não o obrigam apenas a criá-los, obrigam-no também a não aboli-los uma vez criados (Acórdão n.º 39/84, de 5 de maio).

O Acórdão 39/84, ao considerar o inconstitucional o Artigo 17.º do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, na parte em que este havia revogado os artigos 18.º a 61.º, 64.º e 65.º da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, institui novamente o SNS tal como ele foi desenhado em 1979, com exceção da regulamentação aprovada no Decreto-Lei n.º 80/80 e nos restantes artigos do Decreto-Lei n.º 254/82.

Mas, acima de tudo, este acórdão acaba por limitar a ação futura dos governos, impedindo as mudanças que os partidos da direita parlamentar vinham prometendo, no sentido da alteração de fundo do sistema de saúde, nomeadamente aproximando-o dos modelos continentais, tal como, aliás, o PSD havia defendido desde 1976. Para Reis-Novais (2024) estamos perante um veto em que se assume o princípio da proibição de retrocesso social, já que se entende, sempre que a lei ordinária já concretizou, total ou parcialmente, aquelas imposições constitucionais, "que o legislador perde a margem para um eventual retrocesso, pelo menos quando tal retrocesso configure a criação ou a reposição de um incumprimento omissivo da Constituição" (Reis-Novais; 2024:19-20).

Este veto vem, assim, mudar o enfoque das promessas eleitorais e do agendamento que vinha sendo feito em matéria de saúde pelos partidos da direita parlamentar, colocando no centro da discussão a necessidade de alteração da Constituição da República Portuguesa, por um lado, e o desenvolvimento do sector privado e convencionado a par – e não como alternativa – da institucionalização e efetivação do SNS.

5.3.3 Superar as bases do SNS: a aprovação de uma lei de bases da saúde

- Problema e agendamento: concretizar a revisão constitucional de 1989 e expandir a iniciativa privada

É com as eleições de 1985, no primeiro governo minoritário liderado por Cavaco Silva, que o tema da estruturação do SNS ressurge na agenda. No centro do programa, já não está a intenção de revogar a

Lei de Bases do SNS, mas o objetivo de desenvolver políticas públicas no sentido de enquadrar e desenvolver a iniciativa privada de saúde. Frustradas as tentativas de revogar o estatuto do SNS, trata-se agora, por parte dos partidos da direita, de agendar e concretizar a superação da Lei do SNS, implementando o conceito de sistema de saúde, no qual o SNS se insere, alargando o âmbito das leis existentes e promovendo os acordos entre o Estado e o sector privado de saúde. Dizia-se no Programa do X Governo Constitucional:

> Quanto à segunda questão, caminhar-se-á no sentido da ideia de que, se o Estado é o garante de que os cidadãos têm acesso à saúde, nem por isso lhe cabe assegurar diretamente todos os cuidados respetivos. Um papel importante deve pertencer à iniciativa privada, incluindo as instituições particulares de solidariedade social que atuam neste domínio. (...) Serão tomadas medidas que garantam que o exercício livre ou em regime de convenção das profissões ligadas à saúde não se traduza em violação dos deveres que os funcionários do Estado, que exerçam em acumulação, têm perante este e os cidadãos que servem (Programa do X Governo Constitucional, 1985: 52).

O X Governo é de curta duração e, ao contrário do que ocorre na educação, não são apresentadas alterações à lei de bases, mas nas eleições de 1987 o tema volta à agenda em termos semelhantes ao que havia sido definido no programa de 1985, dizendo-se no Programa do XI Governo Constitucional:

> É uma questão-chave no domínio da conceção e eficácia de um sistema de saúde determinar o nível de intervenção e a articulação dos sectores público e privado na respetiva estrutura. Entre nós, tem-se confundido a necessária função de garante do Estado com a de quase único prestador de cuidados; esta conceção tem conduzido à existência de um sector público superburocratizado e de custos progressivamente incomportáveis face a um sector privado sem regras e vivendo sobretudo das insuficiências do primeiro. O Governo empenhar-se-á na definição de novas regras sobre a intervenção dos dois sectores e a respetiva coexistência, tendo em vista o estabelecimento de um sistema de saúde (...) O Governo tomará em consequência as iniciativas necessárias à alteração da Lei do Serviço Nacional de Saúde, reconhecendo em particular a viabilização de alternativas no próprio SNS, no quadro das quais se incentivarão os seguros de saúde (Programa do XI Governo Constitucional, 1987:53).

O agendamento decisivo, no entanto, só é possível depois da revisão constitucional de 1989. Como o preâmbulo da própria proposta de lei afirma:

> Esta proposta de lei foi, em grande parte, viabilizada pela revisão da Constituição operada pela Lei Constitucional n.º 1/89, de 8 de Julho, ao modificar substancialmente a alínea c) do n.º 3 do artigo 64. ° do texto fundamental.
>
> Com efeito, o anterior texto daquela disposição constitucional e a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, em coerência com aquele, consagravam a existência de um Serviço Nacional de Saúde estatizante,

> depositando potencialmente nas mãos do Estado a responsabilidade pela prestação direta de todos os cuidados de saúde a todos os cidadãos (Proposta de Lei n.º 127/V).

Estava, portanto, em causa a alteração à alínea c) do n.º 3 do Artigo 64.º, onde, em 1976, se dizia que incumbia ao Estado "Orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos" (Artigo 64.º, n.º 3, alínea c), da CRP (1976), passaria a estabelecer-se a incumbência de "Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos" (Artigo 64.º, n.º 3, alínea c), da CRP (1989).

O Governo de maioria absoluta suportado pelo PSD assumia assim uma nova visão sobre o "posicionamento do sector privado de prestação de cuidados de saúde e a sua relação com o sector público":

> Esta filosofia é invertida pelo presente texto. Continuando a consagrar que o Estado garante a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, deixa de se entender que tal garantia se efetive necessariamente – mesmo que só o prazo – pela assunção direta e total pelo sector público dessa prestação (Proposta de Lei n.º 127/V).

De acordo com o Governo, aquela alteração à Lei de Bases da Saúde constituiria uma profunda alteração na organização do sistema de saúde que, de acordo com os seus proponentes, garantiria "novas e promissoras oportunidades de acesso aos cuidados de saúde" (*idem*).

- Formulação

O processo de aprovação da Proposta de Lei de Bases da Saúde é ele próprio bastante atribulado. A lei foi elaborada e estava a ser discutida sob a responsabilidade da ministra da saúde, Leonor Beleza, foi aprovada na Reunião do Conselho de Ministros de 4 de janeiro ainda com a ministra que a havia elaborado, mas esta vem a sair do Governo dois dias depois, a 6 de janeiro, numa grande remodelação levada a cabo por Cavaco Silva. Quando é discutida no plenário da Assembleia da República, no mês seguinte, a discussão já é feita pelo novo Ministro, Arlindo Carvalho.

Na sequência da apresentação da Proposta de Lei n.º 127/V pelo Governo na Assembleia da República, são apresentados 4 projetos de lei:

- o Projeto de Lei 481/V, apresentado pelo PS;
- o Projeto de Lei 484/V, apresentado pelo PRD;
- o Projeto de Lei 485/V, apresentado pelo PCP;
- o Projeto de Lei 486/V, apresentado pelo CDS.

A proposta de lei do governo e os projetos de lei dos vários partidos serão discutidos em conjunto, no dia 22 de fevereiro de 1990 (debate disponível no DAR,1990.02.23).

Na proposta de lei apresentada pelo governo assumia-se a vontade de, assegurando que o Estado permanece o garante do direito aos cuidados de saúde, aumentar a participação do sector privado e reduzir o papel do Estado na prestação dos próprios cuidados:

> Continuando a consagrar que o Estado garante a prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos, deixa de se entender que tal garantia se efetive necessariamente – mesmo que só a prazo – pela assunção direta e total pelo sector público dessa prestação. Uma nova forma de equacionar o posicionamento do sector privado de prestação de cuidados de saúde e a sua relação com o sector público constitui assim uma profunda alteração que a atual proposta visa produzir na legislação (Preâmbulo da Proposta de Lei n.º 127/V, 1990: 656).

Todos os projetos apresentados incluíam a adaptação da Lei do SNS às alterações constitucionais decorrentes da revisão constitucional de 1989, mas são diversas as questões que distinguem de forma decisiva as várias propostas, sendo as principais soluções em confronto e propostas alternativas apresentadas no quadro 5.9.

Quadro 5.9 Quadro comparativo das propostas dos diferentes partidos

	Governo	PS	PRD	PCP	CDS
Críticas ao projeto do governo	n.a	Questiona a constitucionalidade. Alerta para o aumento dos custos das famílias. Separação dos regimes público e privado.	Ambiguidade no equilíbrio entre público e privado.	Constitucionalidade da lei. Crítica à falta de discussão pública do projeto. Crítica à promoção dos seguros de saúde. Crítica aos sistemas mistos.	Critica proposta do Governo por se alinhar em demasia com a do PS.
Linhas gerais do projeto apresentado		Relançamento do SNS cuja implementação foi desvirtuada. Centra a concretização do direito à saúde no SNS e no papel do Estado. Separação entre público e privado.	Comparticipação de medicamentos. Defesa da descentralização e municipalização. Aumento da participação dos utentes.	Aumento do investimento e da despesa em saúde. Regionalização/descentralização Desgovernamentalização Autonomia de gestão a serviços de forma contratualizada. Controlo de qualidade. Separação entre público e privado.	O Estado deveria promover as iniciativas do sector social e privado (de acordo com alteração à CRP)

Fonte: elaboração própria.

Comparando de forma mais fina a proposta de lei apresentada pelo Governo e o projeto de lei apresentado pelo PS, verifica-se que estava em causa, em primeiro lugar, uma dicotomia relativa à participação do Estado na prestação de cuidados de saúde.

Do lado da proposta do Governo apoiado pelo PSD, pretendia-se a instituição de um sistema de saúde responsável – na vertente pública e privada – pela prestação do serviço de saúde, que deveria não só incluir o SNS, mas também o sector privado entre os seus prestadores. Ou seja, o Estado deixaria de ter a hegemonia na prestação de cuidados de saúde. A perspetiva alternativa, apresentada pelo PS, era a da manutenção do SNS como prestador principal de cuidados de saúde e garante fundamental do direito à saúde, isto é, a manutenção do Estado como prestador fundamental dos cuidados de saúde (Base I, n.º 2).

Quadro 5.10 Prestação de cuidados

Proposta do Governo PSD	**Proposta do PS**
Base I, n.º 2 "O estado garante o acesso equitativo de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Base I, n.º 2 – "os cuidados são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos."	Base I, n.º 2 "O estado promove e garante, através do Serviço Nacional de Saúde, o acesso equitativo de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, de forma a vencer as barreiras económicas, sociais, e culturais que o condicionam"

Em segundo lugar, estava em causa a dicotomia entre um sistema de saúde organizado em concorrência entre sector público e privado e uma organização em função da complementaridade. Assim, o Governo defendia que a contratação de entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde deveria ocorrer "sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade/custo, e desde que esteja garantido o direito de acesso" (Base XII, n.º 3). Por seu lado, a proposta do PS mantinha o princípio de contratação do privado quando a rede pública não tivesse capacidade de garantir, ou seja, "sempre que tal se afigure necessário para garantir a cobertura universal dos cuidados de saúde" (Base XX, n.º 2).

Quadro 5.11 Concorrência ou complementaridade

Proposta do Governo	Proposta do PS
Base XII, n.º 1 – "O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, por todas as entidades públicas e privadas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e ainda por todos os profissionais que nelas trabalham." Base XII, n.º 3 – Pode ser contratada com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade/custo, e desde que esteja garantido o direito de acesso.	Base XX, n.º 2 – O Serviço Nacional de Saúde pode contratar a prestação de serviços aos seus beneficiários por parte de entidades privadas sempre que tal se afigure necessário para garantir a cobertura universal dos cuidados de saúde. Base XX, n.º 3 - A rede nacional de serviços prestadores de cuidados abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, as instituições e os estabelecimentos privados e os profissionais liberais que com ele celebrem contratos.

A terceira divergência prendia-se com a capacidade de acumulação, por parte dos médicos, do trabalho no sector público e no sector privado. Nesta matéria, a proposta do Governo defendia que a política de recursos humanos deveria "combater o pluriemprego e as situações de conflito de interesses entre a atividade pública e a atividade privada, facilitar a mobilidade entre sector público e sector privado e conseguir uma equilibrada distribuição no território nacional" (Base XV, n.º 2), enquanto a proposta do PS explicitava a necessidade de que a política de recursos humanos procurasse "prevenir as situações de conflito de interesses entre a atividade pública e a atividade privada" (Base XIV, n.º 2).

Quadro 5.12 Acumulação público-privado

Proposta do Governo	Proposta do PS
Base XV, n.º 2 - A política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, combater o pluriemprego e as situações de conflito de interesses entre a atividade pública e a atividade privada, facilitar a mobilidade entre sector público e sector privado e conseguir uma equilibrada distribuição no território nacional.	Base XIV, n.º 2 - A política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, prevenir as situações de conflito de interesses entre a atividade pública e a atividade privada e conseguir uma equilibrada distribuição no território nacional.

A quarta tensão era relativa à entrega dos hospitais à gestão por parte dos privados, tema relativamente ao qual apenas a proposta do Governo se referia, abrindo a possibilidade de entregar a gestão de hospitais e de centros de saúde do SNS a entidades privadas ou a grupos de médicos, através da celebração de contratos de gestão ou concessão, respetivamente.

Quadro 5.13 Gestão hospitalar

Proposta do Governo	Proposta do PS
Base XXXVI - A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial; a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas. Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.	(sem proposta)

Nesta matéria o PS mostrava discordância durante o debate, apresentando um conjunto de questões:

> Quem reembolsa ou indemniza o Estado do investimento prévio? Qual a forma de seleção do concessionário? Que garantias há de universalidade? Quem financia os utentes do SNS que recorram a estas unidades? Se for o SNS, de onde virão tais recursos, sabendo que os custos de internamento numa unidade de gestão com fins lucrativos são, normalmente, superiores ao dos hospitais do Estado, conhecendo-se a penúria em que se vive devido à suborçamentação da saúde? Esta forma de gestão, Sr. Ministro, deverá ser considerada sector público ou privado? (Debate na generalidade, DAR, 1990.02.23: 1646).

Finalmente, refira-se a importante divergência relativamente ao papel reservado aos seguros de saúde. Nesta matéria, enquanto a proposta do Governo apoiado pelo PSD refere que a lei fixará incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde, a proposta do PS apenas refere a possibilidade da sua criação.

Quadro 5.14 Papel dos seguros de saúde

Proposta do Governo	Proposta do PS
Base XLII - A lei fixa incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.	Base XL - Poderão ser criados sistemas de seguro privado de saúde, individuais ou coletivos.

Em sede de votação na generalidade, rejeitada a tentativa por parte do PCP de fazer baixar todos os projetos à comissão, estes foram votados a 6 de março. Nesta votação.

- é rejeitado o projeto de lei do PS (com os votos contra do PSD, votos a favor do PS e do PCP e abstenção do CDS e do PRD);
- é rejeitado o projeto do PCP (com os votos contra do PSD e do CDS, votos a favor do PCP e abstenção do PS e do PRD);

- é rejeitado o projeto de lei do PRD (com os votos contra do PSD, votos a favor do PRD e do PCP e a abstenção do CDS e do PS);
- é aprovada para discussão na especialidade a proposta de lei do Governo (com os votos a favor do PSD, votos contra do PS, do PCP e do PRD e abstenção do CDS);
- é aprovado o Projeto de Lei do CDS (com os votos a favor do PCP e do CDS, e a abstenção do PSD, do PS e do PRD).[65]

Qualquer hipótese de construção de uma Lei de Bases da Saúde com maior grau de consenso, desde logo alargado à esquerda e à direita do espectro parlamentar – como o que havia existido na Lei de Bases da Educação – ficou a partir deste momento afastada.

No âmbito de votação final, a 13 de julho de 1990, o PS e o PCP tentam avocar a votação algumas das bases ao plenário, para discussão e votação de forma isolada. Todas essas tentativas de avocação são rejeitadas, com os votos contra do PSD e do deputado independente Carlos Macedo e os votos a favor de todos os outros partidos/deputados.

É importante destacar as bases que PS e PCP tentaram avocar, por permitirem identificar as questões críticas para cada um destes partidos da oposição.

Assim, o PS tenta avocar as seguintes bases:

- Base IV: Sistema de saúde e outras entidades – contrariando a definição de sistema de saúde e delimitação do papel do SNS na concretização do direito à saúde;
- Base V: Direitos e deveres dos cidadãos – todos os serviços de saúde (públicos ou privados) devem ter em conta os legítimos interesses dos cidadãos;
- Base XIV: Estatuto dos Utentes – rejeição do princípio do pagamento de encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde;
- Base XV: Profissionais de saúde – defesa do princípio de que a mobilidade de trabalhadores só será aceite quando não interfira com o serviço de origem;
- Base XVIII: Organização do território para o sistema de saúde – questiona a criação de sub-regiões;
- Base XXIV: Características do SND – não clarifica a modalidade de financiamento através do Orçamento do Estado;
- Base XXVI: Organização do SNS – critica a inexistência se um órgão central que governe o SNS;
- Base XXVII: Administrações regionais de saúde – propõe modalidade alternativa de nomeação dos conselhos de administração das ARS, por concurso;

[65] Votações disponíveis em DAR (1990.03.07).

— Base XXXIII: Financiamento – rejeição do princípio do pagamento de encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde como forma de financiamento do SNS;

Por seu lado, o PCP tenta avocar as seguintes bases:

— Base I: Princípios Gerais – por considerar que esta base não está de acordo com a CRP ao não considerar que a concretização do direito à saúde se garante através do SNS, sendo antes uma responsabilidade conjunta de cidadãos, sociedade e Estado;
— Base IV: Sistema de saúde e outras entidades – contrariando a definição de sistema de saúde e delimitação do papel do SNS na concretização do direito à saúde;
— Base XXVII: Administrações regionais de saúde – por não consagrar o princípio da descentralização (mas apenas da desconcentração) e da participação previsto na Constituição;
— Base XXXIII: Financiamento – rejeição do princípio do pagamento de encargos que derivem da prestação de cuidados de saúde ou pela utilização de instalações e equipamentos como forma de financiamento do SNS;
— Base XXXV: Benefícios – por colocar em causa o princípio da generalidade ao abrir a possibilidade de especificação do pacote de benefícios incluídos no SNS;
— Base XXXVI: Gestão dos hospitais e dos centros de saúde – por rejeitar o princípio de entregar, através de contratos de gestão ou concessão, hospitais e centros de saúde a entidades privadas ou grupos de médicos.

Este momento de impossibilidade de construção de um compromisso alargado incluindo, pelo menos, os dois principais partidos no quadro parlamentar, traça uma diferença fundamental face ao acontecido em 1985 e 1986 com a LBSE. O quadro de maioria absoluta de um só partido na Assembleia da República dispensou a necessidade de compromisso alargado, sendo transferido o quadro de debate para o plano da tensão com os profissionais de saúde, em particular com a Ordem dos Médicos.

- As negociações com a Ordem dos Médicos

Ao longo do debate é de notar que as cedências por parte do governo e do PSD às propostas vindas dos partidos à esquerda são reduzidas. No entanto, é significativo um esforço de consensualização com o CDS e, acima de tudo, com as propostas feitas pela Ordem dos Médicos e assumidas pelo Governo.

As principais mudanças resultantes desse acordo são:

— na proposta do governo assumia-se, na Base XV, de epígrafe Profissionais de Saúde, o "combate ao pluriemprego", sendo substituída pela formulação "incentivo à dedicação plena";
— aumentam as funções da Ordem dos Médicos, nomeadamente no que diz respeito às funções de registo dos profissionais e de fiscalização e disciplina;

- na Base XXXI (Estatuto dos profissionais de saúde do SNS) onde na proposta se dizia que "os profissionais dos quadros de pessoal do SNS não podem prestar cuidados de saúde em regime de convenção ou de reembolso, com remuneração direta ou indireta, aos beneficiários do SNS" é introduzida uma diferente formulação: "Aos profissionais de saúde dos quadros de pessoal do SNS é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a atividade privada, não podendo dela resultar para o SNS qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários";
- nesta mesma Base XXXI (Estatuto dos profissionais de saúde do SNS) cai a exigência relativa à aplicação aos profissionais de saúde do SNS das regras de incompatibilidades e acumulações com atividades públicas e privadas previstas no regime geral da função pública.

Este conjunto de alterações são uma manifestação clara de um traço característico dos debates nas políticas públicas de saúde em que, como desenvolveremos adiante na secção relativa aos atores políticos, o poder dos profissionais de saúde é significativo e centra-se na defesa da possibilidade de acumulação entre prática profissional no sector público e prática no sector privado ou enquanto profissional liberal.

Rejeitados os pedidos de avocação para votação no plenário, a Lei de Bases da Saúde é aprovada em votação final global a 12 de julho de 1990, com os votos a favor do PSD, do CDS e do deputado independente Carlos Macedo e os votos contra do PS, do PCP, do PRD e do deputado independente Raul Castro. A lei viria a ser promulgada e publicada – Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

5.3.4 O serviço e o sistema de saúde: a mudança apoiada na reforma hospitalar

Entre a aprovação da Lei de Bases da Saúde de 1990 e a sua revisão em 2002 o Ministério da Saúde é conduzido por oito ministros diferentes e quatro governos: o primeiro governo de maioria absoluta do PSD, que tem como ministros Leonor Beleza e Arlindo Cunha; o último governo de maioria absoluta do PSD, que tem como ministros Paulo Mendo e Arlindo de Carvalho; o primeiro governo de maioria relativa do PS, cuja única ministra é Maria de Belém Roseira; o segundo governo de António Guterres, que tem, em dois anos e meio, Manuela Arcanjo e António Correia de Campos como ministros, e, finalmente, o ministro que revê a Lei de Bases, num governo de coligação PSD/CDS, Luís Filipe Pereira.

Além destas mudanças na orientação político-partidária dos governos é possível verificar uma significa diversidade no plano das políticas e uma ainda mais significativa diversidade no plano dos discursos políticos.

Ao longo deste período foram sendo desenvolvidas experiências singulares de concretização das mudanças efetuadas na Lei de Bases da Saúde de 1990, nomeadamente no campo da gestão

concessionada de equipamentos de saúde e na empresarialização da gestão destes equipamentos. Estas experiências foram sendo desenvolvidas, sem lugar à sua generalização (Pita Barros, 2004): a concessão do Hospital de Amadora-Sintra, a associação da Unidade Local de Saúde e do Hospital de Matosinhos, a implementação em hospitais públicos de regras de gestão mais próximas do direito privado/gestão empresarial, de que o Hospital da Feira e o Hospital do Barlavento Algarvio são os principais exemplos e, finalmente, a criação de um Centro de Responsabilidade Integrado nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Este período coincide também com o crescimento de uma rede privada de hospitais, que fez crescer de forma relevante a provisão privada de saúde, cuja existência e crescimento sustentado condicionou também o debate sobre a gestão e a organização dos hospitais públicos.

> Desde o final da década de 1990 e início dos anos 2000, houve uma expansão significativa da oferta de serviços de saúde privados, à medida que os grupos Companhia União Fabril (CUF), Luz e Lusíadas, apoiados por seguradoras, iniciaram um ambicioso plano de construção ou aquisição de hospitais em todo o país. Essa estratégia concentrou nas mãos de poucos as práticas privadas existentes de médicos para cuidados ambulatoriais especializados e hospitais privados e do terceiro sector, localizados principalmente nas grandes cidades, para cuidados programados. A procura por serviços de saúde privados tem sido alimentada por um número crescente de pessoas que recorrem a seguros de saúde privados para evitar os tempos de espera no sector público. Os esquemas de saúde ocupacional, públicos e privados, representam uma parcela significativa dos utilizadores dessas instalações privadas (Mateus, 2023:584).

- Problema e agendamento: a necessidade de reforma hospitalar

Um dos momentos críticos das mudanças nas políticas públicas de saúde prende-se com o processo de empresarialização dos hospitais. O centro da proposta apresentada em 2002 não é a mudança nas bases da saúde – são reduzidas as mudanças na LBS – mas sim a resposta a uma crescente perceção de que era necessária uma reforma hospitalar. É, no entanto, necessário recuar aos antecedentes desta reforma para compreender os espaços de consenso e de polémica na sua aprovação.

Um dos principais antecedentes da revisão da Lei de Bases da Saúde de 2002 é a aprovação de Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, em pleno período de gestão do Governo PS, depois da demissão do primeiro-ministro António Guterres.[66] Nesta resolução é delineada a estratégia de introdução do processo de empresarialização hospitalar e são definidas as regras a que deveria obedecer a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE).

[66] As eleições realizar-se-iam dez dias depois da publicação desta resolução.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, define os procedimentos de identificação de unidades hospitalares a transformar em EPE, de forma participada, envolvendo as entidades públicas prestadoras de cuidados hospitalares e as estruturas centrais e regionais do Ministério da Saúde. O processo iniciar-se-ia pela manifestação de interesse por parte dos hospitais, a que se seguiria uma apresentação de candidatura. Posteriormente, por despacho do ministro da Saúde, seriam identificadas caso a caso as unidades a transformar em EPE. As condições básicas de elegibilidade seriam a dimensão média, uma dívida acumulada nunca superior a 35% da despesa total do ano anterior e capacidade demonstrada de gestão. O projeto de transformação empresarial deveria fundar-se num estudo prévio de viabilidade económico-financeira e incluir propostas concretas de estrutura de gestão e de um contrato-programa plurianual de gestão, bem como um projeto de regulamento interno.

Já antes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, o Governo havia entregue em Bruxelas, em dezembro de 2001, o Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) para o período 2002-2005, onde se apresentavam medidas que previam o desenvolvimento da gestão empresarial, incluindo a concessão da gestão de estabelecimentos de saúde a privados e a grupos de médicos e a construção de hospitais em parceria público-privada (PPP):

O desenvolvimento de modelos de gestão empresarial, tanto nos hospitais como em cuidados de saúde primários concretiza-se nas seguintes modalidades:

- concessão de gestão de hospitais públicos a entidades privadas;
- lançamento de parcerias público-privadas (PPP) e público-públicas;
- celebração de concessão de gestão de centros de saúde com cooperativas de médicos, através de contratos programas;
- este processo aprofundará as experiências realizadas nos últimos anos, designadamente:
    - o hospital enquanto entidade empresarial pública (Hospital de Santa Maria da Feira);
    - o hospital integrado numa unidade local de saúde (Matosinhos);
    - o hospital público com concessão de gestão a entidade privada (Hospital Amadora-Sintra).

As virtualidades financeiras do processo são:

- a alteração profunda do modelo de gestão e dos órgãos responsáveis;
- a contratualização do nível de prestação de cuidados;
- a mutação do tipo de relação do Estado com as entidades prestadoras. O Estado passará de financiador a comprador, implicando mudança ao nível da definição das Administrações Públicas (Governo de Portugal, 2001).

Ainda antes, em 1998, a OCDE incluía no seu *Economic Survey* sobre Portugal um conjunto de recomendações de reforma do SNS para responder à sua avaliação de falta de eficiência do sistema de saúde português. Estre estas recomendações encontrava-se: a transformação da generalidade dos hospitais em empresas públicas, a promoção da competição entre hospitais, a separação entre as funções de prestador e de pagador e a evolução para um sistema de pagamento aos médicos que tenha em conta dimensões de incentivos e produção adicional que vá além das tabelas salariais.

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 continha no seu conteúdo o desenho da medida e descrevia todo o processo de empresarialização dos hospitais públicos. No entanto, passados poucos dias da sua publicação, realizaram-se as já agendadas eleições legislativas e o novo governo passou a estar suportado numa coligação maioritária entre o PSD e o CDS/PP. Os dois maiores partidos, PSD e PS, apresentam nos seus programas o objetivo da empresarialização dos hospitais, sem diferenças explícitas na formulação, não tendo, no entanto, em qualquer um deles, grande destaque.

Apesar desta semelhança no que diz respeito à empresarialização dos hospitais, o Programa do XV Governo Constitucional, liderado por Durão Barroso e com Luís Filipe Pereira como novo ministro da Saúde apresenta como objetivo político a mudança de paradigma organizacional da proteção da saúde, explicitada como uma mudança do modelo SNS para o modelo Sistema Nacional de Saúde, que integraria as unidades de saúde públicas e privadas numa resposta conjunta e coerente:

> A reforma do sector da saúde é, assim, um vetor prioritário para o Governo, tendo em vista a criação de um verdadeiro Sistema Nacional de Saúde justo e solidário.
>
> Neste contexto, o atual Serviço Nacional de Saúde deverá ser profundamente reformado por forma a passar de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes (Programa do XV Governo Constitucional, 2002: 148-151).

Era, portanto, uma resposta que procurava organizar todos os cuidados de saúde disponíveis (públicos, sociais ou privados), cabendo ao cidadão escolher a que serviço de saúde recorrer, homogeneizando, para isso, os custos dos diferentes atos médicos ou paramédicos:

> O sistema misto que preconizamos, assente numa ideia de complementaridade entre o sector público, sector social e sector privado, pressupõe que sejam determinados de forma realista os custos por patologia e por procedimento técnico, desde o diagnóstico às modalidades terapêuticas convencionais, estabelecendo uma "Tabela de Preços para a Saúde" (Programa do XV Governo Constitucional, 2002: 148-151).

Era também referida a vontade de transformar a experiência de gestão das unidades de saúde, aproximando-as dos modelos empresariais e de mercado, bem como o objetivo de contribuir para o

aumento do sector privado na gestão, na construção e na criação de novas unidades de saúde, numa diversidade de modelos de contratualização e de relação entre o financiamento público e privado:

> o aprofundamento das experiências inovadoras de gestão de natureza empresarial e de mobilização do investimento não público no sistema de saúde, fazendo participar crescentemente o sector privado e social nos diferentes modelos e formas contratuais, o que permitirá uma progressiva racionalização das funções financiamento/contratação e da função prestação e cuidados de saúde (Programa do XV Governo Constitucional, 2002: 148-151).

O governo afirmava assim, no seu programa, a vontade explícita de modificar a arquitetura do sistema de saúde, alterando de forma significativa o papel do Estado na prestação de cuidados (complementar ao sector social e privado), na organização/regulação (diminuindo a presença na gestão das unidades de saúde e na garantia de rede) e no financiamento (estabelecendo uma tabela única de preços).

É neste contexto que se insere a necessidade de revisão da Lei de Bases da Saúde, apesar de as mudanças introduzidas na LBS, aprovada em 1990, e o estatuto do SNS de 1993 terem aberto portas ao desenvolvimento do sector privado. Mesmo não possibilitando por si só este este vasto conjunto de transformações previsto no programa de governo, esta mudança traz e generaliza mudanças estruturais na gestão de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, permitindo uma individualização na relação laboral, através do contrato individual de trabalho, a generalização das práticas de retribuição assentes nos incentivos e a disseminação da prestação de trabalho médico através da contratação de empresas prestadoras de serviços.

- Formulação: um novo regime jurídico dos hospitais

Em junho de 2002, o XV Governo apresenta então uma proposta de lei (Proposta de Lei n.º 15/IX, de 27 de junho) que altera pela primeira vez a Lei de Bases da Saúde e cria um regime jurídico da gestão hospitalar, enunciando na sua exposição de motivos pretender superar a "falta de coragem política para mudar os modelos tradicionais de organização e gestão do SNS". No entanto, onde a resolução do conselho de ministros aprovada pelo anterior Governo referia como objetivos principais a equidade e eficiência, esta proposta centra-se na eficiência e contenção de custos.

De referir que ambos os partidos da coligação que suportava o Governo tinham desenvolvido a sua campanha defendendo um sistema misto de saúde, em que o Estado deveria abdicar gradualmente de ser o principal prestador de cuidados de saúde.

Em conjunto com esta proposta de lei foram discutidos três outros projetos de lei:

— o Projeto de Lei n.º 76/IX, de 18 de junho de 2002, apresentado pelo BE – Princípios da Administração e Regime jurídico dos hospitais e centros de saúde do SNS;

— o Projeto de Lei n.º 82/IX, de 20 de junho de 2002, apresentado pelo PCP – Lei-quadro da administração e gestão democrática dos centros de saúde, hospitais e sistemas locais de saúde do SNS;

— o Projeto de Lei n.º 91/IX, de 28 de junho de 2002, apresentado pelo PS – Lei de enquadramento de gestão hospitalar.

Nenhum dos três projetos de lei apresentados pelos partidos da oposição considera que para a revisão do enquadramento jurídico da gestão hospitalar seja necessário alterar a lei de bases, concentrando-se as três propostas apenas na revisão do regime jurídico hospitalar. A proposta do PS implicava a generalização de experiências de gestão empresarial dos hospitais que vinham sendo experimentadas desde 1993[67]; a do PCP o reforço da gestão participada e a do BE o aprofundamento da separação entre sector público e privado.

[67] A possibilidade de gestão de estabelecimentos de saúde do SNS por entidades privadas estava prevista nos Artigos 28.º e 29.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

Quadro 5.15 Propostas apresentadas em 2002

	Governo	PS	PCP	BE
Resumo	Diploma altera as disposições da Lei de Bases da Saúde, em especial no que respeita ao regime laboral e financeiro, e aprova um novo regime de gestão hospitalar.	Pretende modernizar a gestão hospitalar, aprovando um regime jurídico mais equilibrado e revogando o disposto no DL n.º 19/88, considerado inadequado face à realidade.	Consagra a adoção do que entende como mecanismos de administração e gestão democrática e descentralizada baseados em princípios de equidade entre os centros de saúde, os hospitais e os sistemas locais de saúde	Propõe definir o estatuto jurídico das unidades do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo o princípio da separação entre o sector público e o privado no sistema de saúde.
Justificação	"(...) atual modelo de gestão hospitalar, determinando a sujeição dos estabelecimentos hospitalares às normas convencionais da Administração Pública, tem-se revelado incompatível com o seu verdadeiro objetivo e função principal (...)"	"(...) a melhoria da prestação dos cuidados de saúde através do SNS passa, em larga medida, pela criação de modelos de gestão modernos e inovadores das suas instituições, (...) o que não é concretizável com a simples aplicação do regime jurídico de gestão hospitalar, estabelecido no DL n.º 19/88, de 21 de janeiro."	"A definição da qualidade dos serviços de saúde como um objetivo de desenvolvimento contínuo sujeito a uma avaliação sistemática"	"(...) existe um notável conflito de interesses quando os mesmos profissionais (ou até os mesmos serviços) prestam cuidados no mesmo ramo à mesma população."

Na apresentação destas medidas na Assembleia da República, o ministro Luís Filipe Pereira aponta-as como elementos para "uma verdadeira e saudável competição entre entidades, independentemente da sua natureza pública, privada ou social", cumprindo-se assim "um dos vetores fundamentais da política do Governo, ao integrar e combinar as iniciativas públicas, privadas e sociais".[68] Note-se a evolução do modelo de complementaridade entre sectores público, privado e social previsto no programa de governo (citado acima), para o modelo de competição entre sectores assumido pelo ministro neste debate parlamentar.

Entre as modalidades, duas são particularmente relevantes para esta análise: a definição e generalização das parcerias público privadas e a introdução de contratos de gestão dos hospitais públicos com grupos privados de saúde (à semelhança do que tinha sido experimentado no caso do Hospital Amadora-Sintra). [69]

[68] Intervenção do ministro da Saúde no debate na generalidade do novo Regime Jurídico da Administração Hospitalar, a 5 de julho de 2002. É o próprio ministro que relaciona estes dois atos legislativos (gestão hospitalar e PPP) como parte de um mesmo programa.

[69] Também neste último caso existiu um recuo, tendo o Governo decidido em 2009, findo o contrato de gestão, transformar este hospital também em EPE.

Quadro 5.16 Alterações à lei de bases apresentadas pelo Governo do PSD

	Propostas	**Motivos**
Base XXXI - Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde	1 - Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação coletiva de trabalho. 2 - ... 3 - ... 4 - ...	Alarga-se aos profissionais de saúde o regime laboral da lei do contrato individual de trabalho e da contratação coletiva de trabalho
Base XXXIII - Financiamento	1 - O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado, através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmo atos, técnicas e serviços de saúde. 2 - ... a) ... b) ... c) ... d) ... e) ... f) ... g) ...	Acrescenta ao financiamento através do OE a forma como este se deve concretizar: através do pagamento dos atos e atividades efetivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmo atos, técnicas e serviços de saúde.
Base XXXVI - Gestão dos hospitais e centros de saúde	1 - ... 2 - ... 3 - A lei pode prever a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.	Abre-se a possibilidade de criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos
Base XL - Profissionais de saúde em regime liberal	1 - ... 2 - O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos, à Ordem dos Enfermeiros e à Ordem dos Farmacêuticos. 3 - ... 4 - ...	Acrescenta a ordem dos enfermeiros entretanto criada.

No que diz respeito especificamente à alterações à lei de bases decorrentes da reforma hospitalar, pode dizer-se que estas se centram em especial no regime laboral, abrindo-se a porta ao contrato individual de trabalho e à contratação coletiva de trabalho; ao regime de financiamento, mantendo-se o financiamento através do OE, mas implementando o pagamento segundo uma tabela de preços e aprovando a possibilidade de criar unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos, no quadro do regime de gestão hospitalar.

Ao processo de empresarialização dos hospitais está associada a introdução de elementos que favoreçam a eficiência, a eficácia e autonomia da gestão hospitalar, mas também passos na transformação da natureza dos vínculos laborais e dos métodos de contratação de profissionais.

Rejeitados os pedidos de avocação para votação no plenário, a Lei de Bases da Saúde é aprovada em votação final global a 26 de setembro de 2002, com os votos a favor do PSD, do CDS e os votos contra do PS, do PCP, do BE e do Partido Ecologista Os Verdes. A lei viria a ser promulgada e publicada – Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro – com a alteração em quatro Bases (XXXI, XXXIII, XXXVI e XL) da Lei de 1990 e com Regime Jurídico da Gestão Hospitalar em Anexo.

- Entre a formulação proposta pelo Governo PS e a concretizada pelo Governo PSD/CDS

Têm sido longamente debatidas as diferenças e semelhanças (ver tabela em anexo) entre estes dois modelos (o de hospitais EPE e o de hospitais SA), existindo um relativo consenso quanto às reduzidas diferenças entre estes dois modelos, já que em ambos os casos os hospitais permanecem públicos. No entanto, a RCM n.º 41/2002 explicitava as razões pela opção do modelo EPE: "pela maior proximidade com a natureza dos serviços cuja estrutura se intenta transformar, não prejudica que na devida altura se possa vir a recorrer ao modelo de sociedade comercial de capitais públicos" (RCM n.º 41/2002). No entanto, a opção pela solução hospitais SA tomada pelo XV Governo não se encontra explicitada em qualquer texto legal ou no programa eleitoral ou de governo. Esta decisão parece obedecer a um guião mais vasto que está explicitado no Programa do XV Governo Constitucional, de defesa da existência de um peso crescente do sector privado, do reforço dos mecanismos de mercado e de criação de uma complementaridade entre sistemas públicos e privados.

As principais diferenças estão, então, na forma de constituição, na possibilidade legal de falência – inexistente nas EPE, mas teoricamente possível nos SA – e na eventual alteração da propriedade dos hospitais SA. No entanto, os SA já eram considerados como sociedades de capitais exclusivamente públicos, o que restringiria a transmissão do capital social a entidades públicas (fundos autónomos, autarquias, etc.).

Pese embora a semelhança entre os dois modelos, António Correia de Campos (2003) explicita as razões que considera terem estado na base da opção do Governo PSD:

> foi prioridade assumida pelo governo para que a eles pudesse ser aplicado, ainda em 2002, o dispositivo de dotação de volumoso capital social que, absorvendo o défice acumulado em cada um deles, permitiu deslocar, das despesas de funcionamento para as despesas de capital, quase 900 milhões de euros, ou seja, 0,7% do PIB desse ano, valor assim subtraído ao défice da execução orçamental (Campos, 2003:29).

Relativamente às características institucionais do modelo escolhido pelo Governo PSD e às suas potenciais consequências negativas que levam Correia de Campos a considerar esta opção prematura, prossegue o autor:

> trata-se de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; o que não parece impedir a sua alienação a outros institutos públicos ou a autarquias locais. Mais discutível será saber se basta apenas uma alteração do diploma constitutivo da sociedade para a alienação de capital a privados, iniciando uma privatização casuística do SNS (Campos, 2003:29).

Ora, será esta mesma segurança jurídica (de que o processo de privatização seria eventualmente mais fácil nos hospitais SA do que nos EPE) que servirá como um dos principais fundamentos à campanha eleitoral do Partido Socialista em 2005 e à futura transformação dos hospitais SA em hospitais EPE.

Quadro 5.17 Tipologia jurídica dos hospitais (Lei de Bases de 2002)

Tipo	Natureza
Hospitais SPA	Personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira
Hospitais EPE	Idem, mais natureza empresarial
Hospitais SA	Sociedades anónimas de capitais públicos
Clínicas com ou sem nome de hospital	Estabelecimentos privados
Contratos de gestão	Estabelecimentos públicos, de gestão privada
Hospitais PPP	Estabelecimentos públicos, de gestão privada

Fonte: Correia de Campos (2003).

- Implementação: regulamentação e contratualização

Na sequência da aprovação da alteração à Lei de Bases, estabelecida que está a nova tipologia de organização hospitalar (ver quadro 5.17), o Governo inicia a sua regulamentação, concentrando-se, num primeiro momento, na criação da Unidade de Missão dos Hospitais SA (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 17 de janeiro). O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, que estabelece a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, debruça-se sobre a definição jurídica dos modelos dos hospitais SA, dos contratos de gestão com entidades privadas e dos hospitais em parceria público-privada. Cria ainda, logo em 2002, centralmente e sem participação ativa dos hospitais incluídos, não os 10 hospitais EPE previstos na RCM de 2002, mas 36 hospitais SA.

Foi criada uma comissão para a avaliação para os hospitais SA, que efetuou uma comparação entre os hospitais que passaram a SA e os que, em 2002, permaneceram no sector público administrativo. Esta avaliação centrou-se na evolução destes dois tipos de hospitais entre 2000 e 2004 quanto aos

seguintes fatores: acesso, qualidade, produção, custos e eficiência. O objetivo foi avaliar o modelo SA globalmente (a medida de política tomada) e não cada hospital individualmente.

Segundo este relatório, os hospitais SA conseguiram melhorias de eficiência, com aumentos de produção superiores aos aumentos dos custos, sem prejudicar os níveis de qualidade e o acesso aos cuidados.

O relatório identifica um conjunto de falhas, sendo a principal a existência de "erros graves" nas políticas de recursos humanos, com uma "falsa partida" na atribuição de incentivos, gerando uma frustração evidente nos quadros profissionais dos hospitais. A inexistência de contrato coletivo de trabalho teve igualmente consequências negativas, como a instabilidade e a concorrência insustentável nalguns mercados de trabalho. Foi também avaliada negativamente a inexistência de auditorias ao sistema de informação.

A forma jurídica (nomeadamente em oposição à que havia sido apontada inicialmente) não foi avaliada, pelo que as mudanças posteriormente ocorridas não se basearam nesta avaliação.

- Reformulação: os hospitais EPE

Em junho de 2005, os 31 hospitais SA foram transformados em entidades públicas empresariais (EPE), na sequência da inclusão desta alteração no programa eleitoral do Partido Socialista. Dizia-se no Programa do Governo:

> Na organização hospitalar, torna-se indispensável promover oportunidades para aumento da sua efetividade e eficiência, que os profissionais são capazes de reconhecer e aproveitar. Prevê-se como necessário: (...) • Proceder à avaliação da experiência dos 31 hospitais SA e operar a sua transformação em Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Programa do XVII Governo Constitucional, 2005).

O decreto-lei que opera esta transformação refere a necessidade de reforçar a tutela estratégica dos hospitais por parte dos ministérios das Finanças e da Saúde como um dos propósitos desta alteração:

> De facto, as futuras entidades públicas empresariais encontrar-se-ão sujeitas a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho).

Podemos, com efeito, distinguir entre as condições de agendamento e desenho do processo de empresarialização dos hospitais e as condições da efetiva implementação desta medida.

No que concerne ao agendamento e desenho, temos que em 2002 – entre o final do Governo PS e o início do Governo PSD – assistimos a um relativo consenso entre os dois principais partidos (PS e PSD), consenso esse que parece resultar em larga medida de um contexto de constrangimentos financeiros e do resultado em termos orçamentais desta medida.

Quadro 5.18 Momentos-chave no processo de empresarialização dos hospitais

PS	2001 – RCM n.º 162/2001, de 27 de setembro – Cria a estrutura de missão Parcerias Saúde 2002 (dezembro de 2001) – Inclusão no Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) para o período 2002 a 2005 do compromisso de experimentação de novos modelos de gestão pública, de tipo empresarial, dos hospitais públicos. 2002 – Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 (período de gestão do Governo PS) – estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE)
PSD	2002 – Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro – primeira alteração à Lei de Bases da Saúde e alteração ao Regime Jurídico da Gestão Hospitalar 2003 – Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto – regulamenta o regime jurídico e criação dos hospitais SA.
PS	2005 – Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho – institui a passagem dos hospitais SA a hospitais EPE.

De facto, inicialmente, quando o Governo liderado pelo PSD apresenta a sua proposta de alteração legislativa, o PS aprova-a na generalidade na Assembleia da República, até porque esta parece concretizar as alterações delineadas da resolução de conselho de ministros aprovada alguns meses antes. Só na discussão da lei na especialidade, e ainda mais na sua implementação, ganham destaque e relevo as divergências.

Na implementação das medidas podemos, por isso, identificar uma linha de divergência entre estes dois partidos, que se centra em três tópicos:

- a generalização da medida por parte do Governo PSD/CDS, ao contrário do que a RCM aprovada pelo governo anterior do PS antecipava;
- a opção por parte do XV Governo Constitucional pelo modelo dos hospitais SA que, não sendo o seu motivo explicado, se enquadra num discurso mais abrangente de aproximação às lógicas de mercado;
- o assumir por parte do PS de uma oposição a estas opções, que tem como resultado final o recuo, logo no início do XVI Governo Constitucional ao modelo inicialmente escolhido de hospitais EPE.

O conceito de transferência de políticas centra-se no como e porquê de os governos adotarem cada vez mais as ideias, exemplos ou experiências uns dos outros na formulação de novas políticas domésticas, procurando no tempo e do espaço políticas, medidas, estratégias ou outros elementos que suportem o desenho das suas próprias reformas ou programas. Este conceito cobre, portanto, diferentes dimensões. No caso da saúde, podemos identificar, de forma mais estruturada, a importação de instrumentos de política – como parcerias público-privadas (PPP); ou através de processos de contaminação de quadros cognitivos – de que os mecanismos da "nova gestão pública" hospitalar são bons exemplos.

De notar que falamos quer de transferências formais de poder de decisão (por exemplo, o pacto de estabilidade impõe um conjunto de regras para a política económica de cada país), quer de processos mais informais de difusão e convergência de políticas. Neste sentido, não é um acaso que estas medidas tenham sido agendadas precisamente quando a pressão financeira aumentou. A pressão orçamental no quadro da União Europeia, e em particular da zona Euro, traduziu-se na inclusão no Programa de Estabilidade e Crescimento 2002-05 de um compromisso com experimentação de formas empresariais de gestão hospitalar, superando um longo período de quase 30 anos de resistência às mudanças no quadro hospitalar.

Sendo o ano de 2002 o ano-chave da concretização desta medida e sendo este um ano eleitoral, o facto que nos parece primordial, como elemento endógeno que propicia a mudança, é precisamente esta mudança política. Ainda mais quando, como demonstrado acima, esta medida foi iniciada por um governo (PS) em período de gestão e terminada já por outro governo (PSD), mediando menos de 6 meses entre o ato fundador (RCM) e o final (Lei de Bases da Saúde) da mudança política.

Na implementação da medida da empresarialização hospitalar podemos, por isso, identificar uma linha de continuidade relevante – o tempo que medeia entre a primeira vez que a gestão hospitalar empresarial é concebida (1968) e a sua aplicação experimental (1998) é disso exemplo. Mas podemos também elencar algumas linhas de mudança – que marcam os avanços e os recuos observados entre 1995 e 2005 – que se consubstancia:

- resistência inicial do PS a mecanismos de mercado na saúde;
- PS apropria-se destas medidas e quando, em 2001, muda o ministro da Saúde, lança as linhas gerais da empresarialização dos hospitais no fim do seu governo;
- PSD desenvolve este processo indo mais além e ampliando o carácter de sistema misto de sistema de saúde;
- PS opõe-se a estas opções, que tem como resultado final o recuo, logo no início do XVI Governo Constitucional, apropriando-se das lógicas de funcionamento dos privados, mas mantendo, ainda assim, um maior poder administrativo por parte do Estado e mitigando a generalização dos prestadores privados com contratos de gestão públicos.

No caso em análise, a força desta mudança nasce, também, da aliança conjuntural entre as posições dos dois principais partidos. Quando o novo Governo PSD toma posse e concretiza esta medida, fá-lo num contexto de consenso a que o então partido da oposição está vinculado. A aprovação da medida por parte do PS, na generalidade, e o debate no Parlamento são um bom exemplo. O facto de, aquando da passagem dos hospitais SA a hospitais EPE, o PS não ter alterado a Lei de Bases ou o estatuto jurídico da gestão hospitalar é, igualmente, um indicador deste consenso.

5.4 Instrumentos de ação política: a contratualização com o sector privado em saúde

O direito à saúde, tal como se encontra definido na CRP, é realizado através da existência de um SNS que garante a universalidade, a generalidade e a tendencial gratuitidade dos cuidados de saúde. Mas desde a primeira versão do texto constitucional se previa a existência de um sector privado, que se estipulava ser disciplinado e fiscalizado pelo Estado, que deve igualmente articular este sector com o SNS para assegurar, em ambos os sectores, público e privado, elevados níveis de eficiência e qualidade.

Esse mesmo princípio estava explicitado na lei que cria o SNS, em 1979, em que se estipulava que o SNS se articulava com instituições privadas da saúde, reguladas pelo Estado, no âmbito das suas atribuições (Artigo 52.º). É nesse sentido que, no Estatuto do SNS, publicado em 1993, esse princípio era desenvolvido, explicitando-se que se poderiam "estabelecer convénios com instituições não oficiais ou entidades privadas", em caso de falta de capacidade de resposta do SNS, em particular nas áreas de hospitalização e meios complementares de diagnóstico (Artigo 53.º).

Ao longo da década de 1980 são diversas as tentativas de generalizar as práticas de contratualização com o sector privado do serviço público de saúde. Durante estes anos, e ainda ao abrigo da Lei n.º 56/79, foram sendo assinados contratos de convenção, que dependiam do voluntarismo dos órgãos centrais e regionais, não existindo um quadro legislativo que regulasse ou limitasse estes contratos ou que definisse a sua duração, condições de renovação ou de cancelamento dos mesmos contratos.

Falhada a tentativa de alteração do enquadramento global das relações entre o sector público e o sector privado, o primeiro governo de maioria absoluta de Cavaco Silva propõe-se mudar este equilíbrio entre Estado e mercado, aprovando uma nova Lei de Bases da Saúde, ou seja, deslocando a atenção do Estado da regulação do SNS para a regulação de todo o sistema de saúde, incluindo o SNS e o sector privado, convencionado e social existente.

Com a aprovação da Lei de Bases da Saúde de 1990, passa a estabelecer-se logo na Base I que os cuidados são prestados "por serviços ou estabelecimentos do Estado ou, sob a fiscalização deste, por outros entes públicos ou entidades privadas com ou sem fins lucrativos" (Base I, Lei n.º 47/90, de 24 de agosto). A mesma lei define que "para a efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados" (Base IV, Lei n.º 47/90, de 24 de agosto).

É na Base XII que se introduz o conceito de "sistema de saúde", estipulando-se ainda que o MS e as ARS podem contratualizar "com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos benificiários do SNS sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso" (Base XII, Lei n.º 47/90, de 24 de

agosto). Acrescentava-se que a rede nacional de prestação de cuidados de saúde incluiria os serviços do SNS e as entidades com as quais se firmassem este tipo de contratos.

Finalmente, a Lei de Bases denominava este tipo de contratos como "convenções", na sua Base XLI, explicitando que estas podiam ser assinadas com "médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível dos cuidados primários quer a nível de cuidados diferenciados" (Base XLI, Lei n.º 47/90, de 24 de agosto).

É com a publicação do Estatuto do SNS, em 1993 (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) que se regulamenta a possibilidade de o SNS recorrer a instituições privadas ou grupos de médicos para a prestação de cuidados de saúde:

A flexibilidade na gestão de recursos impõe não apenas a adoção de mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal como o incentivo a métodos e práticas concorrenciais, no respeito pela relevância social do direito à saúde e com estrita observância das obrigações que ao Estado competem nesta matéria (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

O novo Estatuto do SNS dedicava o seu Capítulo V às diferentes possibilidades de contratualização do SNS com o sector privado: contrato de gestão, convenção e contrato-programa.

No seu Artigo 24.º abre a possibilidade de *opting-out*: "Podem ser celebrados contratos de seguro por força dos quais as entidades seguradoras assumam, no todo ou em parte, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do SNS".[70]

No Artigo 28.º previa-se que a gestão de entidades do SNS pudesse ser assegurada por entidades privadas em regime de contrato de gestão e por grupos de médicos, em regime de convenção. Além da gestão de unidades públicas de saúde, o estatuto do SNS previa que "Podem ser estabelecidas convenções com grupos de médicos para assegurarem, no âmbito do SNS, a prestação de cuidados de saúde em determinada área geográfica" (Artigo 33.º).

O mesmo artigo ressalva que "Os médicos do SNS com atividade liberal podem assistir os doentes privados nos estabelecimentos oficiais, em condições a estabelecer em diploma próprio" (Artigo 37.º, Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

[70] A partir de 1998, com o Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro, o Ministério da Saúde passa a poder estabelecer protocolos e, assim, transferir a responsabilidade por cuidados de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira. No preâmbulo desse diploma, dizia-se: "O sistema não ficaria completo se não fosse instituído um mecanismo em que a responsabilidade do SNS é transferida para determinadas entidades, que por sua vez pagam as prestações de saúde de determinados grupos de pessoas aos prestadores de saúde, quer sejam públicos ou privados." Assim, são assinados protocolos com a Portugal Telecom (Aviso n.º 922/98), com os CTT (Aviso n.º 17040/99), e com o SAMS (Aviso n.º 17039/99). Na sequência destes acordos, estes subsistemas de saúde privados passaram a receber financiamento do Estado e a ser responsáveis pela cobertura integral de cuidados de saúde.

5.4.1 O sector convencionado

O enquadramento legislativo em matéria de convenções é, como vimos, marcado pela legislação que enquadra mais genericamente a relação entre o SNS e o sector privado na saúde: logo num primeiro momento, a lei do SNS (1979), mais tarde a Lei de Bases da Saúde (1990) e o Estatuto do SNS (1993).

Desde o início dos anos 1980 que, tendo por base a Lei n.º 56/79 foi sendo contratualizado com o sector privado a prestação de cuidados de saúde. Até 1993 a celebração de convenções não se encontrava limitada na lei. Ora, em particular na durante a década de 1980, o reconhecimento de que o sector público disponha de recursos limitados, em particular nas áreas de maior inovação tecnológica – como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica MCDT – teve como consequência a celebração de convenções nesta área, mas também em algumas consultas de especialidade médico-cirúrgica (Campos e Simões, 2011:174).

Em 1993, é definido um novo quadro legislativo para as relações entre sector público e privado. Dizia-se, no Artigo 37.° do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, quais as formas de articulação do SNS com entidades particulares. Nos termos deste artigo, os contratos e as convenções passariam a ser celebrados pelas ARS com profissionais de saúde que não pertencessem ao SNS ou com pessoas coletivas privadas. Os estabelecimentos privados e os profissionais de saúde em regime liberal que estabelecessem este tipo de contratos passavam a integrar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Acrescentava-se, no entanto, que os contratos ou convenções deveriam ser precedidos da realização de concurso público. Note-se, no entanto, que ao contrário do que aconteceu até 2013 no caso dos contratos de associação com estabelecimentos de ensino privado, não são definidas condições de ausência de resposta na rede pública nas quais o Estado pode recorrer ao sector privado.

No Artigo 7.º definia-se que os contratos e convenções que não estivessem de acordo com o disposto no artigo 37.° se manteriam em vigor até ao final de 1996 nas áreas: dos exames laboratoriais, dos exames de imagem e fisiologia, da hemodiálise, da endoscopia e da medicina física e reabilitação. Previa-se ainda a manutenção das convenções celebradas com as IPSS e associações mutualistas, bem como nas áreas de transplante, imagem e TAC, com a Cruz Vermelha Portuguesa.

A regulamentação das condições específicas a que estariam sujeitas as convenções só é aprovada em 1998, pelo XIII Governo Constitucional (liderado por António Guterres, tendo como ministra da Saúde Maria de Belém Roseira) através do Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril. No preâmbulo assumia-se que a Lei de Bases da Saúde "estabelece um modelo misto de sistema de saúde, consagrando a complementaridade e o carácter concorrencial do sector privado e de economia social na prestação de cuidados de saúde, integrando na rede nacional de prestação de cuidados de saúde as entidades privadas e os profissionais livres que acordem com o Serviço Nacional de Saúde a prestação de todas ou de algumas atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde".

A regulamentação das normas estabelecidas em 1993 é aqui concretizada alterando alguns princípios então aprovados. Em primeiro lugar, porque o Governo considerou que a exigência de celebração de concurso público, até então consagrada no Estatuto do SNS, era desadequada ao sector da saúde, justificando que o interesse público da prestação de cuidados de saúde aqui contratados justificava a adoção de um regime especial que consagrasse o princípio da livre escolha do utente face a um conjunto de prestadores. Ou seja, considerava-se que o objetivo de garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de saúde, com a necessária prontidão e continuidade condiciona a natureza, os termos e o conteúdo dos contratos a celebrar no caso dos cuidados de saúde. Esta especificidade da saúde justificaria uma facilidade de contratação maior do que acontece no caso da prestação de serviços de educação, ação social ou outros.

Nesse sentido, o Governo aprovou um regime especial de procedimento administrativo que prescindia do concurso público e adotava o princípio do contrato de adesão. Este regime especial de contratação – contratação dos cuidados de saúde em regime de convenção –, de acordo com o n.º 1 do Artigo 4.º do Regime Jurídico, "inicia-se com a adesão do interessado aos requisitos constantes do clausulado tipo de cada convenção e com a aceitação do aderente pela administração regional de saúde ou pela Direção-Geral da Saúde e efetiva-se através da escolha do utente do Serviço Nacional de Saúde".

De acordo com a legislação aprovada em 1998, qualquer entidade interessada em aderir a um contrato-tipo poderia fazê-lo e a concretização desse contrato efetivar-se-ia no momento em que cada utente, livre de escolher o seu prestador de cuidados de saúde no âmbito dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, escolhesse uma entidade entre o conjunto de entidades aderentes, que posteriormente receberia a contrapartida financeira por parte do Estado. Trata-se, no fundo, de passar o direito e a responsabilidade de ativar o recurso a entidades privadas para o cidadão-utente, independentemente do acesso aos mesmos cuidados no sector privado como no público, num dado momento e numa dada região.

Em 2004, durante o Governo do PSD liderado por Durão Barroso, verifica-se um novo momento de aprofundamento da contratualização para a prestação pública de cuidados de saúde com o sector privado, com a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), um programa no âmbito da atividade cirúrgica e com o objetivo de redução das listas de espera.

Os antecedentes da criação deste programa encontram-se na criação, em 2002 (Governo PS, ministro da Saúde Correia de Campos), do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002). Nesta resolução, o Governo criava um programa extraordinário, com a duração de dois anos, com o objetivo de erradicar as listas de espera, através da definição de tempos mínimos e da contratualização com os sectores privado e social. Dizia-se no preâmbulo da resolução:

> Constata-se uma clara insuficiência de resposta do SNS, em prejuízo da saúde dos cidadãos em lista de espera, pelo que deverão ser envidados todos os esforços para resolver esta situação, incluindo o recurso a meios externos. (...) Deste modo, a única conclusão possível, com base nos dados oficiais dos organismos do Ministério da Saúde, é que o enquadramento político-jurídico não permite o sucesso que se exige e se impõe na resolução deste problema humano e social (Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 25 de maio).

Em 2004, o Governo cria o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), um programa que institucionaliza a experiência feita em 2002, determinando que sempre que decorra 75% do tempo de espera admissível predefinido sem que tenha sido marcada a cirurgia pelo hospital onde o processo do utente se encontra, "é emitido um vale-cirurgia a favor do utente, que o habilita a marcar a cirurgia diretamente numa das entidades sociais e privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito" (n.º 6 do Anexo constante da Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho).

No fundo, tal como aconteceu no caso da empresarialização da gestão hospitalar, podemos identificar uma linha de continuidade entre o XIV Governo Constitucional (minoritário PS) e o XV (coligação PSD/CDS) no que diz respeito à contratualização de atividade cirúrgica com o sector privado.

- A lentidão do processo legislativo e a sua não concretização

Além da evolução legislativa enquadradora das convenções, é fundamental analisar a evolução das convenções efetivamente contratualizadas. De facto, o atraso na regulamentação do estabelecido na Lei de Bases da Saúde possibilitou o prolongamento da vigência de convenções homologadas maioritariamente antes de 1990 muito além da vigência destes contratos e do quadro legal que os havia enquadrado.

Para avaliar a pouca eficácia deste quadro legislativo que, além de se prolongar por vários anos antes de ser revisto, foi sendo deixado inacabado, é proveitoso analisar a informação publicada pela Entidade Reguladora da Saúde, num relatório sobre o sistema convencionado realizado em 2006 (16 anos depois da Lei de Bases da Saúde, 13 anos depois de aprovado o estatuto do SNS e oito anos depois da entrada em vigor do decreto-lei que define o regime jurídico das convenções de 1998).

Até 2006, apenas as áreas da diálise e da cirurgia (incluindo SIGIC) tinham visto as suas convenções atualizadas de acordo com a legislação aprovada em 1998. Para a generalidade das valências, o regime de convenção continuava a funcionar com as regras estabelecidas nos clausulados e homologações de 1985, 1986 e 1987.

Quadro 5.19 Convenções em vigor em 2006

Valência	Data de homologação
Radiologia	09/08/1985
Medicina Física e de Reabilitação	25/10/1985
Análises Clínicas (Patologia Clínica)	27/10/1986
Anatomia Patológica	27/10/1986
Eletroencefalografia	27/10/1986
Endoscopia Gastrenterológica	27/10/1986
Especialidades médico-cirúrgicas (consultas)	27/10/1986
Análises Clínicas (a realizar por farmacêuticos)	21/03/1987
Cardiologia	04/12/1987
Medicina Nuclear	04/12/1987
Neurofisiologia	04/12/1987
Otorrinolaringologia	04/12/1987
Pneumologia e Imunoalergologia	04/12/1987
Urologia	04/12/1987
Cirurgia	31/08/2000
Diálise	04/04/2002
SIGIC	23/11/2004

Fonte: Entidade Reguladora da Saúde (2006).

Assim, apesar da legislação aprovada em 1990, em 1993 e em 1998, o quadro normativo das convenções em vigor permaneceu, na prática, o mesmo entre 1986 e 2006. Ou seja, apesar do estabelecimento de regras que pretendiam assegurar a eficiência e a equidade de acesso, o sistema funcionou com base numa legislação pouco adaptada ao desenvolvimento do SNS e das necessidades de saúde entretanto existentes.

Além do quadro normativo, também o número de convenções existentes permaneceu inalterado durante décadas. Como se pode ver na figura 5.1, igualmente retirada do relatório da ERS de 2006, a maioria das convenções existentes em 2006 foram celebradas antes de 1993, ou seja, antes da publicação do Estatuto do SNS, que limitou pela primeira vez as condições das convenções e, portanto, a maioria das convenções assinadas em 2006 eram com entidades que já estavam no mercado em 1993.

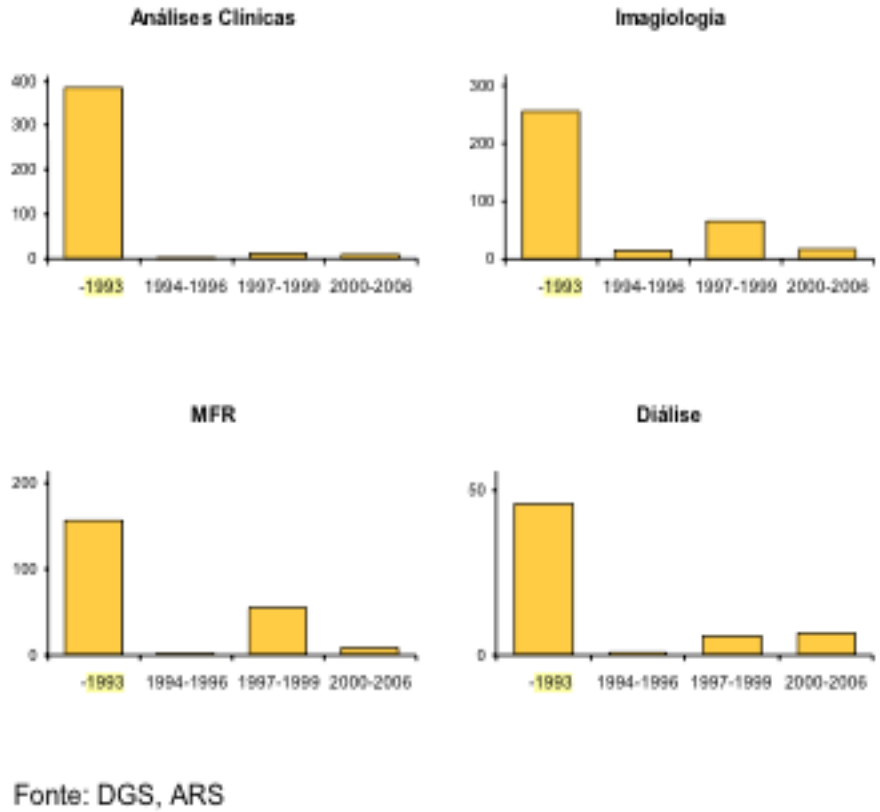


Figura 5.1 Convenções celebradas por valência

A realidade descrita na figura 5.1 deve-se ao facto de, ao longo das últimas décadas, a entrada no sistema convencionado ter estado fechada durante períodos muito longos.

Entre 1993 e 1997, a entrada de novos prestadores de serviços nos regimes convencionados esteve suspensa, tendo sido reaberta com a publicação do Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de maio, e novamente encerrada na sequência de, pelo disposto no Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril, todos os clausulados-tipo terem revisão obrigatória no prazo de 180 dias após a publicação, e de esta revisão nunca ter ocorrido, pelo que deixaram de existir clausulados válidos a que os prestadores pudessem aderir. Ou seja, o incumprimento de uma norma do regime jurídico das convenções, aprovado em 1998, fez com que entre 1998 e 2006 não tivessem existido novas convenções, excetuando algumas autorizações excecionais.

Ou seja,

> nas valências que não tiveram clausulados tipo homologados após 1998, as convenções encontravam-se, até 2006, "fechadas" a novos operadores e apenas estando em vigor as convenções celebradas antes da entrada em vigor do Estatuto do SNS, em 1993, ou durante o pequeno período de "abertura" entre 1997 e 1999 (ERS, 2006: 27).

O estudo realizado pela ERS em 2006 comparava também o modelo de contratação em vigor com os restantes modelos disponíveis no ordenamento jurídico português em torno de quatro dimensões: (a) acesso e liberdade de escolha; (b) eficiência na afetação de recursos; (c) controlo da despesa pública e (d) custos de transação. As conclusões do trabalho da ERS relativamente ao tópico de que aqui se trata são as seguintes:

- que existia uma clara discrepância entre a realidade formulada na legislação aprovada e a sua concretização efetiva, que resultava num conjunto de normas, numa lista de entidades convencionadas e num esquema de definição de preços desadequado perante as necessidades reais e incapaz de cumprir os objetivos de acesso, eficiência, controlo de despesa e redução dos custos de transação;
- que a realidade regional era muito díspar, registando-se um elevado grau de concentração em grande parte do país, e mercados mais próximos da estrutura concorrencial nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

- O pós-relatório da ERS

Na sequência das recomendações da ERS iniciou-se um processo legislativo que se propunha harmonizar as convenções de facto em vigor com o conjunto de regras que havia sido determinado pelo regime jurídico das convenções aprovado em 1998.

A primeira iniciativa de alteração das regras com que se regia o regime convencionado foi concretizada através da introdução, no OE para 2007, de um teto na despesa com convenções. Dizia-se, no Artigo 149.º da Lei do Orçamento de Estado[71], que "o crescimento da despesa das convenções celebradas pelo Serviço Nacional de Saúde é fixado em 0%, em relação à despesa verificada em 2006", acrescentando-se que para alcançar este objetivo "são adotados mecanismos de variação de preços inversamente proporcional ao crescimento da quantidade".

Ainda em 2007 é revista a lista de entidades convencionadas no âmbito do SIGIC, publicando-se em 2008 um novo regulamento que alarga o seu âmbito de aplicação.[72] Do mesmo modo, foi revisto o clausulado-tipo para as convenções na área da diálise, mudando o regime de preços. Note-se que estas alterações incidem precisamente nas áreas que já tinham sido adaptadas ao regime jurídico de 1998, mantendo-se as restantes áreas a funcionar de acordo com as regras dos anos 1980.

Ainda em 2008 foi posto em discussão pública um anteprojeto de decreto-lei sobre as convenções: o "objetivo central deste novo modelo de convenções [é] colocar todos os prestadores perante regras

[71] Lei n.º 53-A/2006, de 29 de dezembro.

[72] Aviso n.º 21916/2007, publicado na II Série do *Diário da República* n.º 216, de 9 de novembro, e Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro.

e mecanismos de aplicação que garantam um ambiente de atividade transparente e com adequado funcionamento das regras de mercado".

O anteprojeto de decreto-lei não chega a ser aprovado, mas a estrutura e traços essenciais deste diploma seriam retomados cinco anos depois, em 2013, com a publicação do Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, adiante analisado.

- O programa de ajustamento

É a partir da assinatura, em maio de 2011, com a Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) que as relações entre o SNS e o sector privado prestador de cuidados de saúde voltam a estar no centro das políticas públicas de saúde. De facto, a sustentabilidade dos sistemas de saúde ou, mais especificamente, a redução da despesa e da dívida pública associadas à prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS ocuparam um lugar de relevo entre as medidas acordadas.

As medidas previstas no *Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica* (MECPE) – que serão implementadas pelo XIX Governo Constitucional, de coligação entre PSD e CDS, com o primeiro-ministro Passos Coelho e o ministro da Saúde Paulo Macedo – e destinadas a regular o sector convencionado organizavam-se em duas grandes dimensões:

i. a tentativa de regular a procura de MCDT, através da alteração dos mecanismos de controlo da prescrição;
ii. a tentativa de redução da despesa, alterando as regras de contratação e concorrência.

No que diz respeito ao primeiro objetivo – regular a procura através da alteração e controlo dos mecanismos de prescrição – o MECPE determinou o estabelecimento de "regras claras de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição destinadas aos médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição", até ao final de 2011. Neste sentido, o Ministério da Saúde contratualizou com a Ordem dos Médicos a elaboração destas normas de orientação clínica, assegurando o cumprimento das referidas regras.

Por outro lado, em fevereiro de 2012, a Ordem dos Médicos (OM) veio a público recomendar a todos os médicos que colaboraram, desde 2011, nas auditorias das normas de orientação clínica (NOC) em parceira com a DGS, que suspendam a sua colaboração, até que o processo seja reavaliado. A OM salienta a "impressionante multiplicação de NOC e a realização por atacado de auditorias imperfeitamente preparadas", o que "está a descredibilizar o processo, conduzindo à sua burocratização e à realização de inconsequentes relatórios"[73]. Por outro lado, "muitos dos parâmetros auditados nas

[73] https://www.publico.pt/2014/02/17/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-deixa-de-colaborar-com-auditorias-as-normas-clinicas-1624030.

auditorias estão mal definidos, não têm importância clínica, não estão explicitados nas NOC e não são registáveis nos programas informáticos de registo clínico pelo que o seu incumprimento é elevadíssimo levando a taxas anormalmente elevadas de aparente desconformidade"(*Público*, 2014).[74]

No que diz respeito ao segundo objetivo – de redução da despesa com os prestadores privados de serviços de saúde – são três os instrumentos explicitados no MECPE:

- o aumento da concorrência entre prestadores privados de serviços;
- a revisão dos preços dos prestadores privados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais desenvolvidos (como a diálise, etc.);
- a introdução de uma revisão periódica (pelo menos a cada dois anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir o custo dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais desenvolvidos.

No que diz respeito à adoção de medidas para aumentar a concorrência entre prestadores privados, a meta estabelecida era reduzir, em pelo menos 10% até ao final de 2011, a despesa global (incluindo taxas) com entidades privadas prestadoras de serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica ao SNS, e em 10% adicionais até ao final de 2012.

Um dos instrumentos de concretização do objetivo de redução da despesa com MCDT é a publicação do Despacho n.º 10430/2011, de 18 de agosto, que limita o acesso dos hospitais ao sector privado concessionado de MCDT, de modo que seja aproveitada a capacidade instalada do SNS. Com o mesmo propósito, o Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto, reduz em 12,5% o preço pago por um conjunto de serviços contratados a prestadores privados, incluindo diálise, imagiologia e testes clínicos; o Despacho n.º 12985/2011, de 28 de setembro, determina o envio por parte das ARS de relatórios com indicadores relativos à prescrição de MCDT, enquanto o Despacho n.º 17069, de 21 de dezembro, determina que os estabelecimentos hospitalares ficam obrigados a instituir um procedimento de monitorização da prescrição interna de MCDT. Já em 2012, através do Despacho n.º 13380/2012, de 12 de outubro, estabelece-se a flexibilização e simplificação dos procedimentos de gestão e acompanhamento das convenções de âmbito nacional.

Em 2012, no âmbito da sétima avaliação, é referido que a despesa total do SNS com entidades privadas foi reduzida em cerca de 11%, alcançando uma redução da despesa na ordem dos 78 milhões de euros, quando comparado com a despesa em 2011. De acordo com dados apresentados pelo ministro da Saúde à Assembleia da República, prevê-se que entre 2011 e 2014 (valores do OE) a despesa com MCDT desça 78 milhões de euros, uma quebra de cerca de 10% em relação a 2011.

[74] Idem.

O MECPE inclui ainda uma medida que prevê a introdução de uma revisão periódica (pelo menos em cada dois anos) dos preços pagos aos prestadores privados, com o objetivo de reduzir o custo dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica mais desenvolvidos. Na quarta avaliação é acrescentada a necessidade de uma análise específica às características de mercado mais relevantes de áreas como a diálise e as farmácias para aumentar a competitividade.

Não estando explícito em nenhum dos relatórios de avaliação do cumprimento do MECPE o cumprimento desta medida, a ERS elaborou um relatório, divulgado em maio de 2013, denominado "Acesso, concorrência e qualidade no sector convencionado com o SNS", que procurava avaliar as áreas mais representativas em termos de despesa para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – análises clínicas, diálise, medicina física e de reabilitação (MFR) e radiologia.

Finalmente, em 2013, é aprovado o Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro, que altera, 15 anos depois, o regime jurídico das convenções, com o objetivo explícito de criar "um modelo mais flexível do ponto de vista dos procedimentos, possibilitando-se que as convenções tenham um âmbito regional ou nacional, e que sejam celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo ainda permitida a celebração, a título excecional, de convenções que abranjam um conjunto integrado e ou alargado de serviços".

Quadro 5.20 Periodização dos regimes de contratualização de convenções

Até 1993	**As convenções são celebradas sem restrições legais**
De 1994 a 1996	Com a entrada em vigor do Estatuto do SNS ficou impossibilitada a adesão de novos prestadores
De 1997 a 1999	Possibilidade de celebração de convenções com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de maio, que terminou após um período de transição previsto no Decreto-Lei n.º 97/98 de 18 de abril.
De 1999 a 2013	Impossibilidade de adesão às convenções por falta de homologação dos clausulados-tipo, salvo casos de interesse público. Criação do SIGIC que abre um novo espaço de contratualização.
Desde 2013	Maior flexibilidade nos procedimentos: as convenções podem ser celebradas mediante contrato de adesão ou após procedimento de contratação específico, sendo ainda permitida a celebração, a título excecional, de convenções que abranjam um conjunto integrado e ou alargado de serviços

Fonte: ACSS (2009). [75]

- Despesa em meios complementares de diagnóstico contratualizados

Apesar do congelamento e da lentidão dos processos legislativos, descritos nos pontos acima, a despesa do SNS até 2009 com os MCDT cresce de forma continuada, tanto em termos absolutos (despesa

[75] Disponível em http://www.acss.min-aude.pt/Portals/0/Relatório%20do%20Sector%20Convencionado_2009.pdf

a preços reais de 2011), como em termos de peso relativo da despesa do SNS com MCDT no total da despesa do SNS.

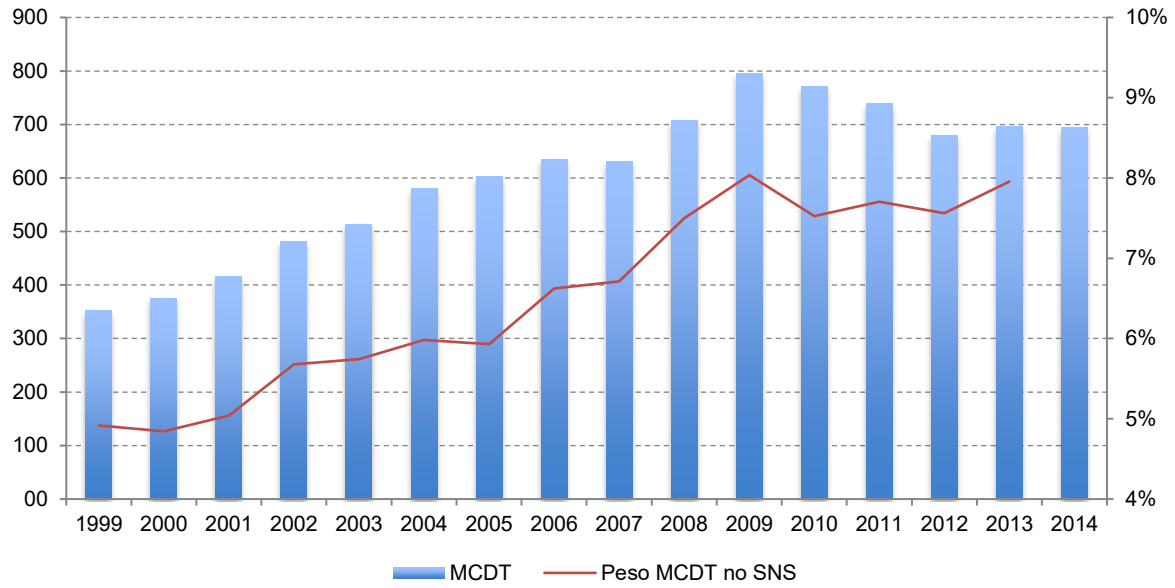


Figura 5.2 Despesa com MCDT

Fonte: elaboração própria a partir do orçamento do SNS (para despesa em MCDT) e INE (para cálculos do deflator)
MCDT – preços reais em 2011 (deflator do consumo privado).

5.4.2 A ADSE e os restantes subsistemas

A ADSE é um subsistema público de saúde.[76] Criada em 1963, pelo Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963, designava-se Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado, sigla que se mantém apesar do organismo ter passado a chamar-se Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública em 1980, aquando da publicação do Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro, e Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas, mais recentemente, através do Decreto-Lei n.º 117/2011, de 15 de dezembro, que define a orgânica do Ministério das Finanças. [77]

Este modelo de proteção destinava-se a garantir a prestação de assistência em todas as formas de doença aos funcionários dos serviços civis do Estado e abrangia a assistência médica e cirúrgica,

[76] No estatuto do SNS de 1993 abre-se a possibilidade de *opting-out.* A partir de 1998, com o Decreto-Lei n.º401/98, de 17 de dezembro, o Ministério da Saúde passa a poder estabelecer protocolos e assim transferir a responsabilidade por cuidados de saúde para entidades públicas ou privadas, mediante comparticipação financeira. Assim, são assinados protocolos com a Portugal Telecom (Aviso n.º 922/98), com os CTT (Aviso n.º 17040/99), e com o SAMS (Aviso n.º 17039/99). Na sequência destes acordos, estes subsistemas de saúde privados passaram a receber financiamento do Estado e a ser responsáveis pela cobertura integral de cuidados de saúde.

[77] A legislação de enquadramento da ADSE e sucessivas alterações está disponível em: https://www2.adse.pt/legislacao

materno-infantil, de enfermagem e a assistência medicamentosa. O mesmo diploma previa que a assistência pudesse ser assegurada por estabelecimentos e serviços oficiais ou particulares. Tal é explicitado nos seguintes artigos:

> Art. 5.º A prestação da assistência médica e cirúrgica, nos termos deste diploma, pode ser feita por qualquer médico de clínica geral ou especialista, mediante o cumprimento das formalidades a estabelecer em regulamento.
>
> Art. 6.º A assistência materno-infantil será assegurada, de preferência, mediante acordos a realizar com estabelecimentos e serviços adequados, oficiais ou particulares, que prestem assistência não só no parto, como na gravidez e no puerpério, esta última extensiva ao recém-nascido.
>
> Art. 7.º A A. D. S. E. poderá proporcionar aos servidores do Estado enfermagem em regime ambulatório e domiciliário, para o que celebrará acordos com serviços desta natureza, oficiais ou particulares.
>
> (...)
>
> Art. 10.º Aos servidores civis do Estado é facultado o internamento em estabelecimento adequado, a indicar pela A. D. S. E. de entre os hospitais oficiais, os das Misericórdias e outros estabelecimentos particulares, com os quais tenham sido celebrados acordos para o efeito (Decreto-Lei n.º 45002).

Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, no seu artigo 37.º, esclarecia que a ADSE poderia celebrar "acordos com instituições hospitalares do sector público, privado ou cooperativo, bem como quaisquer outras entidades singulares ou coletivas, em ordem a obter e a oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins" (Artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro).

No mesmo diploma passa a consagrar-se, não apenas o regime convencionado, no caso de existirem acordos entre as entidades prestadoras dos cuidados e a ADSE; como o regime livre, para os casos em que o beneficiário recorre a qualquer unidade hospitalar com a qual a ADSE não tenha acordo.[78] Esta consagração amputa, na prática, a função de *gate-keeping* que poderia existir até este momento através da celebração de acordos e convenções.

No que diz respeito ao regime livre, "o pagamento pela ADSE dos cuidados de saúde prestados por essa entidade é feito com base na técnica do reembolso ao beneficiário, ou seja, o beneficiário paga diretamente à entidade a totalidade das despesas, sendo posteriormente reembolsado pela ADSE até determinado montante" (ERS, 2009: 25).

Criada em pleno período do Estado Novo de cariz corporativo, o sistema resiste ao período democrático e, apesar da criação do SNS, mantém e reforça as suas valências, o número de beneficiários, os acordos assinados com entidades convencionadas, os profissionais envolvidos.

[78] Artigo 23.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

> Por outro lado, no momento da criação do SNS não ocorreu o (natural) desmantelar de sistemas de proteção na doença de base ocupacional previamente existentes. Desenvolveu-se, assim, um sistema de saúde em que uma fracção considerável da população beneficia de mecanismos de proteção para além do SNS. O maior desses sistemas adicionais de proteção é o que cobre os funcionários públicos, a ADSE (Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, 2007:79)

Durante mais de 20 anos não há alterações significativas, nem no campo das contribuições dos beneficiários, nem no campo dos benefícios. Em 2005, no contexto de contenção orçamental é aprovada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho, que previa um processo de convergência dos diversos subsistemas de saúde públicos com o regime geral da assistência na doença no seio da ADSE.

Paralelamente, no Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro, são introduzidas diversas alterações à organização da ADSE, entre as quais destacamos:

- o fim da obrigatoriedade de inscrição na ADSE dos funcionários e agentes que a partir de 1 de janeiro de 2006 ficam abrangidos pelo regime geral da segurança social, reconhecendo-lhes, porém, essa possibilidade em regime facultativo;
- o fim da exigência da inscrição na Caixa Geral de Aposentações como requisito necessário para a aquisição da qualidade de beneficiário da ADSE;
- a alteração do quadro de beneficiários familiares e equiparados, inserindo no seu âmbito os membros de uniões de facto;
- a clarificação de alguns normativos, designadamente respeitantes ao início da fruição dos benefícios concedidos pela ADSE e à cumulação de comparticipações, para superar os frequentes constrangimentos que a redação atual tem originado.

Em março de 2006, o ministro da Saúde e o ministro das Finanças encomendam, através do Despacho conjunto n.º 296/2006, de 30 de março, um estudo sobre o futuro da sustentabilidade financeira do SNS. A Comissão para a Sustentabilidade Financeira do SNS entregou o seu trabalho em 2007, e apresentou como principais propostas de reforma:

- A manutenção da estrutura de SNS universal, obrigatório e universal financiado por impostos;
- A redução das deduções fiscais para despesas privadas em saúde;
- A autossustentabilidade da ADSE, que deveria deixar de ser financiada por receitas de impostos, mas antes pelas contribuições dos trabalhadores;
- A criação de uma taxa especial e transitória de financiamento do SNS.

Este relatório coloca as discussões sobre a sustentabilidade da ADSE no centro do debate político.

- Questão da sustentabilidade da ADSE

Entre a sua criação, em 1963, e 1979, a ADSE era um subsistema de saúde gratuito para os seus beneficiários. Em 1979, através da Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho, que aprovou o Orçamento Geral do Estado para 1979, foi determinado um desconto de 0,5% nos vencimentos dos funcionários e agentes da administração pública central, regional e local e dos institutos públicos beneficiários da ADSE, ficando isentos os funcionários e agentes aposentados.

A partir de 1981, com o Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio, passa a estar em vigor um desconto de obrigatório de 1% nos vencimentos dos funcionários e agentes dos serviços do Estado beneficiários da ADSE, continuando a ficar isentos os beneficiários titulares aposentados.

As contribuições dos beneficiários para a ADSE estarão congeladas até 2007, data em que através da Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro (Orçamento do Estado para 2007), a contribuição é aumentada 1,5% da sua remuneração. Nessa data, os beneficiários titulares aposentados passam igualmente a descontar 1% quando o montante da pensão de aposentação e de reforma for igual ou superior ao valor correspondente a uma vez e meia a retribuição mínima mensal garantida.

A partir de 2010, a chamada crise das dívidas soberanas acelera o processo de reforma da ADSE no sentido de garantir a sua autossustentabilidade.

No *Memorando de entendimento* assinado com as instituições europeias em maio de 2011, previa-se a redução do custo global orçamental dos subsistemas públicos de saúde – ADSE, ADM (Forças Armadas) e SAD (Forças Policiais) – em 30% em 2012 e 20% adicionais em 2013, estimando a poupança a alcançar em 100 milhões de euros em 2012 e mais 100 milhões de euros no ano seguinte. Estas reduções pretendiam alcançar o objetivo de autofinanciamento dos subsistemas até 2016 e assentavam em duas medidas essenciais, a concretizar até ao final de 2011: “decréscimo das contribuições da entidade empregadora” e “ajustamento do âmbito dos benefícios de saúde".

Foram feitas várias alterações: ao valor das poupanças/receitas a alcançar, prazos para implementação e valores da contribuição das entidades empregadoras e do desconto dos beneficiários (3.ª, 5.ª, 6.ª, 8.ª e 9.ª atualizações).

Quadro 5.21 Mudanças nas contribuições para a ADSE no contexto do período de ajustamento

Lei n.º 55-A/2010, D.R. n.º 253, Iª Série, de 31 de dezembro	As entidades empregadoras pagam uma contribuição de 2,5 % das remunerações.
Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro (Lei do Orçamento do Estado para 2012)	Contribuições das entidades empregadoras baixa para 1,25. Pensões de aposentação e de reforma dos beneficiários titulares ficaram sujeitas ao desconto de 1,5% para a ADSE.
Decreto-Lei n.º 105/2013, de 30 de julho	Entre agosto a dezembro de 2013 a contribuição dos beneficiários passa para 2,25%, enquanto se prevê que em 2014 esse valor atingisse os 2,5%, estando igualmente incluídos os beneficiários titulares aposentados. Contribuições das entidades empregadoras baixa para 1,25.
Legislação aprovada em CM e vetada pelo presidente da República.[79]	Contribuições dos beneficiários passam de 2,5% para 3,5%. Contribuições das entidades empregadoras são eliminadas.
Lei n.º 30/2014, D.R. n.º 95, Iª Série, de 19 de maio	Contribuições dos beneficiários passam para 3,5%.

Na sequência destas alterações legislativas podemos concluir que, depois de várias décadas com alterações residuais nas regras de descontos e contribuições, a partir de 2006 inicia-se um período de alterações mais intensas, que inclui não apenas o aumento da percentagem de desconto, mas também o alargamento do universo de contribuições (alargando primeiro aos aposentados e depois às entidades empregadoras).

No entanto, é a partir do período de assistência financeira que este processo de mudança se acentua, particularmente a partir de 2012, ano a partir do qual se verificam alterações anuais dos descontos, incluindo duas alterações no ano de 2014.

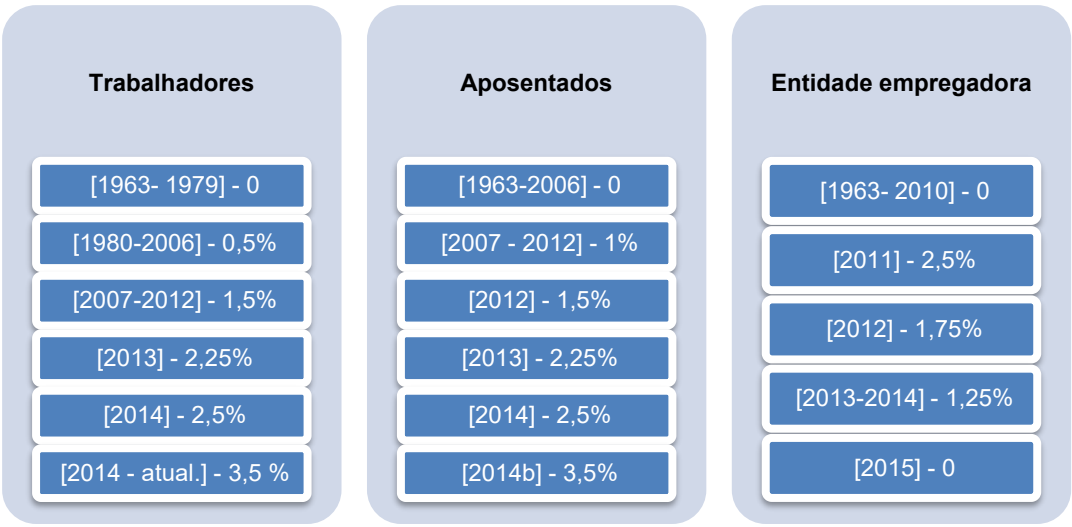


Figura 5.3 Descontos e contribuições da ADSE

[79] Vetada pelo Presidente da República uma vez que "a nota informativa fornecida pelo Governo no âmbito do pedido de esclarecimento desta matéria revela que o valor de 3,5% proporcionaria uma receita que excede significativamente a despesa prevista no orçamento da ADSE". *Público* (2014, março 13)

Este retrato permite compreender o quadro 5.22, que descreve a evolução da despesa da ADSE, as transferências do OE para a ADSE, a percentagem da despesa da ADSE que é coberta pela transferência do OE, as contribuições dos beneficiários e a percentagem da despesa da ADSE coberta por essas contribuições.

Neste quadro é visível:

- o crescimento da despesa até 2009 e posterior decréscimo na despesa total (passa de 790 milhões de euros em 2002, para 944 milhões de euros em 2009 e para um valor previsto de 489 milhões de euros em 2015);
- o acentuado decréscimo das transferências do OE a partir de 2009, atingindo o fim das transferências do OE a partir de 2012. Assim, a parte da despesa assegurada pelas transferências do OE passa de 89% em 2002 para 0% em 2012;
- o acentuado aumento das contribuições dos beneficiários (93 milhões de euros em 2002, 553 milhões de euros em 2015). Assim, enquanto em 2002 as contribuições dos beneficiários cobriam apenas 12% da despesa, em 2011 esse valor atinge os 40% enquanto se prevê que já em 2015 esse valor ultrapasse os 100%.

Quadro 5.22 Evolução das despesas totais da ADSE e transferências do OE para a ADSE entre 2002-2010 (unidade: milhões de euros e percentagem)

Ano	Despesas Totais	Transferências do OE	% da despesa coberta pela transferência do OE	Contribuição dos beneficiários	% da despesa coberta pelas contribuições
2002	790	702	89%	98	12%
2003	621	503	81%	93	15%
2004	729	616	84%	94	13%
2005	871	767	88%	99	11%
2006	946	786	83%	103	11%
2007	927	608	66%	163	18%
2008	944	592	63%	190	20%
2009	944	598	63%	202	21%
2010	569	260	46%	215	38%
2011	559	34	6%	222	40%
2012	458	0	0%	215	53%
2013(*)	519	0	0%	286	55%
2014*	451	0	0%	521	115%
2015*	489	0	0%	553	113%

(*) Os três anos mais recentes têm como fonte o Relatório de Atividades da ADSE de 2015.
Fonte: Morgado (2015) com base nos Relatórios de Atividades da ADSE e Conta Geral do Estado.

- A questão da equidade: os desafios da dupla cobertura

A ADSE é um subsistema público de saúde, o que significa que uma percentagem dos cidadãos, além de beneficiar do SNS, tem acesso a um outro pacote de benefícios na proteção na saúde, que, ao invés de ser financiado através de impostos, como é o SNS, é financiado por contribuições dos beneficiários. De acordo com os dados mais recentes:

> Uma parte considerável da população (entre 16 e 25 por cento, consoante as estimativas disponíveis) beneficia de um seguro de saúde através de vários subsistemas, públicos ou privados, quer diretamente através do emprego, quer indiretamente por via do emprego de outro membro do agregado familiar. Entre os sistemas de dupla cobertura públicos o maior é a ADSE (Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública), que abrange a maioria dos funcionários públicos e seus dependentes (cerca de 13 por cento da população) (Moreira e Barros, 2009:208) .

Uma das questões fundamentais em análise em relação aos subsistemas públicos de saúde é a que remete para o problema da dupla cobertura. De acordo com Pita Barros e Jorge Simões *et al.* (2007) a necessidade da dupla cobertura resulta da existência de problemas de acesso aos cuidados de saúde:

> No entanto, a existência de uma proporção considerável da população que beneficia de dupla cobertura (...) sugere que existem barreiras ao acesso. Na ausência de quaisquer barreiras ao acesso, não haveria nenhuma razão para comprar seguros de saúde, e uma vez que os beneficiários têm de contribuir com uma parte dos seus próprios salários, haveria reclamações a propósito desse pagamento. Acresce que a ampla utilização de subsistemas de saúde, nomeadamente nas consultas a especialistas, apoia esta visão (Barros *et al*., 2007:121-2)

A outra questão fundamental que está relacionada com a dupla cobertura diz respeito em particular ao caso da ADSE. Durante as últimas décadas, o financiamento da ADSE foi assegurado em larga medida pelo Orçamento do Estado (89% do financiamento da ADSE em 2002 era assegurado por transferência do OE, valor que baixou para 46% em 2010 e para 0% desde 2014). O facto de o Estado transferir para este subsistema uma verba resultante do OE significou que durante largos anos o Estado financiou duplamente os cuidados de saúde de 13% dos cidadãos, aos quais proporcionou uma rede cuidados de saúde que, particularmente em algumas áreas, constituiu um fator de grande desigualdade no acesso à saúde.

- A ADSE e o financiamento público do sector privado

Finalmente, outra das dimensões fundamentais para a análise da ADSE é a forma como este sector tem sido fundamental para o desenvolvimento de um sistema de saúde com uma forte componente do sector privado. De acordo com a Conta Satélite da Saúde é possível verificar a forma como, desde

2008, se assiste a um aumento significativo do peso da ADSE no financiamento dos hospitais privados, peso que mais que duplica entre 2008 e 2014.

Entre o financiamento pelos subsistemas de saúde públicos e o financiamento assegurado pelo próprio SNS, mais de metade do financiamento dos hospitais privados era, em 2014, assegurado por verbas com origem no Orçamento do Estado, e isto apesar da redução do financiamento público através de benefícios fiscais originada pelas mudanças legislativas em período de assistência financeira que se traduziram na introdução de tetos aos benefícios fiscais.

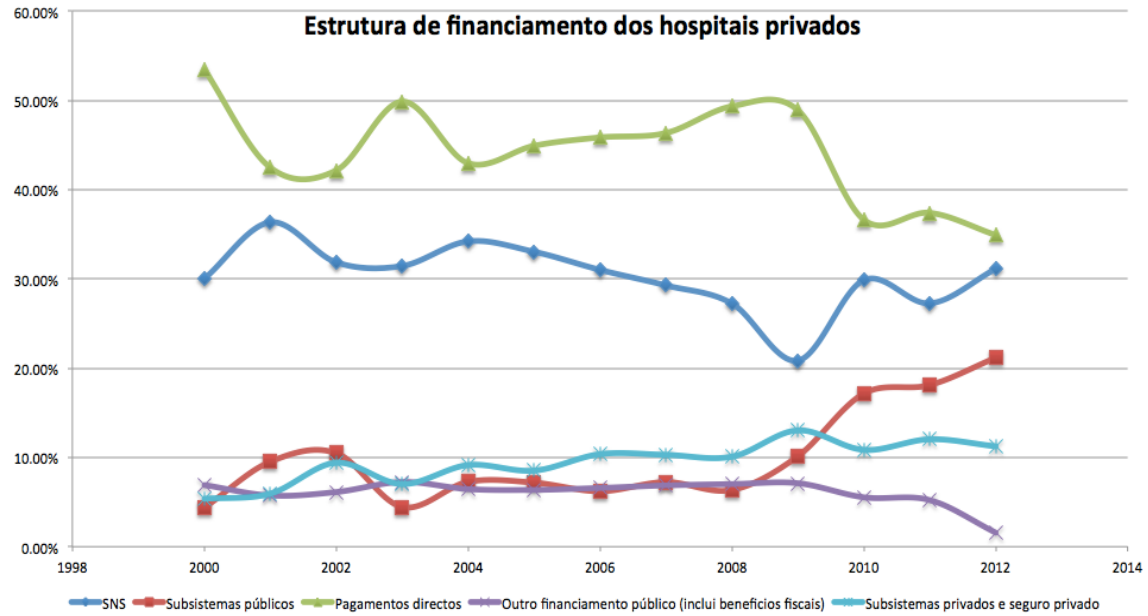


Figura 5.4 Estrutura de financiamento dos hospitais privados

Fonte: Barros (2014) a partir da Conta Satélite da Saúde, publicada pelo INE.

5.4.3 Concessões de gestão e parcerias público-privadas

Como se disse no início deste capítulo dedicado aos instrumentos de contratualização no sector da saúde, é a partir da revisão da Lei de Bases da Saúde de 1990, em particular nas suas Bases XII e XLI, que se estabelecem os princípios de contratualização com o sector privado, nomeadamente através da definição dos contratos de gestão. O mesmo princípio é desenvolvido no Estatuto do SNS aprovado em 1993.

Os contratos de gestão então previstos são, assim, um instrumento que permitia ao Estado concessionar a privados a prossecução do serviço público de saúde, transferindo e partilhando riscos, abrindo a possibilidade de acesso a financiamento de outras entidades e transferindo para fora da esfera do défice do Estado o esforço financeiro. Ou seja, abrindo a possibilidade de gestão de hospitais

públicos por parte de entidades privadas, o Estado veria reduzidas as suas obrigações, não apenas na prestação de cuidados, mas também em matéria de investimento.

Podemos identificar dois tipos de processos no que diz respeito à empresarialização e gestão por privados (Barros, 2004). Por um lado, temos os processos gradualistas que partiram de experiências individuais que, mesmo não sendo generalizados no curto prazo, constituíram casos de estudo e momentos de difusão deste tipo de respostas. Os principais exemplos deste tipo de processo gradualista são o Hospital Amadora-Sintra, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Hospital de Santa Maria da Feira[80], o Hospital do Barlavento Algarvio, ou o Centro de Responsabilidade Integrado no serviço de cirurgia cardiotorácica nos Hospitais da Universidade de Coimbra:

> No período das várias experiências controladas, identificado com a tentativa de reforma gradual, encontramos um hospital público com gestão concessionada a um consórcio privado (Hospital de Amadora-Sintra), um hospital público integrado com os centros de saúde da região de atração (a Unidade Local de Saúde associada com o Hospital de Matosinhos), hospitais públicos com regras de gestão mais próximas do direito privado/gestão empresarial (primeiro, o Hospital da Feira, depois o Hospital do Barlavento Algarvio), a criação de um Centro de Responsabilidade Integrado (nos Hospitais da Universidade de Coimbra, serviço de cirurgia cardiotorácica). Fora do ambiente hospitalar, encontramos nos centros de saúde diversas experiências de experiência autónoma, lideradas pelos profissionais, nalguns casos, e por um departamento de uma faculdade de medicina, noutro caso (Barros, 2004:52).

Por outro lado, existem as alterações mais estruturais, concretizadas através de mudanças mais gerais no quadro do estatuto dos hospitais e dos restantes equipamentos de saúde. Neste segundo tipo de mudanças, que Barros denomina de processos *mixed-bang* (Barros, 2012:285), estão em causa, por exemplo, a criação dos hospitais SA, ou a sua posterior passagem a hospitais EPE e a definição de planos de desenvolvimento de parcerias público-privadas para a construção e gestão de equipamentos de saúde.

- As experiências localizadas de gestão privada

Na sequência da publicação do Estatuto do SNS, designadamente do n.º 4 do Artigo 29.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, é publicada Portaria n.º 704/94, de 29 de julho, que aprova o programa de concurso e o caderno de encargos tipo do

[80] Ainda antes da revisão da LBS é criado, em 1998, o Hospital de S. Sebastião, em Santa Maria da Feira, com um modelo de gestão próprio, constituindo a primeira experiência de gestão empresarial num hospital público (o OPSS chama-lhe quasi-empresarial). Com este estatuto poderia recorrer a instrumentos habitualmente utilizadas pelo sector privado, designadamente a celebração de contratos individuais de trabalho, a atribuição de incentivos remuneratórios, a agilização dos processos de aquisição de bens e serviços (inluindo de médicos para cobrir turnos e urgências) e a contratualização do financiamento com o Ministério da Saúde em função dos objetivos.

contrato de gestão de instituições, partes funcionalmente autónomas e serviços do Serviço Nacional de Saúde.

É ao abrigo desta portaria que, em setembro de 1994, o ministro Paulo Mendo lança o concurso público para a gestão do Hospital de Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) que seria, em julho de 1995, adjudicado ao consórcio Grupo Mello/ANF/HLC/GSI. O contrato foi assinado em outubro de 1995, a poucos dias das eleições legislativas, para entrar em vigor a equipa de gestão privada no Hospital Amadora-Sintra que permanece a única experiência de contrato de gestão entre o Estado e uma entidade privada para a gestão de um hospital público.[81]

O Hospital Amadora-Sintra é, entre 1995 e 2008, gerido por um grupo privado. São inúmeras as polémicas e críticas negativas, e as sucessivas renegociações. E quando, em 2008, se aproximava o fim do contrato, o primeiro-ministro do XVII Governo Constitucional[82] anunciava que, por um lado, o Hospital Amadora-Sintra, findo o contrato de concessão com o Grupo Mello, regressaria à gestão pública e seria transformado em EPE e, em segundo lugar, os dois novos investimentos estratégicos na rede hospitalar (Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa, e o novo Hospital Central do Algarve) seriam construídos em parcerias público-privadas, que incluiriam apenas a construção, mantendo-se a gestão clínica na esfera pública.

Um dos elementos inovadores e que marcará as décadas seguintes, em particular depois da generalização dos hospitais SA e EPE, é uma nova realidade de contratação de profissionais, que fica mais flexível, mas também traz muitas dificuldades na organização do trabalho médico.

A explicação apresentada para esta mudança pelo Governo tem duas dimensões: em primeiro lugar, a complexidade verificada no acompanhamento dos contratos realizados e os custos públicos desse acompanhamento; em segundo lugar, a defesa, ideológica, de que não existiria uma diferença de rigor, eficácia e eficiência entre a gestão pública e a gestão privada:

> A diferença entre a gestão pública e a gestão privada não está nem no rigor, nem na competência, nem na eficácia. Está, isso sim, no interesse que prosseguem, num caso o público e no outro o privado, ambos legítimos, mas muito diferentes (discurso do primeiro-ministro José Sócrates no debate quinzenal de 19 de março de 2008).

De acordo com estas declarações, estaria em causa uma rutura no consenso entre PSD e PS a propósito da participação dos privados no sistema público de prestações de cuidados de saúde. No entanto, apesar dessa rutura no plano do discurso político, ela não chegou a concretizar-se, uma vez que aqueles dois investimentos não se chegaram a realizar.

[81] A experiência foi avaliada através de um estudo de avaliação conjunta dos hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta (INA, 1999: 34).

[82] Discurso de abertura do primeiro-ministro José Sócrates no debate quinzenal com o primeiro-ministro realizado a 19 de março de 2008.

- As PPP na saúde

É a partir de 2001 que o tema das parcerias público-privadas em saúde reentra na agenda política, num processo de agendamento sucessivo por dois governos. O ponto de partida é a Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 27 de setembro, que, relembrando que a Lei de Bases da Saúde considerava "que a gestão das unidades de saúde deve progressivamente obedecer a regras de gestão empresarial", admitia a realização de experiências inovadoras de gestão submetidas a regras fixadas por lei (Base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Essa resolução do conselho de ministros de 2001 criava, para o desenvolvimento dessas novas formas de gestão de unidades de saúde, a estrutura de missão Parcerias Saúde.

A resolução do conselho de ministros, publicada poucos meses antes da demissão do Governo, assumia assim o objetivo de que as parcerias com o sector privado e entidades públicas para novas unidades de saúde constituíssem "um modelo alternativo à gestão pública convencional dos estabelecimentos hospitalares, a seu tempo devidamente avaliado".

A estrutura de missão tinha como finalidade "executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, tal como vem consagrado na base XXXVI da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, nomeadamente através da criação de parcerias público-públicas e público-privadas."

Logo em 2002, a duas semanas das eleições legislativas, o Governo apresenta a proposta da chamada 1.ª vaga de hospitais para construção em PPP, que incluía a construção dos hospitais de Loures, Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Sintra.

Quando, em 2002, se realizam eleições legislativas há uma conjuntura de profunda convergência de políticas nesta área entre os três partidos mais votados nas eleições: o PSD, o PS e o CDS. Todos eles defendiam nos seus programas eleitorais o caminho da empresarialização dos hospitais e a necessidade de intensificar as parcerias entre sector público e sector privado. No âmbito da reforma hospitalar, esta convergência incidia especialmente:

> na introdução da abordagem das parcerias público-privadas, promovendo a participação do sector privado na gestão e financiamento de unidades hospitalares do SNS e a empresarialização da gestão hospitalar, designadamente com a alteração das práticas publicas de gestão e financiamento (...), introduzindo um estatuto de natureza empresarial, embora sob controlo acionista público (Simões, 2004:80).

O modelo escolhido para as PPP na saúde em Portugal apresentava características semelhantes e características divergentes relativamente aos modelos que o inspiraram, que importa referir. Os modelos de referência, desenvolvidos ao longo dos anos 1990, foram essencialmente três: o Reino Unido, o estado de Vitória, na Austrália, e o modelo autonómico de Valência (Simões, 2004: 84).

Quadro 5.23 Modelos de PPP

Modelo	Construção/prestação de cuidados	Duração e reversibilidade
Reino Unido	Operadores privados assumem a prestação dos serviços de infraestrutura e de serviços logísticos de apoio à prestação de cuidados. Ou seja, trata-se da construção das unidades de saúde, incluindo a manutenção e a prestação de serviços de apoio ao longo do período do contrato, estando excluída a prestação de cuidados de saúde.	25 anos. Ativos reversíveis para o SNS
Estado de Vitória, Austrália	Envolvia a contratação de serviços clínicos e da construção das unidades de saúde	Ativos não reversíveis para o SNS
Modelo Autonomia Regional de Valência (Espanha)	Operadores privados asseguram a conceção, construção e financiamento de unidades hospitalares e a prestação de cuidados de saúde, através de uma concessão administrativa	Prevê-se a transferência da unidade de saúde para o sector público no final do contrato.

A mais importante destas diferenças é a inclusão da gestão clínica no âmbito da parceria público-privada para a construção de novas unidades hospitalares. Ou seja, a parceria não é somente para a infraestrutura e serviços associados (como em Inglaterra, país que mais inspirou as práticas de PPP), mas também para a prestação do serviço público de saúde. De acordo com o modelo adotado em Portugal, a parceria inclui duas sociedades gestoras, uma responsável pela gestão do edifício e outra responsável pelo estabelecimento hospitalar (incluindo a gestão dos vários serviços e a gestão clínica). Os contratos incluem dois horizontes temporais diferentes, mais curto para a gestão do estabelecimento hospitalar (10 anos), mais longo para o equipamento (30 anos).

O modelo então escolhido implicava a inclusão dos hospitais em PPP na rede do SNS, obedecendo à legislação aplicável aos hospitais públicos e não existindo, de acordo com Vital Moreira e Gomes Canotilho, "incompatibilidade [do modelo de PPP] com a Constituição, desde que essas unidades de saúde fiquem sujeitas às regras do SND (universalidade do acesso, padrões de qualidade, quase gratuitidade, etc." (Canotilho e Moreira, 2007, citados por Campos & Simões, 2011:211).

Assim, o processo da 1.ª vaga das PPP, iniciada em 2003, concretiza-se em 6 equipamentos:

Quadro 5.24 Concursos em PPP

	População servida	Data do concurso – data da assinatura	Grupo vencedor	Entrada em funcionamento
Hospital de Loures	272.000	dezembro 2003 – março 2007	Grupo Espírito Santo	março 2011
Hospital de Cascais	285.000	julho 2004 – fevereiro de 2008	Lusíadas Saúde	(fevereiro 2010) fevereiro 2008
Hospital de Braga	1.093.000	2005 – setembro 2009	José de Mello Saúde	maio 2011
Hospital de Vila Franca de Xira	244.000	2005 – abril 2011	José de Mello Saúde	setembro 2013 (junho 2011)
Centro de Atendimento do SNS (Linha Saúde 24)	10.562.000	maio 2006	LCS (Linha de Cuidados de Saúde)	abril 2007
Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul	603.000	junho 2006	Grupo Português de Saúde	abril de 2007

Fonte: Tribunal de Contas (2013).

- Mudanças políticas nas PPP

Ao longo dos últimos anos, foram diversas as avaliações críticas às PPP na área da saúde. O Tribunal de Contas, logo em 2009, procedeu a uma avaliação do processo, em que apontou diversas críticas:

- falta de instrumentos de planeamento sectorial, nomeadamente ao nível das administrações regionais;
- dificuldades na avaliação prévia de capacidades, em resultado da inexperiência nas PPP e da fragilidade da informação disponível;
- ausência de planeamento e controlo, nomeadamente no que diz respeito à falta de definição do papel das diferentes entidades públicas;
- ausência de uma estratégia coerente da parte do Estado, visível no experimentalismo, na criação de um modelo complexo sem comparabilidade internacional;
- intensidade do fluxo de projetos, criticando-se a existência de quatro projetos simultâneos, em vaga, em lugar de um projeto-piloto que permitisse ter em conta a avaliação de resultados;
- as peças concursais, destacando-se a sua falta de clareza, a sua rigidez, e a falta de parâmetros de avaliação das propostas;
- o desenho de procedimentos, referindo-se o excesso de burocracia nos concursos, a inexistência de uma pré-qualificação dos concorrentes e a consequente complexidade da fase final de negociações;

- na avaliação das propostas, criticando os problemas de funcionamento das comissões de avaliação que se limitavam a validar as avaliações efetuadas por consultores externos;
- nos recursos, sendo identificada a desadequação do recurso aos consultores e a desadequação de afetação de recursos internos;
- na capacidade de resposta da gestão pública, realçando-se a lentidão, a morosidade, a dificuldade em incorporar os resultados da experiência.

Numa avaliação coordenada por Pita Barros, realizada em 2008, ao desempenho do Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel, comparando-o com o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e com o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, conclui-se que:

> No que respeita à avaliação comparada do desempenho do Centro de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel, a análise de indicadores realizada mostra que não há um Centro de Reabilitação que domina sistematicamente os restantes. Existe sempre uma dimensão em que cada Centro de Reabilitação é dominado pelo menos por um dos outros Centros de Reabilitação (…) De momento, as vantagens da parceria aparentam decorrer da necessidade de cumprir o contrato, e não de uma maior capacidade de gestão privada, dadas as condições de procura em que esta última teve de operar no ano de 2008. (Barros, 2010:205-6)

Além da avaliação desta parceria específica, os autores procuram identificar algumas questões críticas nas parcerias público-privadas e principais recomendações de melhoria associadas a essas críticas:

- a morosidade do processo, referindo a avaliação que é possível "reduzir o tempo entre a decisão de lançamento da parceria e a assinatura do contrato de gestão";
- a inclusão da dimensão da gestão clínica, que deve ser debatida caso a caso, tendo em conta a natureza do investimento e do benefício social. A este resposto, afirmam os autores: "Em parcerias onde os benefícios sociais resultantes sejam muito sensíveis a investimentos, em sentido lato, que não são suscetíveis de serem especificados contratualmente e o custo público de realização desses investimentos não tenha grandes diferenças entre o sector público e o sector privado, então a gestão clínica deverá ser retida pela parte públicas da parceria" (Barros, 2010:204).
- a inexistência de capacidade técnica por parte do Estado, nomeadamente nas administrações regionais de saúde, apesar da criação da figura do gestor do contrato para realizar o acompanhamento da parceria.
- Necessidade de evitar situações de renegociação contratual *ad hoc*.

Em 2008, o Governo do PS assume que as PPP previstas no Despacho n.º 12 891/2006, que inclui o Hospital de Todos-os-Santos, adotarão um modelo diferente dos designados hospitais de 1.ª vaga, uma vez que não incluem a vertente dos serviços clínicos no seu objeto de contratação. O mesmo foi tornado público no mesmo debate, já citado, em que se anunciou o fim da concessão à gestão privada do Hospital Amadora-Sintra:

> O Governo valoriza, como se sabe, as parcerias entre os sectores público e privado. Mas, não haja dúvidas, no que diz respeito aos hospitais a nossa orientação é clara: as parcerias público-privadas são úteis para a construção, mas a gestão hospitalar, essa, deve permanecer pública.
> Para nós, o Estado pode e deve partilhar com investidores privados os programas de financiamento e de construção de unidades hospitalares, mas deve guardar para si a administração e a gestão dos hospitais do SNS (discurso do primeiro-ministro no debate quinzenal de 19 de março de 2008).

A partir do ano 2017, decorreram os prazos em que os contratos existentes para a gestão clínica das quatro PPP seriam renegociados, estando em causa a decisão de manter ou anular as PPP para a gestão clínica (já que as PPP para a construção se prolongam por 30 anos, até 2038 a 2041).

- As PPP como instrumento de fortalecimento dos grupos económicos de maior dimensão na saúde

A decisão de incluir a gestão clínica no âmbito das parcerias público-privadas teve como consequência relevante o fortalecimento dos grupos privados de saúde. De acordo com a Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP), a hospitalização privada em Portugal tem um volume de negócios de cerca de 1500 milhões de euros anuais, sendo 83% desse volume gerado pelos quatro maiores grupos privados de saúde: Mello Saúde (494 milhões em 2013), Espírito Santo Saúde (373,6 milhões de euros), Lusíadas (290 milhões) e Trofa Saúde (80 milhões de euros).

O José de Mello Saúde tem origem em 1945, com a primeira clínica CUF, mas todas os outros equipamentos hospitalares iniciaram atividade depois da concessão do Amadora-Sintra. O grupo Espírito Santo Saúde é criado no ano 2000 (em 2014 muda de nome para Luz Saúde) e o grupo Lusíadas em 1999 e também cresceram significativamente depois dos contratos com o Estado. A análise mais aprofundada dos efeitos da contratualização entre o Estado e o sector privado na criação de volume de negócios, na fixação de profissionais, no alargamento de experiência e de diversidade de intervenção do sector privado é uma área de estudo fundamental, ainda que a influência da relação com o Estado, pelo menos numa fase de crescimento, seja visível e assumida por muitos: “A adjudicação da gestão de um grande hospital a um desses importantes grupos, em 1995, permitiu-lhe ganhar experiência, ensaiar modernos modelos de gestão, atrair bons profissionais em regime permanente e obter volantes de tesouraria em valores elevados” (Campos & Simões, 2011:172)

No entanto, é desde já possível a afirmação de que a contratualização com o sector privado foi, a par da ADSE, fundamental para o crescimento e sedimentação do sector privado da saúde em Portugal, podendo hoje assistir-se a uma concentração nos grandes grupos de saúde de grande parte de prática privada que, em Portugal, era tradicionalmente desenvolvida em consultórios da propriedade dos profissionais médicos. Nas palavras de Correia de Campos e Jorge Simões (2011):

> Estamos perante um novo sector privado, que vive já não das sobras e incapacidades do SNS, mas do atendimento de uma clientela própria, segurada, do sector privado e do sector público, incluindo a ADSE. O mercado potencial pode ir facilmente até 2,5 milhões de Portugueses. (Campos & Simões, 2011:172).

As convenções com o sector privado e a ADSE foram também dois instrumentos fundamentais para a resiliência do sector privado a partir da criação do SNS, tendo permitido igualmente o exercício da profissão liberal por parte dos médicos, normalmente em acumulação com o exercício de prática pública. Num segundo momento, a revisão do estatuto dos hospitais permitiu o crescimento e sedimentação do sector privado organizado em grandes grupos, que tem vindo a concentrar a prática privada, durante anos organizada em consultórios particulares de médicos ou grupos de médicos. Ao contrário do que acontece na educação, na saúde as mudanças verificadas no período democrático resultaram de mudanças constitucionais – nomeadamente quanto às mudanças relativamente à gratuitidade – e das mudanças concretizadas através de alterações às leis de bases, que enquadraram progressivamente o sector privado na prestação de cuidados.

5.5 Evolução dos indicadores público-privado na saúde

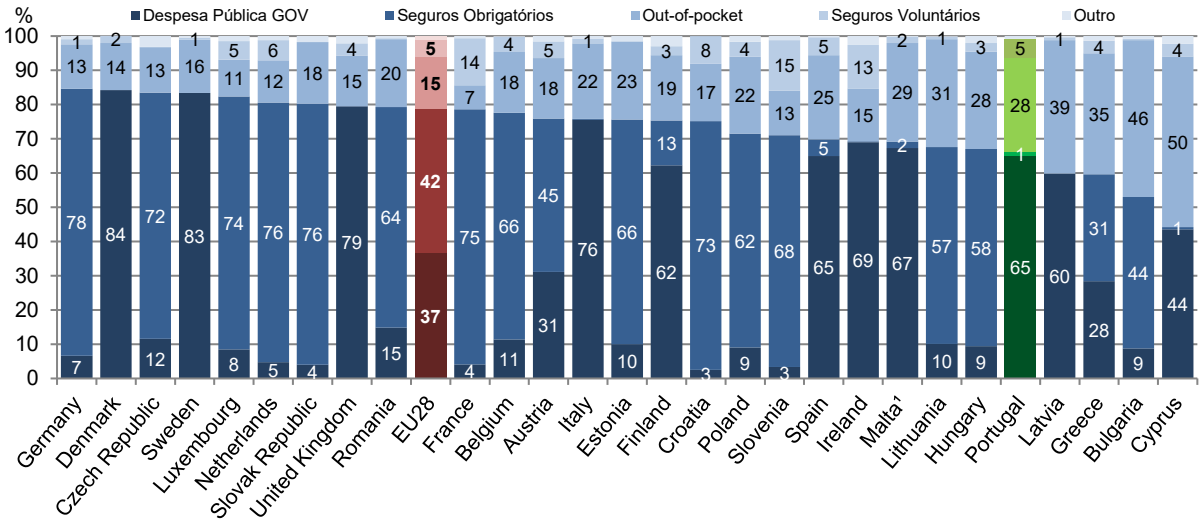
Analisado o lugar do sector privado em algumas dimensões fundamentais das políticas de saúde, importa procurar compreender qual o impacto destas mudanças políticas no peso efetivo do sector privado no equilíbrio de esforços entre o sector público e o sector privado na saúde em Portugal.

Foram selecionados, para este texto, os seguintes indicadores: financiamento público e privado na saúde, despesas diretas das famílias em saúde, número de hospitais públicos e privados, número de internamentos por tipo de hospital, número de consultas e de episódios de urgências.

- Financiamento

Os dados relativos ao financiamento mostram um maior equilíbrio, por exemplo na comparação com o caso da educação, entre a dimensão pública e a dimensão privada. De facto, a despesa pública em saúde é de cerca de 62% do total da despesa em saúde (quando na educação ultrapassa os 90%). Quando comparamos Portugal com os restantes países da OCDE, verificamos que é um dos países onde a componente pública da despesa em saúde é menor.

Figura 5.5 Financiamento público, privado e das famílias na saúde



Fonte: OCDE, 2013.

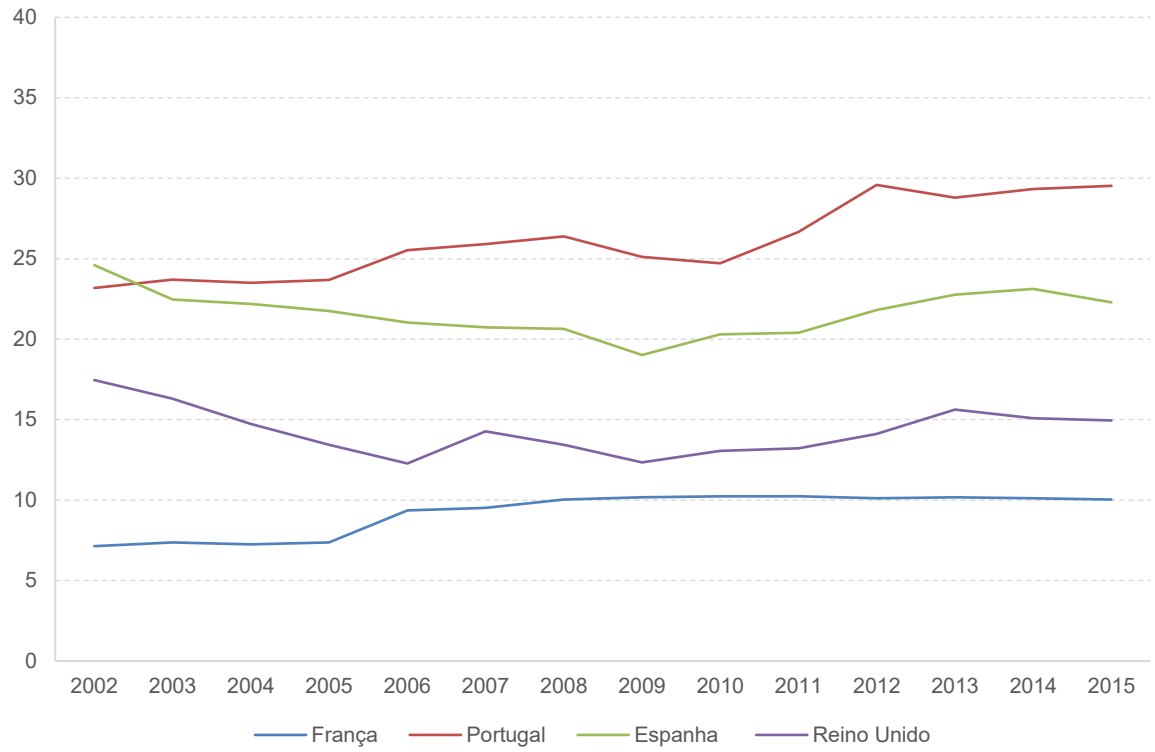
Quando analisamos em detalhe que componentes estão presentes na despesa privada em saúde em Portugal, concluímos que os 34% de despesa privada entre o total da despesa em saúde é composto por 28% de despesa direta das famílias (*out-of-pocket*), 5% de despesa de seguros privados voluntário e 1% de seguro obrigatório.

Quando analisamos a comparação da evolução dos pagamentos diretos das famílias desde o ano 2000, para um conjunto de países[83] verificamos que Portugal é um dos países em que mais sobe o peso dos pagamentos diretos das famílias no total da despesa corrente em saúde desde 2000, sendo o único, entre os países selecionados para esta comparação, que piora a sua situação desde 2000. Em 2015, os pagamentos diretos das famílias alcançavam 28% do total da despesa corrente em saúde, valor que se compara muito negativamente com os 7% em França, os 10% no Reino Unido, e mesmo os 20% de

[83] Além de Portugal, foram selecionados, para efeito ilustrativo, três outros países da Europa do Sul; e, para efeitos comparativos, o caso do Reino Unido, por ter sido o modelo no qual Portugal se inspirou para a definição do seu modelo de sistema de saúde, e o caso francês, como exemplo do modelo continental.

média da OCDE. É nos países da Europa do Sul que se encontram valores mais próximos do português, (22% em Itália, 21% em Espanha), sendo o da Grécia (31%) um valor mais alto, ainda que em queda.

Figura 5.6 Variação do peso dos pagamentos diretos das famílias na despesa corrente em saúde



- Hospitais: combinação entre público e privado

Um dos elementos importantes para avaliar o equilíbrio entre público e privado é a forma como a oferta se organiza. Neste campo, é fundamental analisar o peso dos sectores público e privado, bem como a sua evolução. Podemos observar que os hospitais se dividem quase igualmente entre o sector público e o sector privado, com ligeira vantagem para o sector público.

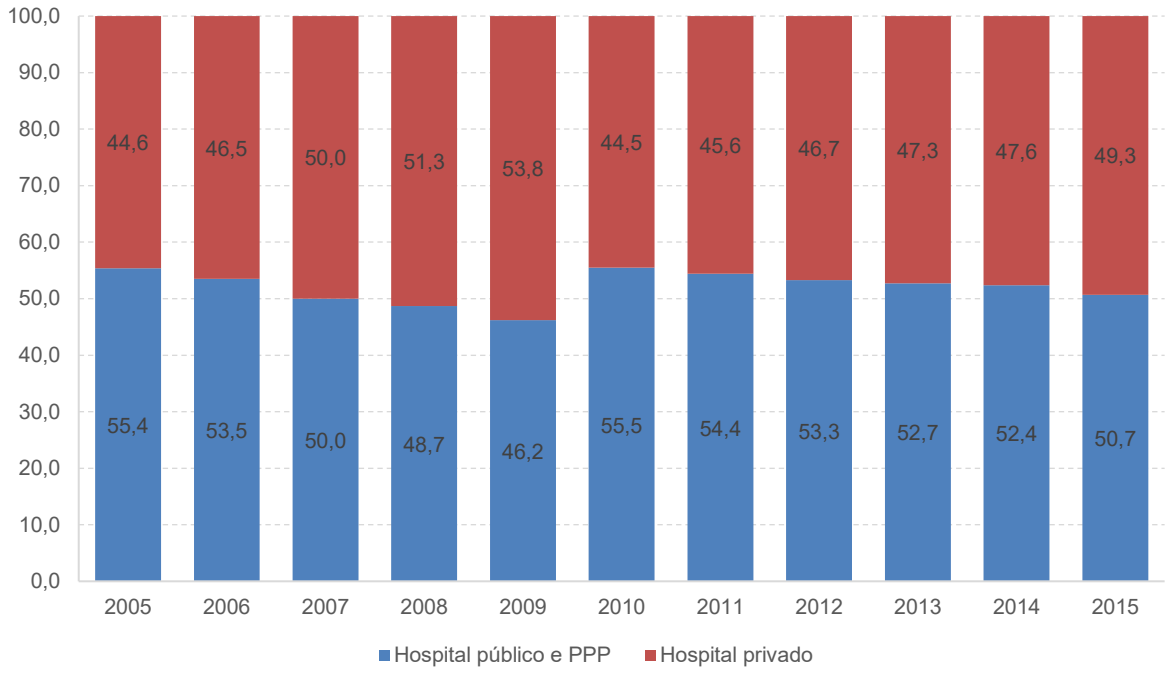


Figura 5.7 Hospitais entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%)

Fonte: INE – Inquérito aos Hospitais.

A superioridade do sector público é bastaste mais significativa no que diz respeito à natureza institucional dos atendimentos nas urgências, atingindo os 88%. No entanto, é visível um crescimento do peso do sector privado nas urgências, que duplicou entre 2002 e 2013, passando de 6% para os 12%.

De facto, "entre 2002 e 2012 os hospitais oficiais, de direito público, revelaram uma tendência de redução do número de unidades, em cerca de 7,6%, por extinção ou por fusão de unidades de pequena e média dimensão, enquanto os hospitais privados aumentaram esse número em 10,6%" (Fernandes & Nunes, 2016).

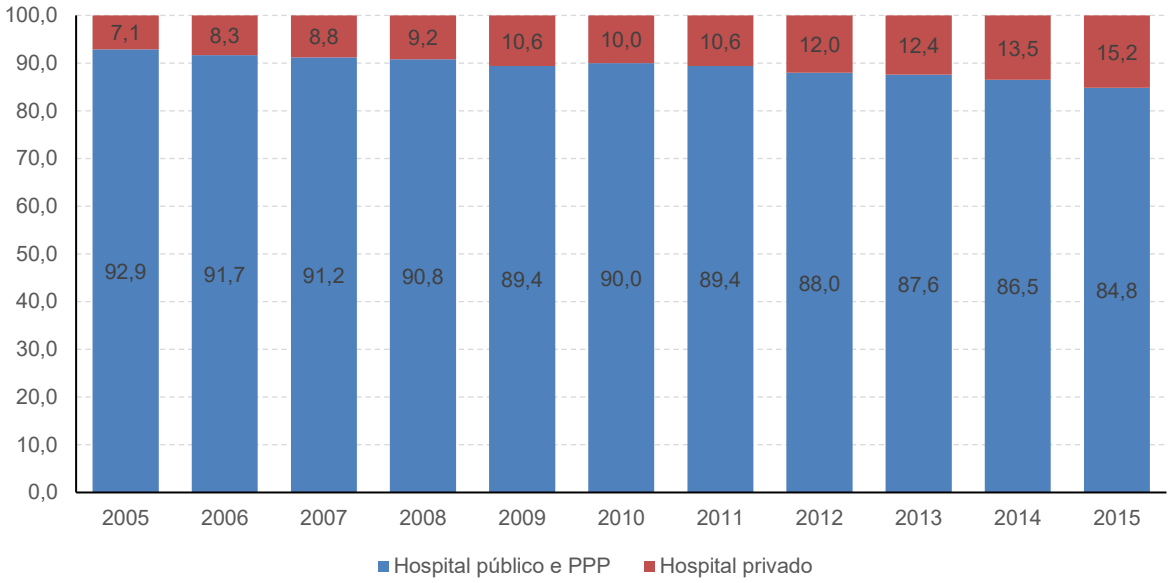


Figura 5.8 Atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%)

Fonte: INE – Inquérito aos hospitais.

Já no que diz respeito às camas de internamento, mantendo-se a superioridade do sector público, o peso do sector privado rondava já, em 2013, os 30% das camas de internamento. De notar que o peso do sector privado no que diz respeito às camas de internamento era, em 2002, de 23% e passa, em 2013, a representar 30%.

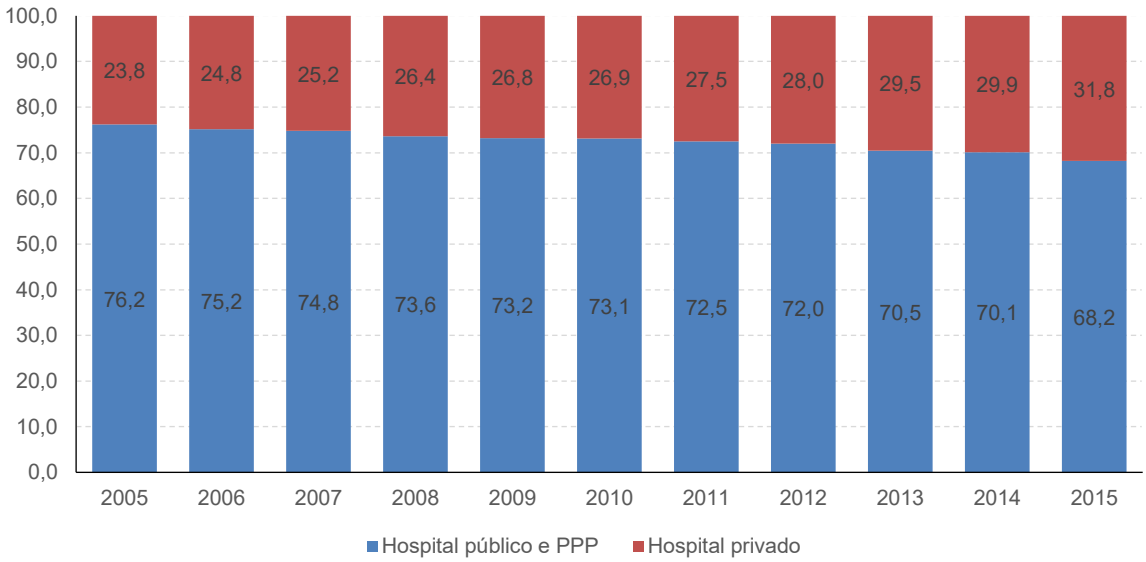


Figura 5.9 Camas de internamento entre 2002 e 2013, segundo a natureza institucional (%)

Fonte: INE – Inquérito aos hospitais.

Também nas consultas, se verifica um significativo crescimento do peso do sector privado, que atinge em 2013 os 29% do total das consultas médicas nas consultas externas nos hospitais. O crescimento do sector privado nas consultas é mais significativo do que verificado nas camas de internamento, passando de 17% em 2002, para 29% em 2013.

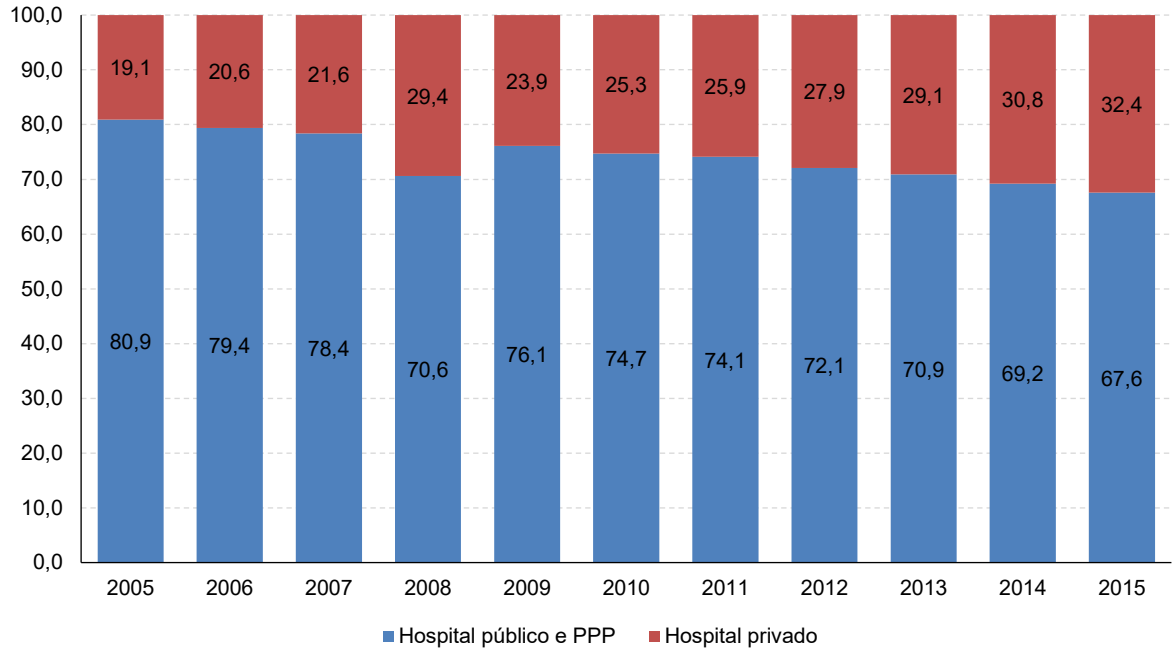


Figura 5.10 Consultas médicas nas consultas externas dos hospitais entre 2002 e 2012, segundo a natureza institucional (%)

Fonte: INE – Inquérito aos hospitais.

Estes dados comprovam a crescente relação entre o sector público e o sector privado na saúde, que decorre das mudanças legislativas que acima identificámos e também da aplicação dos diferentes instrumentos de políticas acima apresentados, nomeadamente os acordos, as convenções e as parcerias público-privadas. Esta dinâmica ocorre paralelamente ao aumento da oferta por parte dos grupos privados de saúde.

5.6 Os atores e as bases da saúde

A aprovação de mudanças sucessivas no sistema de saúde – da sua fundação às alterações mais recentes – contou com a tomada de posição dos principais atores, importando realçar o papel dos grupos profissionais, em particular dos médicos.

Os médicos desempenharam um papel sempre crucial na definição das bases do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, bem como na generalidade dos países, opondo-se a versões mais socializadas da atividade médica, por um lado, mas também a processos de privatização significativos. Ou seja,

pugnando pelo exercício da medicina livre, sem exclusividades e que não distanciasse a atividade médica da sua matriz de profissão liberal, mas rejeitando igualmente uma situação de mercado totalmente livre e sem que o Estado tivesse funções de prestação de cuidados.

Ao longo das últimas décadas, os médicos tiveram um importante papel na definição do modelo de sistema de saúde misto que caracteriza o caso português. As instituições de representação dos médicos foram muito ativas, ao longo dos últimos 50 anos. Num primeiro momento, ainda antes da revolução democrática, na elaboração do relatório das carreiras médicas e na definição entre o final dos anos 1960 e o princípio dos anos 1970 dos traços essenciais do que viria a ser o SNS. Num segundo momento, foi relevante a oposição ao modelo de Serviço Nacional de Saúde e na defesa de um modelo baseado no regime convencionado, mais de tipo continental, que refletisse uma continuidade maior com o regime corporativo do Estado Novo. Posteriormente, estabilizado o modelo que seria aplicado em Portugal, na oposição à definição de exclusividades, na defesa da acumulação por parte dos médicos entre prática pública e prática privada.

> O SNS integrou os serviços médico-sociais existentes antes de 1974 que haviam sido separados das caixas de previdência e os hospitais das misericórdias que haviam sido nacionalizados. Não se excluiu por completo a iniciativa privada da provisão de saúde, prevendo-se a sua articulação com o sector público, através de "convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou privadas" (Santos, 1987: 47). A ordem dos médicos opôs-se, argumentando que o SNS prejudicaria a "livre escolha do médico" e induzia perda de qualidade, propondo um modelo de medicina convencionada com o Estado e de seguro-doença (Branco, 2017:546).

Assim, no contexto da relação entre público e privado na saúde, procurar-se-á identificar quatro momentos essenciais para avaliar a tomada de posição da classe médica em relação às mudanças políticas nesta área:

- em primeiro lugar, o momento da criação do SNS, entre 1978 e 1979, e da definição do modelo de cuidados de saúde a adotar;
- o momento que antecede a aprovação da lei de bases, entre 1989 e 1990, incluindo a tentativa de definição de novas regras de exclusividade e de separação entre prática pública e prática privada por parte dos médicos;
- o momento entre 1998 e 2000, relativo à aplicação do regime remuneratório experimental.
- O momento de pressão por aumentos salariais num contexto de redução global de salários durante o período de assistência (2010-2015).

Quadro 5.25 Crises de governação do sistema de saúde

1979	Agenda da governação até 1979	No anteprojeto de criação do SNS apresentado em março de 1978 abria-se a possibilidade da exclusividade da prática pública. No projeto apresentado em novembro de 1978 essa possibilidade passava a regra. A Ordem dos Médicos defende um projeto alternativo, assente na liberdade de escolha dos cidadãos e num modelo de seguro nacional de saúde e na prestação da medicina convencionada.
	Desenlace em 1979	Na lei aprovada a exclusividade é apresentada como regra geral, anunciando que no estatuto da carreira serão definidas as exceções e fixado o suplemento remuneratório em caso de exclusividade.
1990	Agenda da governação até 1990	Melhoria das remunerações no sector público; Separação público/ privado, no contexto da Lei de Bases de 1990; Aumento da produtividade do sector público.
	Desenlace em 1990	A nova equipa ministerial confirma as melhorias de remuneração, mas cede na separação "público-privado"
2000	Agenda da governação até 2000	Conjunto de alterações legislativas, com vista à reforma do SNS: início de modalidades de remuneração com base no desempenho (incompatibilidades na medicina convencionada; Regime Remuneratório Experimental; programa de recuperação das listas de espera; condição para o pagamento de horas extraordinárias nos serviços de urgência.
	Desenlace em 2000	A nova equipa ministerial canalizou os aumentos da remuneração para as horas extraordinárias. Paralisa a reforma do SNS.
2012	Agenda da governação durante o Memorando de atendimento	A passagem das 35 para as 40 horas sem aumento salarial é uma medida que se aplica genericamente aos funcionários públicos.
	Desenlace em 2012	O acordo assinado com os médicos prevê o aumento do período normal de trabalho e das horas de urgência, mas, ao contrário do que acontece nas restantes carreiras, tem associado um aumento salarial.

Fonte: baseado em Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001) e com elementos de elaboração própria.

- A classe médica e a construção do SNS

Entre 1978 e 1979, a Ordem dos Médicos (OM), liderada pelo bastonário Gentil Martins, protagoniza a oposição ao modelo de Serviço Nacional de Saúde proposto primeiro pelo II Governo Constitucional e, depois, pelo PS no Parlamento.

Em 1978, na fase de apresentação do anteprojeto por parte do II Governo Constitucional, a Ordem dos Médicos protagonizou a oposição ao modelo de Serviço Nacional de Saúde apresentado pelo ministro dos Assuntos Sociais, António Arnaut:

> A oposição da direção da Ordem dos Médicos foi também expressiva, acusando a lei de limitar o princípio da livre escolha do médico pelo doente, de transformar os médicos em funcionários públicos, de "caixificar" e "sovietizar" o sistema de saúde, de afastar Portugal dos modelos de seguro-doença dos países mais desenvolvidos da Europa (Simões, 2004:99).

Nas palavras de Gentil Martins, em entrevista[84] em fevereiro de 2015 ao *Jornal Médico*, a propósito das revindicações de 1978 e 1979:

> Não concordávamos com o modelo e apresentámos um projeto alternativo ao "estatizante", proposto por António Arnaut, que considerávamos irrealista. O nosso modelo assentava na liberdade de escolha dos cidadãos e numa medicina convencionada, suportada por um "Seguro Nacional de Saúde", obrigatório, independente do Orçamento do Estado. Para esse seguro nacional, o prémio a pagar seria proporcional à capacidade financeira das pessoas. "Escolha o Seu Próprio Médico", era o lema de um pequeno livro de que foram impressos 100 mil exemplares, onde se explicava a proposta da Ordem.

A defesa do modelo de medicina convencionada continuou a marcar a atividade da OM nos anos posteriores à definição do modelo de SNS. Numa publicação da OM em 1984, de nome "Um sistema nacional de saúde", o modelo baseado na medicina convencionada era defendido com base na liberdade de escolha do médico e da instituição de saúde, defendendo que este modelo não traria quaisquer custos acrescidos para os cidadãos.

> Objetivos:
> Estender a todos os benefícios de alguns privilegiados:
> A liberdade de cada um escolher o Médico ou a instituição que lhe presta cuidados de saúde; a liberdade de cada um ter o seu Médico e não apenas UM médico; a liberdade de mudar é o melhor meio de defesa do doente contra maus cuidados de saúde; a liberdade traz a confiança e a responsabilidade – dá satisfação e dá tranquilidade
> Médicos estimulados e justamente compensados elevam o nível geral dos cuidados de saúde
> É isto que o doente tem a ganhar, sem pagar mais, pelas propostas da ordem dos médicos.
> Medicina convencionada = medicina livre, personalizada, com continuidade, mas responsável, coordenada e financeiramente comportável e realista. Sistema justo para o doente e para o médico (Ordem dos Médicos, 1984).

Com a decisão do Tribunal Constitucional, em 1984, estabelece-se definitivamente o modelo de cuidados de saúde e o debate político transforma-se. As posições da Ordem dos Médicos acompanham essa transformação.

- A Ordem dos Médicos e a oposição à Lei de Bases da Saúde de 1990

Em 1990, a proposta de uma nova Lei de Bases da Saúde abre um campo novo de debate com a Ordem dos Médicos a propósito dos traços gerais do sistema, retomando e reforçando a defesa da medicina convencionada.

[84] *Jornal Médico*. (2015, fevereiro). António Gentil Martins: Histórias de quando a OM foi extinta e convertida em sindicato.

Por altura da aprovação em Conselho de Ministros da Proposta de Lei de Bases da Saúde, a Ordem dos Médicos, através do bastonário Machado Macedo, divulga dois documentos de tomada de posição pública sobre a proposta apresentada, na *Revista da Ordem dos Médicos* de fevereiro de 1990:

- Uma análise pormenorizada, artigo a artigo, da proposta de lei aprovada pelo Governo – em que se critica o facto de não se concretizar uma rutura significativa com a lei aprovada em 1979, mantendo um modelo que, no entender da OM, era excessivamente estatista;
- Um projeto de Lei de Bases da Saúde alternativo ao apresentado pelo Governo, elaborado pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos – que defendia um modelo mais próximo, segundo a OM, dos desenvolvimentos internacionais, assente na lógica concorrencial entre os sectores público e privado.

No que diz respeito às críticas feitas à proposta apresentada pelo governo, podemos identificar cinco grandes grupos de questões (quadro 5.26).

Quadro 5.26 Críticas da Ordem dos Médicos à Lei de Bases da Saúde de 1990

Quanto ao sistema	Integração de um sector privado, além do SNS. Igualdade de tratamento entre SNS, privado puro e privado convencionado. Financiamento através de contribuição específica voluntária.
Quanto aos doentes	Liberdade de adesão ao SNS ou a outro esquema de saúde. Liberdade de escolha entre sectores. Liberdade de escolha de profissionais. Comparticipação dependente do rendimento.
Sector convencionado privado	Convenções totalmente abertas e com garantia de qualidade e organizadas pelas organizações profissionais. Liberdade de escolha e de condições face ao serviço público.
Sector privado puro	Organização com base em seguros de saúde privados ou de base profissional. Possibilidade de opting-out.
Profissionais	Livre opção pelo serviço separado ou simultâneo em qualquer um dos sectores. Poder disciplinar e deontológico da OM.

Fonte: Ordem dos Médicos (1990, fevereiro).

O editorial da *Revista da Ordem dos Médicos*, de julho de 1990, descreve os objetivos do processo negocial entre o grupo parlamentar do PSD e a Ordem dos Médicos:

> É do conhecimento geral, e dos médicos em particular, que o Conselho Nacional Executivo da Ordem foi convidado para discutir e, eventualmente, contribuir para a modificação e melhoria do texto enviado pelo Governo à Assembleia da República no início deste ano. (...) Temos consciência de ter defendido os médicos e de ter contribuído para que a Lei de Bases se tornasse num documento... possível (Ordem dos Médicos, 1990, julho:3).

Quadro 5.27 Acordo entre a Ordem dos Médicos e o Grupo Parlamentar do PSD face à Lei de Bases da Saúde de 1990

	Proposta Governo	**Acordo PSD-OM**
Base II	c) A implantação de serviços de saúde público obedece às diretrizes estabelecidas pelo governo.	Item eliminado. **(Aceite)**
Base VII	O Conselho Nacional de Saúde inclui representantes dos utentes, dos trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas conexas e de outras entidades.	Sugeria a inclusão de representantes dos subsistemas **(Rejeitada)**
Base XII	1 - O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde, por todas as entidades públicas e privadas que desenvolvem atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e ainda por todos os profissionais que nelas trabalham. 4 - A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior. Tendencialmente, devem ser adotadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde	1 - O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades. **(Aceite)** 5 - Tendencialmente, devem ser adotadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde. **(Aceite)** 6 - O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência. **(Aceite)**
Base XV	2 - Incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a atividade pública e a atividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional. 3 - O MS organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, devem ser adotadas formas de colaboração com as associações profissionais de direito público a quem as leis cometam a responsabilidade pela organização de registos sectoriais, por forma a evitar duplicações.	2 - Sugere que onde se diz "incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a atividade pública e a atividade privada" se passe a dizer "combater o pluriemprego e as situações de conflito de interesse entre a atividade pública e a atividade privada" **(Rejeitada)** 3 - O Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, com exclusão daqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público. (**Aceite**) 4 - A inscrição obrigatória referida no número anterior é da responsabilidade da respetiva associação profissional de direito público e funciona como registo nacional dos profissionais nela inscritos, sendo facultada ao MS sempre que por este solicitada. **(Aceite)**
Base XXVII	Possibilidade de acordos atribuída à ARS.	Abre possibilidade a acordos nacionais. **(Aceite)**
Base XXXI	3 - Os profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde não podem prestar cuidados de saúde em regime de convenção ou reembolso, com remuneração direta ou indireta aos beneficiários do SNS. 4- Os profissionais de saúde a trabalhar no SNS são profissionais da função pública e estão sujeitos às mesmas regras de incompatibilidades e acumulações.	3 - Aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a atividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos por esta forma prestados aos seus beneficiários. **(Aceite)** 4- Suprimir (**Aceite)**

Base XXXII	2 – O ingresso dos médicos e a sua permanência no SNS depende de inscrição na OM. 3 - É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, mesmo para os atos praticados no âmbito do SNS. 4 – A lei regula as carreiras de clínica geral, medicina hospitalar e saúde pública com a mesma dignidade. 5. A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados em termos a regulamentar.	2 - É definido na lei o conceito de ato médico. **(Aceite)** 3 - O ingresso dos médicos e a sua permanência no Serviço Nacional de Saúde dependem de inscrição na Ordem dos Médicos. **(Aceite)** 4 - É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os atos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da atividade médica. **(Aceite)**
Base XL	1 - Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal consideram-se incluídos no sistema de saúde e, nessa situação, desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.	1 - Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei. **(Aceite)**
Base XLIV	Não existia na proposta.	As convenções celebradas com profissionais do Serviço Nacional de Saúde mantêm-se transitoriamente, nos termos dos respetivos contratos, em condições e por período que vierem a ser estabelecidos em diploma regulamentar. **(Aceite)**

Fonte: Ordem dos Médicos (1990, julho).

Dessas negociações resulta um acordo que reforça as condições de acumulação com a prática privada (recuando o Governo e o PSD na ideia de que na saúde se aplicariam as limitações de incompatibilidades e acumulações), reforça o poder da Ordem dos Médicos, que passa a assumir o registo dos profissionais quando exista obrigatoriedade de inscrição na ordem; e são reforçadas as condições para as convenções com os privados. Todos os elementos deste acordo contribuem para o reforço do carácter misto do sistema de saúde.

Na *Revista da Ordem dos Médicos* de julho de 1990, acima já referida, escreve-se um acordo que consegue "soluções adequadas" (p. 22) e assinala como ponto de discórdia a impossibilidade de alargar a plena liberdade de convenção a todos os profissionais dos quadros do SNS, uma vez que ficou estabelecido que os funcionários do SNS podem exercer atividade em regime livre desde que dela não resulte a oneração do SNS, ou seja, desde que esta não seja em regime de convenção.

No mesmo período, Leonor Beleza (ministra da Saúde entre 1985 e 1990) colocou em negociação um novo estatuto das carreiras médicas em 1989 que gerou uma enorme contestação por parte, quer da Ordem dos Médicos, quer dos sindicatos médicos. Essa contestação teve por base tanto as dimensões salariais, mas também a introdução do regime de exclusividade, facultativa, que se traduzia em maiores aumentos salariais e um regime horário mais alargado. Este diploma viria a ser aprovado no

final de 1989, mas, tal como a Lei de Bases da Saúde, apenas seria publicado e entraria em vigor no mandato de Arlindo de Carvalho, sucessor de Leonor Beleza como ministro da Saúde.

- As polémicas no âmbito das carreiras da viragem do século

Entre 1998 e 2000 o tema central das controvérsias entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos é o da reforma das carreiras e a introdução de modalidades de remuneração com base no desempenho.

No documento estratégico "Saúde em Portugal – Uma estratégia para o virar do século" (Ministério da Saúde, 1997) essas prioridades aparecem identificadas entre as oito prioridades estratégicas definidas para as políticas de saúde:

> (6) o ensaio de novas formas de remuneração do trabalho profissional que premeiem o desempenho e promovam uma diferenciação positiva no sector da saúde;
> (8) a explicitação de uma política para os profissionais da saúde que inclua uma demografia apropriada, a melhoria das condições de formação em todos os seus estádios, a sua liderança na garantia da qualidade, o seu envolvimento nas decisões de gestão, o reforço dos mecanismos que permitam melhorar continuamente as condições de trabalho (Ministério da Saúde, 1997).

Na sequência destas prioridades, são lançadas um conjunto de medidas de política com vista à reforma do SNS. Destaca-se o Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio, que estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos, dando início a modalidades de remuneração com base no desempenho ou definição de incompatibilidades na medicina convencionada (Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril). Entre estas medidas encontrava-se ainda um programa de recuperação das listas de espera e mudanças nas condições para o pagamento de horas extraordinárias nos serviços de urgência.

Depois de uma greve que durou vários meses ao longo do ano de 1999, num formato que veio a torná-la conhecida greve *self-service*, e de uma remodelação governamental, a nova equipa ministerial canalizou os aumentos da remuneração para as horas extraordinárias.

A questão da associação de indicadores de desempenho às valorizações remuneratórias volta a ser mobilizada nas alterações posteriores ao modelo de gestão hospitalar (entre 2002 e 2005, Governo PSD/CDS) ou na criação do modelo USF (2005-09, Governo PS), mas nesta fase já sem oposição dos profissionais (diferentemente, aliás, do que tinha acontecido no período 1995-1999).

5.7 Periodização das políticas de saúde

Analisadas as alterações constitucionais e as mudanças nas leis de bases, bem como as alterações nas regras das convenções e concessões dos equipamentos de saúde, da evolução dos subsistemas de saúde e o surgimento e desenvolvimento das parcerias público-privadas, podemos proceder a

uma proposta de periodização das políticas públicas a partir do final do Estado Novo até ao momento da aplicação do Memorando de Entendimento no âmbito do programa de assistência económica e financeira.

As origens do Serviço Nacional de Saúde (SNS) podem ser associadas a quatro datas fundamentais: a reforma da saúde de 1971, o 25 de Abril de 1974, a Constituição de 1976 e a criação efetiva do Serviço Nacional de Saúde, em 1979. É nestas datas que se inscrevem as opções fundamentais dos cuidados de saúde em Portugal: um forte papel do Estado na prestação e financiamento (baseado em impostos) dos cuidados de saúde através de um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito – que, no entanto, nunca foi exclusivo, tendo sempre coexistido com um sector privado e convencionado significativo.

O sistema de saúde português organiza-se em torno do SNS, que estabelece o direito de todos os cidadãos a um sistema de saúde universal (para todos), geral (que engloba todos os tratamentos necessários, desde antes do nascimento até à morte) e tendencialmente gratuito. Destes serviços fazem parte uma rede de cuidados de saúde primários (que inclui os centros de saúde, bem como uma rede de prestadores privados e de profissionais liberais com os quais o SNS tem acordos) e uma rede de cuidados secundários e terciários (maioritariamente constituída por hospitais públicos e privados). O desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados é um processo recente e é realizado em colaboração com a rede social.

A consolidação do SNS associada à melhoria das condições de vida resultou numa acentuada melhoria dos indicadores de saúde e aproximação à média da União Europeia em termos de resultados dos cuidados de saúde. Esta melhoria foi, necessariamente, acompanhada de um aumento dos profissionais, dos atos médicos e de uma diversificação e especialização progressiva das especialidades médicas e das respostas clínicas disponíveis.

As pressões financeiras sobre os sistemas de saúde iniciam-se, tal como as pressões sobre as restantes áreas do Estado-providência, a partir da década de 1970. O abrandamento económico e o crescimento continuado da despesa (devido aos custos dos recursos humanos, à crescente especialização das profissões médicas e paramédicas, ao peso crescente das tecnologias em saúde e ao alargamento substancial das suas utilizações) desenham um cenário de potencial insustentabilidade a prazo que ocupou um lugar central na discussão pública e no debate político desde então.

As pressões para as mudanças políticas em torno dos sistemas de saúde centraram-se assim, nas últimas décadas, nos elevados custos e no crescimento permanente da despesa, mas não perderam de vista a equidade no acesso aos sistemas de saúde, a qualidade dos cuidados e o progresso nos indicadores de saúde pública. Em Portugal, como acontece nas restantes áreas do Estado-providência, esta pressão financeira coexistiu com a estruturação do SNS e marca de forma indelével as opções

estratégicas que foram sendo feitas. Aliás, quando, em 1979, foi publicada a lei que cria o SNS, Portugal estava sob assistência financeira do Fundo Monetário Internacional.

Podemos identificar, a partir das propostas do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2001), de Correia de Campos & Jorge Simões (2011) e de Jorge Simões (2010) e do trabalho desenvolvido na presente investigação seis fases distintas das políticas de saúde quanto aos objetivos e/ou quanto às estratégias e prioridades definidas:

- Uma fase anterior a 1971, em que são lançadas as bases de um sistema de cuidados de saúde, assente no desenvolvimento das caixas da previdência ou de sistemas específicos de proteção, associados à existência de uma rede de hospitais centrais;
- 1971-1980: criação e expansão do SNS (incluindo a reforma de 1971, a Constituição da República Portuguesa e a lei de criação do SNS de 1979), período no qual são lançadas as bases de criação de um serviço nacional de saúde, a inclusão na Constituição do princípio de que o direito à saúde se concretiza através do SNS e a definição das regras de funcionamento e organização do SNS, incluindo a integração da previdência;
- 1980-1984 – período de definição do SNS e da sua articulação com o restante sistema de saúde, marcado pela tentativa de alteração do modelo de sistema de saúde (1982) e declaração de inconstitucionalidade dessa alteração (1984) e, ao longo deste tempo, pelo crescimento das transferências do Estado para o sector privado através do desenvolvimento da medicina convencionada e de outros mecanismos de acordos com o sector privado;
- 1985-1994: agenda predominante de mudança da fronteira entre público e privado, incluindo a aprovação da Lei de Bases da Saúde de 1990, a aprovação do novo Estatuto do SNS (1993) que incluía a promoção das convenções, o incentivo aos seguros de saúde ou a introdução das taxas moderadoras;
- 1995-2001: recuo no discurso de privatização do SNS e aposta na aplicação de medidas de melhoria da eficiência (neste período incluem-se as novas regras de gestão pública, o início do processo de empresarialização de hospitais, a definição de novas regras de gestão de centros de saúde e o regime remuneratório experimental);
- 2002-2005: combinação de estratégias de eficiência do sistema com um discurso de mudança para um sistema misto entre público e privado e de substituição do Serviço Nacional de Saúde por Sistema Nacional de Saúde. Neste período inclui-se a aprovação de um novo regime de gestão hospitalar, com a criação dos hospitais SA, a revisão da Lei de Bases da Saúde, a elaboração do regime jurídico das parcerias público-privadas e a criação da Entidade Reguladora da Saúde;

— 2005-2009: manutenção da referência ideológica do SNS e alargamento e modernização de serviços, enquanto se mantêm e acentuam as estratégias de ganhos de eficiência, entre os quais se incluem a criação da rede de cuidados continuados, o desenvolvimento das unidades de saúde familiar, ainda o encerramento de unidades de saúde com níveis de utilização reduzidos e a introdução de medidas como o cheque-dentista para crianças;
— 2010-2015: implementação de medidas de austeridade[85] impostas pelas revisões do Programa de Estabilidade e Crescimento, primeiro, e pelo programa de assistência financeira externa, depois. Não está prevista no memorando a alteração do modelo de SNS, prevendo-se medidas incrementais de gestão, de reorganização da rede de cuidados de saúde, o controlo das convenções no âmbito dos MCDT, a reestruturação da ADSE e a definição de um teto para as deduções fiscais.

À luz destas fases, podemos identificar um conjunto de fatores de continuidade e alguns elementos de mudança no SNS. O principal fator de continuidade prende-se com os traços gerais do modelo de sistema de saúde, já que o SNS mantém desde 1971 um conjunto de características específicas: apesar da evolução no sentido da diminuição da intervenção direta do Estado que aconteceu em Portugal, como nos restantes países com SNS, mantém-se um sistema público de financiamento do SNS que funciona como seguro público, universal e obrigatório, assente no pagamento de impostos. O Estado permanece, também, como prestador de serviços de saúde e proprietário de uma parcela significativa do sistema (em 2015, 51% dos hospitais eram públicos, mas 85% dos atendimentos de urgência, 68% dos internamentos e 73% das cirurgias foram realizados em hospitais públicos ou em PPP). Igualmente, é um elemento de continuidade a manutenção de três sistemas: o sistema público concretizado através do SNS, os subsistemas públicos e privados e os sectores privados. Três sistemas sobrepostos, três sistemas sistematicamente expandidos e cada vez mais interligados.

[85] "Uma preocupação com a sustentabilidade do SNS marcou o Memorando de Entendimento, desencadeando anos de austeridade severa. A despesa per capita caiu de €1175 para €967 entre 2010 e 2013. A despesa com medicamentos diminuiu 12%. Os salários, progressões na carreira e recrutamentos foram congelados, e o pagamento de horas extraordinárias foi reduzido. Com exceção da rede de cuidados continuados e paliativos (em parceria com os setores privado e "terceiro"), a austeridade minou o acesso universal, transferindo custos para indivíduos e famílias numa altura em que a despesa privada estava a ser reduzida pela crise económica e pelo desemprego. A redução das responsabilidades públicas levou a um aumento das necessidades de saúde não satisfeitas, especialmente entre os desempregados, pensionistas e população inativa" (Branco e Silva, 2024: 35)

Mas podemos, igualmente, elencar fatores de mudança, em linha com as estratégias descritas no quadro 5.28: a progressiva separação entre financiamento e prestação dos cuidados, recorrendo nomeadamente à contratualização entre Estado e hospitais públicos; a criação de um mercado interno regulado pelo Estado, garantindo mais competição entre prestadores públicos e entre prestadores públicos e privados; a valorização dos cuidados de saúde privados ou concessionados.

5.8 Notas conclusivas: uma arquitetura feita de avanços e recuos

Ao contrário do que se verificou no caso das políticas de educação (ver capítulo 4.8), a mudança nas políticas de saúde é mais acentuada, não sendo esta, portanto, uma área das políticas públicas marcada pela estabilidade.

Um dos elementos mais relevantes desta ausência de estabilidade prende-se com a incapacidade, desde o 25 de Abril de 1974 até ao início da década de 2000, de construir espaços significativos de convergência entre os dois maiores partidos portugueses. De facto, tanto o estatuto do SNS (1979) como as duas leis de bases (1990 e 2002) são aprovados com o voto favorável de apenas um dos dois maiores partidos portugueses; em 1979 pelo PS com os partidos à esquerda, em 1990 e em 2002 com os partidos da direita parlamentar. Isto ocorre apesar de, nestes três momentos, apenas em 1990 se verificar uma maioria absoluta de um só partido, o PSD.

No caso da saúde, não apenas não se verificaram os consensos significativos, como na ausência de consensos se desenvolveu uma disputa duradoura, durante várias décadas, quanto ao modelo e às linhas de orientação do sistema de saúde. Esta disputa foi particularmente visível em dois momentos: entre 1979, com aprovação da Lei do SNS, e 1981 com a tentativa de o suspender; e entre 2002, com a aprovação da nova Lei de Bases da Saúde e a criação dos hospitais SA, e 2005 com a sua transformação hospitais EPE. Todos estes momentos constituem avanços e recuos no processo de consolidação do sistema de saúde enquanto Serviço Nacional de Saúde e todos estes momentos abrem espaço à consolidação de um sistema misto em Portugal.

Quadro 5.28 Mudanças políticas na saúde e alinhamentos partidários

Lei do SNS	Aprovada pelo PS, PCP, UDP e 1 deputado independente, com os votos contra do CDS e do PSD.	Aprovada pela esquerda parlamentar, com a oposição da direita,
Lei de Bases da Saúde 1990	Maioria absoluta do PSD. Aprovada com os votos a favor do PSD e do CDS e os votos contra do PS, PCP e PRD	Aprovada pela direita parlamentar, com a oposição da esquerda e do PRD.
Lei de Bases da Saúde 2002	Governo de maioria da coligação PSD-CDS. Aprovada com os votos a favor do PSD e do CDS e os votos contra do PS, PCP e BE.	Aprovada pela direita parlamentar, com a oposição da esquerda.

Regime de convenções	Aprovado pelo Governo da AD, estendidas até 1993 (PSD), congeladas a partir de então, com breves momentos de abertura, revistas em 2013 (PSD)	Impulso da direita, mas consensual no seu desenvolvimento ao longo dos anos, sem significativa reversão.
ADSE	Aprovada em 1963, não tem alterações significativas até 2005 (PS), com a introdução de reformas de garantia de sustentabilidade, que são aceleradas no contexto da troika.	Consensual no seu desenvolvimento ao longo dos anos, só no contexto da crise tem alterações significativas, com reforço do pagamento dos trabalhadores.
Concessões de gestão e PPP	Aprovadas na LBS 2002 e regulamentadas logo de seguida (PSD), são lançadas pelo Governo do PS. Em 2008 PS dá sinais de divergência com a gestão clínica privada.	Consenso significativo ao longo dos anos, com recuo em 2008.

Um dos elementos de continuidade na definição de políticas de saúde é o papel dos médicos, desde o período de construção do SNS até à atualidade. Em praticamente todos os momentos definidores foi colocada a questão da exclusividade dos médicos ou de figuras de dedicação plena, ou seja, da introdução de regras limitadoras da acumulação entre prática pública e prática privada. Vários governos tentaram instituir a exclusividade ou limitações de acumulações – iguais às que existem para as carreiras da Administração Pública – como regra, várias vezes foi inscrito nos programas eleitorais e nunca foi concretizado. Apenas foram testadas soluções voluntárias.

Regressando a Tuohy (1999), a menor resiliência do SNS face às pressões de mercadorização pode ser explicada por duas vias. Por um lado, a inexistência de um sistema público de partida e dos respetivos mecanismos consolidados de negociação entre Estado e profissionais médicos impediu a construção de um sistema resiliente. Ou seja, apesar de ser um elemento de continuidade, o lugar ocupado pelos médicos contribuiu, também ele, para o desenvolvimento de um sistema misto.

A resiliência da coligação de interesses entre os médicos e aqueles que politicamente defenderam sempre a existência de um modelo corporativo e de prestação privada não é apenas visível na incapacidade de definição de incompatibilidades entre a prestação pública e privada de cuidados; ela é particularmente bem ilustrada pela manutenção da ADSE depois da criação do SNS.

Finalmente, depois da consolidação de um sistema em que o privado e o público coexistem – da ADSE à contratualização de MCDT com o sector privado –, com o início dos anos 2000 assiste-se a uma nova fase nas relações entre o sector público e o sector privado na saúde, com a mudança no regime jurídico dos hospitais e a instituição dos primeiros hospitais em PPP. Nesta segunda fase, na relação próxima com o sector financeiro, que acresce à relação com o sector tecnológico da saúde, vão-se construindo redes e relações cada vez mais complexas. Por outro lado, a facilidade de investimento privado num contexto de austeridade permanente teve como consequência a maior presença de atores privados e a procura de formas mais lucrativas de organização, o que acelerou as mudanças na estrutura industrial e na organização hospitalar. Com estas dinâmicas, a construção de alianças que

valorizassem a existência de um SNS hegemónico complementado por um sector privado de dimensão controlada foi-se tornando cada vez mais difícil.

Ou seja, no caso da saúde estamos perante um exemplo reforçado das características do Estado-providência português. Em primeiro lugar, um desenvolvimento tardio, marcado pelo período de austeridade duradoura já acentuado, reduziu a capacidade de fazer investimentos significativos, tornando-se mais permeável à pressão para a mercadorização; em segundo lugar, a reduzida robustez das instituições gerou uma incapacidade de regular efetivamente a prática privada dos médicos; finalmente, em consequência destas dinâmicas, a manutenção, na prática, de três sistemas – público, subsistemas públicos e sector privado – sobrepostos, os três sistematicamente estendidos e cada vez mais interligados.

NOTA CONCLUSIVA: A SAÚDE E EDUCAÇÃO ENTRE O ESTADO E O MERCADO

A investigação que aqui se apresenta partiu do objetivo inicial de compreender quais as razões que explicam as diferenças entre a educação e a saúde no que respeita ao equilíbrio entre o peso e o papel do Estado e do mercado. Procurou-se explorar o facto de, tendo os dois sistemas partido de objetivos comuns definidos no início do período democrático, podermos hoje observar um sistema de saúde misto, assente na complementaridade entre público e privado, e um sistema educativo em que o sector público é hegemónico. Foram descritas as diferenças observadas entre as duas áreas das políticas públicas, foi proposto um quadro teórico e conceptual que sustenta a análise, foram apresentadas hipóteses e foram analisadas a trajetória e as mudanças nas políticas de educação e de saúde ao longo do período democrático.

O enquadramento teórico deste trabalho, apresentado no primeiro capítulo, assenta na análise institucionalista das políticas públicas, fundamentalmente no quadro analítico do novo institucionalismo, nas suas múltiplas vertentes: histórica, sociológica e da escolha racional.

É na sequência desta abordagem teórica, do desenho de pesquisa apresentado e das hipóteses levantadas que se destacam, neste capítulo final, três planos de conclusões no quadro da comparação sistemática entre saúde e educação: o plano das trajetórias (que decorre das hipóteses da análise do institucionalismo histórico), o plano do quadro institucional (que decorre das hipóteses no quadro do institucionalismo sociológico) e o plano do processo político (que decorre do quadro do institucionalismo da escolha racional):

a) O plano das trajetórias, ou seja, das diferenças que podem ser explicadas pelos percursos de cada uma destas áreas das políticas sociais. Esta análise beneficia dos contributos do institucionalismo histórico e neste plano incluem-se:

   i. Diferentes pontos de partida originaram diferentes trajetórias;
   ii. O lastro do modelo corporativo teve um efeito na resiliência das trajetórias.

b) O plano do quadro político institucional do SNS e do sistema educativo, em particular dos diferentes atores, das suas estratégias e do seu papel na definição das políticas. Esta análise beneficia dos contributos do institucionalismo sociológico e neste plano incluem-se:

   iii. O impacto do contexto político das aprovações das bases (da construção à consolidação democrática) nas trajetórias;
   iv. Os efeitos das diferentes maiorias e da sua abrangência na estabilidade das políticas;
   v. O *feedback* de políticas e o legado político: os efeitos das decisões consensualizadas e das disputas políticas.

c) O plano do quadro político e de atores em que as decisões foram desenhadas e formuladas. Esta análise beneficia dos contributos do institucionalismo sociológico e do institucionalismo da escolha racional e neste plano incluem-se:

vi. A forma como as diferenças na complexidade das redes de atores dos dois sectores explica os diferentes resultados;

vii. Os diferentes atores profissionais e os seus papéis;

viii. A diferente natureza dos bens públicos tem consequências na mercadorização.

Neste capítulo final procurar-se-á apresentar as linhas conclusivas da análise comparativa entre as políticas de educação e as políticas de saúde, seguindo o modelo de análise desenhado para esta tese, com o objetivo de compreender de que forma estas variáveis contribuem para explicar as diferenças de fronteira na relação entre público e privado nestas duas áreas. As conclusões alcançadas estruturam-se em oito hipóteses explicativas analisadas, que se incluem nos três planos de análise acima referidos.

- O plano das trajetórias: a importância dos pontos de partida distintos e percursos de mudança

Um dos planos de análise fundamental nesta investigação foi a forma como a dependência de percurso poderia contribuir para explicar as diferenças no equilíbrio entre público e privado nestas duas áreas das políticas sociais, a educação e a saúde. Serão três os elementos a ter em conta: o facto de os cuidados de saúde e de educação estarem em fases diferentes do desenvolvimento no momento em que, no pós-25 de Abril, se definem os modelos de proteção social para o Portugal democrático; o facto de esse ponto de partida ter tornado possível uma relativa continuidade na educação, quando comparada com a premência de mudança e a rutura de modelo em termos de saúde; e o facto de, na saúde, essa rutura ter ficado inacabada e, dada a resiliência do modelo corporativo vigente até ao final do Estado Novo, um lastro do passado ter contribuído para a consolidação de um sistema misto na saúde.

Esta análise resulta dos contributos identificados no capítulo 1, com destaque para os quadros conceptuais apresentados por autores como Paul Pierson (1995, 2000b, 2001, 2006), Ellen Immergut (1992a, 2006a), Theda Skocpol (1997, 2004) e Stephen Ball (2007, 2008).

- 1.ª hipótese: Diferentes pontos de partida originaram diferentes trajetórias

Um dos elementos fundamentais desta dimensão prende-se com a identificação de elementos específicos da trajetória de cada uma das duas áreas das políticas públicas que contribuam para a

compreensão das diferenças no que concerne ao equilíbrio entre público e privado, nomeadamente a situação de partida destas duas áreas em 1974.

No caso da educação, com todos os conhecidos défices de concretização e marcadas diferenças na orientação e estratégia seguidas entre a I República e depois o Estado Novo, desde 1911 que o lastro de um sistema educativo público se vinha consolidando, sem ser significativamente questionado. Por essa razão, à data da transição para a democracia, uma rede educativa de raiz pública tinha mais de seis décadas de estruturação – com todas as implicações que isto tem do ponto de vista dos recursos, dos atores envolvidos e também do próprio conceito da educação como uma responsabilidade pública –, mesmo que a reduzida dimensão da rede nos níveis básicos de educação e as baixas taxas de participação tornem difícil falar na educação enquanto responsabilidade direta do Estado como um adquirido até ao início do período democrático.

Já a saúde conheceu uma trajetória diferente. Se durante muito tempo a responsabilidade do Estado se cingiu, basicamente, a questões de saúde pública, no final dos anos 1930 há mesmo um recuo das funções do Estado, com a desoficialização dos hospitais de Lisboa e Coimbra. É verdade que, dada a incipiência do sistema público, dos seus equipamentos e dos seus profissionais, esta mudança é mais formal do que substantiva, mas exprimiu uma orientação de não expansão da responsabilidade do Estado, do sistema de saúde e da rede pública até ao final da década de 1960. Com exceção dos hospitais universitários, os equipamentos hospitalares deste período, por exemplo, são construídos pelo Estado e entregues às misericórdias. É já na transição para a década seguinte, no período marcelista, que há uma inflexão e o Estado assume a saúde como um direito e o seu papel nesta matéria.

Em 1974, a estrutura do sistema educativo estava mais avançada, em resultado do esforço republicano de desenho de um sistema educativo universal, do investimento na construção de uma rede de estabelecimentos de ensino em diferentes momentos do período do Estado Novo, e dos momentos de abertura ao exterior protagonizados a partir dos anos 1960. Em resultado desse desenvolvimento, que comparava com demérito com o quadro internacional, quando se desenham os sistemas considerou-se que Portugal não precisava de uma mudança radical no desenho do sistema, mas antes de investimento e de um processo de democratização que assegurasse a expansão do sistema e que garantisse a universalização e a gratuitidade do acesso à educação.

Pelo contrário, a organização do sistema de saúde estava mais atrasada e muito dependente do sistema da previdência de raiz corporativa. Partes significativas da população estavam, no início dos anos 1970, excluídas dos regimes previdenciais e saúde. A distribuição pelo território era fraca, o número de profissionais insuficiente e Portugal não dispunha de um sistema universal que assegurasse os cuidados de saúde da sua população.

Ainda antes da revolução de 1974, e com o contributo de uma geração de médicos marcada por percursos profissionais e académicos internacionalizados, é desenhado um modelo que, em lugar de

desenvolver o sistema previdencial frágil e incompleto que o país possuía, propõe um modelo alternativo, de tipo beveridgiano, com a criação de uma rede de cuidados de saúde que integrava os prestadores privados e públicos, mas que igualmente criava uma rede de centros de saúde em todos os concelhos do país.

A organização dos cuidados de saúde estava, em 1974, muito centrada no modelo da previdência do modelo corporativo – que teria de ser questionado para a implementação do modelo que agora se preconizava. No momento inicial havia a perceção clara de que um modelo mais próximo dos modelos de mercado ou corporativos (como seria um modelo que decorresse da previdência social) seria incapaz de levar os cuidados de saúde ao interior e assegurar o direito à saúde aos mais pobres. A passagem de um modelo de base corporativa para um modelo de base estatal foi uma rutura, não foi consensual e, tendo continuidades, de facto, o modelo de cuidados de saúde continuou em disputa, como vimos, desde 1976 até pelo menos aos anos 1990.

- 2.ª hipótese: O lastro do modelo corporativo teve um efeito na resiliência das trajetórias

A segunda grande marca nas diferentes trajetórias entre a saúde a educação, também influenciada por esta rutura original no modelo de cuidados de saúde, consiste no efeito da resiliência de traços importantes do modelo corporativo original. De facto, o lastro do modelo corporativo foi marcante ao longo do processo de definição de políticas de saúde no período democrático. Ele exprime-se na convergência de dois interesses complementares: a agenda dos atores, em particular dos médicos, e os interesses do público que beneficiava já de cuidados de saúde. A concretização destes dois interesses convergentes é particularmente visível no caso da manutenção dos subsistemas de saúde, e em particular da ADSE.

A afirmação do direito à saúde enquanto forma de acesso a um médico no exercício da sua profissão liberal, no âmbito de uma escolha individual, constitui a estratégia fundamental dos atores a partir do processo democrático. Primeiro, com o objetivo de mudar o modelo de proteção na saúde, afastando-o de um modelo SNS e aproximando-o de um modelo corporativo; depois, com o objetivo de preservar o conceito de prática liberal e a possibilidade de acumulação entre a prática pública e a prática privada e, assim, preservar e dinamizar a componente privada do sistema de saúde.

Ou seja, se por um lado as fragilidades institucionais do modelo existente em 1974 e a consequente ausência de custos de transição ou dependências de trajetória facilitaram o processo de passagem de um modelo bismarkiano para um modelo beveridgiano na saúde, por outro lado, as lógicas, instituições e serviços que permanecem desse modelo corporativo e o peso dos atores que o defendiam tornou mais difícil a concretização plena do modelo beveridgiano e contribuiu para a permanência de um modelo misto de cuidados de saúde.

No fundo, em resultado destes diferentes graus de desenvolvimento em que se encontravam as políticas públicas de saúde e de educação, o 25 de Abril de 1974 "questionou" os modelos existentes de modo muito distinto, interpelou os seus protagonistas de forma diferente, gerou efeitos de *policy feedback* diferenciados. Se, por via do seu nível de consolidação mais forte, no caso da educação se verificou uma maior rigidez inicial, nomeadamente quanto ao modelo de prestação do serviço público de educação e quanto ao papel do Estado na concretização desse direito; na saúde, o desenvolvimento ainda incipiente da rede de cuidados teve como consequência uma maior necessidade e vontade de mudança de sistema no pós-25 de Abril, mas também a manifestação das forças de continuidade.

Se o que marca, em primeiro lugar, as diferenças de trajetória das mudanças na saúde e na educação é a maior continuidade com que as políticas de educação se desenvolvem e o contexto de mudança mais significativo que ocorre no caso da saúde; estas diferenças conhecem, num segundo momento, outra dimensão. Se é verdade que a mudança no caso da saúde foi mais pronunciada, também é verdade que esta se concretiza de forma incompleta, já que permanecem, até hoje, no sistema de saúde dimensões significativas herdadas do modelo corporativo, de que a ADSE é um dos principais exemplos.

Ou seja, estamos num caso claro de dependência de percurso face ao modelo corporativo anterior que resulta principalmente do quadro institucional que estava na sua base. A defesa por parte da Ordem dos Médicos de um modelo de sistema de saúde que generalizasse a ADSE a toda a população e a defesa, por parte dos médicos e das suas organizações, da possibilidade de acumulação entre prática pública e prática privada está na base da manutenção de um lastro do modelo corporativo, que resultou numa mudança incompleta de um modelo de base corporativa para o modelo de Serviço Nacional de Saúde previsto na Constituição.

Este carácter incompleto da mudança cria, por sua vez, as condições para a consolidação de um sistema de saúde misto, mais complexo na sua rede de atores e nas suas estratégias e que se transforma num desafio à concretização plena de um serviço nacional de saúde público, universal e tendencialmente gratuito.

- O quadro político-institucional: as alianças e as maiorias

Além das diferenças que decorrem das trajetórias de desenvolvimento dos dois sistemas ao longo do século XX e na transição para a democracia, existe também um contraste significativo nos contextos políticos em que se dão os momentos-chave de estruturação do sistema educativo e de saúde em Portugal no período democrático. Não estão em causa, naturalmente, diferenças de regime, uma vez que não se faz nesta investigação um trabalho comparativo entre dois países, ou duas épocas diferentes, mas sim de dois campos de política pública num mesmo país. Todavia, os momentos em que as decisões respeitantes a cada um deles foram tomadas são distintos, tanto no que diz respeito ao grau

de consolidação da democracia portuguesa, como no que diz respeito às maiorias e às alianças políticas que as sustentaram.

De facto, e como acima se viu, já antes do 25 de Abril as trajetórias e momentos definidores dos dois campos são distintos. Esse ponto de partida não é irrelevante para o que se passa depois – também depois do 25 de Abril, são observáveis diferenças com significado.

- 3.ª hipótese: O impacto do contexto político das aprovações das bases (da construção à consolidação democrática) nas trajetórias

A primeira das diferenças entre as políticas desenvolvidas em democracia é a longevidade e estabilidade do quadro normativo das bases da educação, desenhado em 1986 e que continua, com mudanças pontuais e sem alteração do modelo, em vigor, e a instabilidade das bases da saúde, que além do momento de indefinição inicial, de 1979 a 1984, tem desde então duas alterações mais significativas (1990 e 2002) e uma disputa em torno dos seus limites que marca todo o período democrático.

Recordemos, então, as diferenças que decorrem dos diferentes contextos político-parlamentares em foram aprovadas a LBSE e da lei do SNS, principalmente nas suas versões iniciais e que influenciaram a longevidade dos modelos definidos.

Desde logo, tendo em conta os princípios constitucionais consagrados de construção de sistemas públicos da educação e da saúde – a criação do SNS previsto na Constituição 1976 exigiu, logo em 1978-79, um debate em torno do seu estatuto e regulamentação. O facto de o desenho e a formulação desta política se ter verificado logo na década de 1970, principalmente a partir do II Governo Constitucional, origina um debate aceso e de fortíssima dimensão ideológica, em que os ecos da revolução estavam ainda muito presentes. Acresce que o período que medeia entre o 1.º anteprojeto de estatuto do SNS apresentado pelo PS, em 1978, e a sua aprovação, em 1979, é um período com enorme instabilidade política, em que há quatro governos, com quatro primeiros-ministros diferentes, um do PS, um do PSD, e dois independentes e tendo três destes governos sido de iniciativa presidencial.

Nenhum destes factos se verificou no caso da educação. Por um lado, porque beneficiando de uma rede de escolas e de professores, não foi necessário, na sequência da Constituição, proceder a uma definição das bases do sistema, mas antes definir políticas que promovessem a democratização do ensino. Quando a LBSE vem a ser aprovada, já em 1986, o país tinha uma situação de maior estabilidade política – 1.º governo minoritário do PSD –, e vivia já em período de normalidade democrática, marcado pelo processo de entrada na Comunidade Económica Europeia.

- 4.ª hipótese: Os efeitos das diferentes maiorias e da sua abrangência na estabilidade das políticas

Neste plano do quadro político e institucional, a segunda dimensão que importa explorar é a das maiorias parlamentares e das alianças políticas que se mobilizaram para aprovação dos diplomas de enquadramento de cada uma destas áreas das políticas.

No caso da educação, um dos principais elementos que caracteriza o quadro institucional é o facto de a LBSE de 1986 ter sido aprovada num contexto de governo minoritário e de, também por isso, ter exigido um amplo consenso. Esse esforço de consensualização, aliás, não se limitou ao quadro partidário e parlamentar, mas também aos parceiros sociais e aos profissionais.

Cumpre aqui sublinhar que o contexto de aprovação da primeira LBSE, após mais de meia década de tentativas, é o de um governo minoritário, apoiado pelo PSD, e de um parlamento mais espartilhado, com o peso significativo de um partido no centro do espectro parlamentar, o PRD. A necessidade de construir consensos de forma alargada implicou um conjunto de cedências dos vários partidos. A lei é debatida de modo alargado em todo o país e acaba por ser aprovada com os votos favoráveis de todos os partidos com exceção do CDS.

No caso da saúde, a Lei do SNS, de 1979, foi aprovada por um Governo apoiado pelo PS em fim de mandato e foi votada com ampla oposição do PSD que, chegando ao poder imediatamente depois, inicia um processo de tentativa de suspensão e substituição do modelo definido que dura oito anos. Essa disputa inicial a propósito do modelo de cuidados de saúde permanece como regra no processo de definição das políticas de saúde e sucedem-se, durante os anos seguintes, processos similares a este.

Na saúde, em nenhuma das leis de enquadramento (1979, 1990 e 2002) se verificou um acordo alargado. Pelo contrário, as votações têm-se dividido entre esquerda e direita, e os dois maiores partidos nunca se entenderam nas votações em momentos significativos. De facto, se a fundação do SNS é aprovada com os votos da esquerda parlamentar, todas as posteriores alterações significativas até 2015 são apoiadas exclusivamente pelo PSD e pelo CDS.

- 5.ª hipótese: O feedback de políticas e o legado político: os efeitos das decisões consensualizadas e das disputas políticas

A primeira destas dimensões referidas decorre de um ponto que se explorou anteriormente: a capacidade que existiu, ou não, no caso da educação e no caso da saúde, de construir compromissos. As razões para esta diferença foram exploradas anteriormente, mas devemos analisar também as suas consequências. Ou seja, olhar para o resultado político, de acordo com as teorias de que o contexto em que as políticas foram construídas e definidas tem um efeito duradouro no quadro institucional.

Isto é, que em resultado das políticas se constrói um conjunto de normas sociais e de caminhos de desenvolvimento que é distinto no caso de cada uma destas duas áreas: um exemplo claro de *policy feedback* (Pierson, 2001).

No caso da educação, o consenso fundador na definição do desenho do sistema educativo conduziu não apenas a uma expectativa de consenso, mas mais, a uma exigência política de que as alterações nas políticas educativas não se concretizassem sem esse esforço de consensualização. Tal preceito – o de não alterar uma lei consensualizada por uma lei que não o tenha sido – não voltou a ser questionado durante quase uma década. E, quando foi tentado, em 2003, a proposta de lei aprovada no Parlamento com os votos do PSD e do CDS acabou por ser vetada politicamente pelo Presidente da República, precisamente por recurso, entre outros, ao argumento da ausência de consenso entre os principais partidos.

O facto de o processo de discussão e aprovação da LBSE de 1986 ter sido tão abrangente e consolidado entre diferentes forças políticas criou aquilo a que Tuohy (1999) chama um legado político; ou seja, uma lógica de funcionamento próprio do sistema, neste caso do sistema educativo, que resulta de episódios de mudança política no passado e que limita a mudança futura.

A partir desse momento fundador criou-se um precedente, uma expectativa e uma lógica em torno da ideia de que uma alteração mais profunda da lei de bases, quando ocorresse, deveria atingir um acordo de compromisso alargado no Parlamento e na sociedade. Por isso, este momento fundador não apenas foi determinante para a estabilidade das políticas públicas de educação, como passou a constituir um bloqueio, ou um ponto de veto não formal, a alterações posteriores, nomeadamente a alterações que fossem num sentido de mercadorização ou privatização.

Pelo contrário, na saúde, a disputa quanto ao modelo de proteção na saúde iniciada em 1976, quando o direito à saúde foi inscrito na Constituição, continuou até 1979, com a publicação do Estatuto do SNS, com a posterior tentativa da sua revogação e até à decisão do Tribunal Constitucional em 1984, de que essa suspensão havia sido contrária à Constituição.

Mesmo depois da decisão do Tribunal Constitucional que considerou que o modelo de cuidados de saúde em Portugal, de acordo com a Constituição, era o de um Serviço Nacional de Saúde, público, universal e gratuito, a disputa entre os dois maiores partidos sobre a organização da prestação de cuidados permaneceu. Marcas desse debate sobre os fundamentos do modelo de prestação de cuidados de saúde são as votações da lei de bases de 1990 e de 2002, mas também o estatuto das organizações hospitalares, a relação entre a prática pública e a prática privada, o estatuto dos profissionais de saúde, ou recurso às convenções ou parcerias com os atores privados. Ou seja, no caso da saúde, o legado político é não o consenso, como acontece na educação, mas sim a contenda.

- Redes de atores e as suas estratégias no desenho e formulação de políticas públicas

Outro dos elementos fundamentais para compreender os diferentes equilíbrios entre público e privado na saúde e na educação remete para os quadros institucionais de cada uma destas duas áreas. Neste plano, devem referir-se não apenas as dinâmicas formais de definição de políticas, mas também as diferentes normas e práticas institucionais que em cada uma das áreas se estabeleceu.

Assim, no que diz respeito ao quadro institucional, são visíveis os efeitos dos distintos legados políticos da definição das políticas de educação e de saúde; a diversidade do quadro de atores em cada um destes sectores e o papel dos atores profissionais, médicos e professores, nomeadamente da existência de bloqueios e de coligações de mudança.

Foi de particular importância o contributo dos autores abordados no capítulo 1 e 2, nomeadamente autores como Paul Pierson (1995 e 2001), Hugh Heclo (1972), Carolyn Tuohy (1999), ou Michael Moran (2000).

- 6.ª hipótese: A complexidade das redes de atores

Ainda no plano do quadro institucional, o segundo elemento explicativo tem que ver com a diversidade dos atores e a complexidade das redes de interesses.

No caso da educação, não apenas o leque de atores é mais reduzido, em comparação com a saúde, como a complexidade da agenda dos atores é menor, centrando-se nas questões relacionadas com o acesso à profissão, a mobilidade e a carreira, e uma agenda mais genérica de defesa da escola pública.

No caso da saúde ocorre o inverso. O sistema de saúde, além de ser estudado enquanto elemento do Estado-providência, deve ser estudado também enquanto elemento do Estado num regime capitalista, o que torna particularmente relevantes as relações do Estado, enquanto regulador, com uma pluralidade de profissões, com a indústria, com a tecnologia, com o peso que algumas das indústrias que trabalham na área da saúde têm a nível global (Moran, 2000). A complexidade da área da saúde decorre, portanto, deste pluralismo de atores e interesses e, tendo este elemento sido sempre distinto do que acontece noutras áreas, essa complexidade tem vindo a aumentar.

Existem mais instâncias de poder profissional, não só porque existem mais profissões representadas, como porque elas têm mais formas de se representarem perante o Estado; existe cada vez mais tecnologia, cada vez mais diversa; temos mais pressão sobre a despesa pública; temos mais instâncias de poder económico-financeiro, que cada vez são mais complexas e mais interdependentes. Por trás de cada grupo industrial, financeiro, ou económico está uma rede cada vez mais complexa de interesses concorrenciais.

No caso português, o desenvolvimento do SNS em condições de restrições orçamentais do Estado, em contraste com a maior facilidade de acesso ao financiamento pelo privado, promoveu a maior

presença de atores privados e uma pressão crescente para a procura de formas mais lucrativas de organização. Estes dois fatores fomentaram as mudanças na estrutura industrial e na organização e aceleraram a mudança na organização dos cuidados.

Esta dinâmica, a que autores como Tuohy e Moran recorrem para explicar a especificidade da evolução da saúde no contexto do Estado-providência, é descrita por Tuohy como hiperpluralismo, no sentido em que as tradicionais alianças entre o Estado e profissão médica, ou entre a profissão médica e a indústria, se dispersam numa miríade de alianças conjunturais e variáveis e configuram um campo de competição sistemática.

Ou seja, no caso das políticas de saúde estão em causa um conjunto de interesses muitas vezes contraditórios, com a presença de grupos de pressão, com a diferente informação que cada agente tem sobre as matérias e com a inevitável luta, à mesa de um orçamento restritivo. Este pluralismo crescente, esta rede cada vez mais complexa, quando olhamos para as políticas de saúde, faz com que a robustez dos quadros institucionais, nos diferentes tipos de sistemas, seja muito importante para perceber como é que os Estados resistem e como é que os sistemas de saúde resistem a períodos de crise.

- 7.ª hipótese: Os diferentes atores profissionais e os seus papéis

Ainda no plano institucional, o terceiro elemento é o do papel dos atores, nomeadamente dos atores profissionais, que neste campo dos serviços públicos do Estado-providência se revelaram cruciais. Neste caso, é necessário ponderar três dimensões: a natureza dos atores, a sua agenda e o nível de participação dos atores profissionais nas decisões políticas.

Os professores e os médicos correspondem a dois ideais-tipo distintos (Rodrigues, 2012). O professor constitui o paradigma das profissões do Estado, em que as funções são exercidas maioritariamente ao serviço do Estado, têm pouca diversidade interna e não tem autocontrolo no processo de recrutamento. Os sindicatos (e as associações de professores) assentam a sua estratégia na definição das condições de acesso, na aquisição de estatuto e na defesa das condições de trabalho.

Os médicos, por seu lado, constituem o exemplo das profissões liberais ou de mercado, em que coexistem situação de emprego público e de emprego privado. A sua identidade profissional é construída em torno do ato profissional, no caso o ato médico, o modelo de referência é o do profissional liberal, ainda que seja progressivamente significativo o assalariamento. Coexistem associações sindicais com associações públicas de representação (ordens profissionais), tendo estas últimas poderes de definição das condições de exercício da prática profissional e de acesso ao mercado.

Estas diferenças são visíveis tanto na agenda de cada uma destas profissões como na extensão da sua intervenção na definição das políticas públicas.

No que diz respeito à agenda dos atores, observámos, nos capítulos 4 e 5, que na educação o combate travado pelas associações sindicais se centra nas questões de formação, acesso à carreira, progressão na carreira e mobilidade entre escolas; enquanto na saúde a dimensão principal de combate político foi a valorização do sector privado enquanto oportunidade de acumulação e de via alternativa e complementar de carreira. De facto, na educação a exclusividade não está presente nas preocupações do grupo profissional, tal como o Estado enquanto regulador e organizador do sistema não identifica a exclusividade como uma necessidade. Pelo contrário, no caso da saúde, a questão da acumulação entre prática pública e prática privada é um dos temas recorrentemente referidos nos documentos públicos das associações profissionais, bem como nos programas eleitorais e de governo.

De facto, enquanto os profissionais de educação são representados pelos sindicatos e a sua agenda se centra nas questões laborais e de carreira, no caso da saúde os médicos estão representados na sua dimensão sindical, mas também através da sua ordem profissional e, finalmente, nas primeiras décadas do SNS, enquanto proprietários de uma parte dos serviços privados de saúde. Esta tripla dimensão é uma fonte de grande poder por parte dos médicos na definição das políticas de saúde e não unicamente nas questões de carreira e condições de trabalho.

Exemplo desse papel é o facto de em praticamente todos os momentos definidores das políticas de saúde ter sido colocada a questão da definição de regras na acumulação entre prática pública e prática privada por parte dos médicos. Vários governos tentaram, várias vezes foi inscrito nos programas eleitorais e nunca foi concretizado. Estamos perante um claro exemplo de efeitos de bloqueio (*lock-in),* ou seja, movimentações de um grupo profissional para aumentar os custos de transição para um sistema público (Pierson, 2001). Mesmo em momentos em que o compromisso partidário alargado não foi relevante, o facto de o poder político ter firmado com a Ordem dos Médicos acordos muito relevantes para a estrutura do sistema de saúde é um bom indicador da mais significativa intervenção dos profissionais nas políticas públicas de saúde, quando comparado com a intervenção dos professores nas políticas de educação.

Precisamente um dos elementos de continuidade na definição de políticas de saúde é o papel dos médicos, muito relevante desde o período de construção do SNS até à atualidade. Isso acontece principalmente por duas razões. Em primeiro lugar, como vimos, dada a natureza profissional liberal dos médicos e de esta característica nunca se ter perdido, apesar do crescente número de médicos trabalhadores por conta de outrem. A autonomia profissional de decisão e a autonomia na organização do trabalho médico e a consequente dificuldade na organização hospitalar atravessaram todo o desenvolvimento do SNS e a implementação das políticas. Em segundo lugar, pelo facto de grupos de médicos organizarem parte significativa dos cuidados privados e de o fazerem, em larga medida, em simultâneo com a prática pública. Ou seja, enquanto os professores são genericamente trabalhadores por conta de outrem, em particular funcionários públicos; os médicos são em simultâneo, em dupla

atividade, profissionais liberais, com contacto direto com o utente e muitas vezes proprietários da rede de cuidados privada. A relação entre o sector privado na saúde e os seus profissionais é muito próxima e significativa, ao contrário do que acontece na educação.

A resiliência da coligação de interesses entre os médicos e aqueles que politicamente defenderam sempre a existência de um modelo corporativo e de prestação privada não é apenas visível na incapacidade de definição de incompatibilidades entre a prestação pública e privada de cuidados ou de um regime de exclusividade; ela é particularmente bem ilustrada pela manutenção da ADSE enquanto subsistema público de saúde depois da criação do SNS.

Regressando a Tuohy (1999), a maior permeabilidade do SNS às pressões mercadorizadoras pode ser explicada, em países como Portugal, que construíram o SNS tardiamente, pela inexistência de um sistema público de partida com mecanismos consolidados de negociação entre Estado e profissionais médicos. A fragilidade da concertação entre Estado e poderes profissionais que resulta de um sistema construído tardiamente impediu a construção de um sistema público resiliente às pressões de mercadorização. Ou seja, apesar de ser um elemento de continuidade, o lugar ocupado pelos médicos contribuiu, também ele, para o desenvolvimento de um sistema misto.

No caso da educação, o facto de a rede de escolas já existir e da necessidade de investimento ser menor, por um lado, e o peso dos sindicatos de professores na construção de um consenso alargado inicial e estes terem sido o único parceiro negocial com os diferentes governos, por outro, estabeleceram as questões das carreiras, condições de acesso e recrutamento e condições de trabalho como a principal fonte de pressão sobre os governos.

De facto, o caso da saúde aparece como uma arena política em que se jogam as diferentes especificidades Estado-providência português: um desenvolvimento tardio, numa época já marcada pelos constrangimentos orçamentais em que dificuldades de investimento que o tornam mais sensível à pressão para a mercadorização; a fragilidade das instituições, o que levou à incapacidade de regular a prática privada dos médicos e ao desenvolvimento de um sistema em que o SNS se desenvolve em simultâneo com subsistemas públicos e sector privados sobrepostos.

- 8.ª hipótese: A diferente natureza dos bens públicos tem consequências na mercadorização

Na definição do desenho desta investigação avançou-se com um conjunto de hipóteses relativas à diferente natureza dos bens públicos em causa – saúde e educação. Ao longo desta investigação pudemos confirmar a influência desta variável nos três planos de análise que se desenvolvem neste capítulo conclusivo.

Em primeiro lugar, a forma diferente como cada um dos bens incorpora componentes privadas. De facto, a concretização do direito à saúde, seja através da prestação pública ou da prestação privada, ocorre incorporando necessariamente bens privados – a tecnologia, em sentido lato, o investimento

na construção hospitalar e, mais recentemente, na formação médica. Na educação esta dimensão é residual, restringindo-se aos manuais escolares e equipamento tecnológico. Essa incorporação apriorística de uma dimensão privada significativa tem grande impacto na rede de atores com que se desenha o quadro institucional de cada um destes sectores e favoreceu, nas últimas décadas, as parcerias entre os sectores farmacêuticos, seguradores e financeiros, mesmo em países em que o modelo de prestação de cuidados não favoreceria à partida essa parceria, como é o caso do modelo de saúde português.

Em segundo lugar, há diferenças na natureza dos bens que têm origem na forma como os bens são consumidos e na forma como se processam as escolhas. Enquanto na educação a opção pelo sector público ou pelo sector privado é feita a cada ciclo de ensino ou ano de escolaridade, no caso da saúde cada individuo pode escolher, quando necessita de recorrer aos serviços de saúde, se, naquela situação em concreto, opta pelo SNS ou por um estabelecimento privado. Ou seja, independentemente das escolhas políticas de que aqui tratamos, o próprio consumidor pode escolher, caso tenha disponibilidade financeira, em cada momento, se recorre ao público ou ao privado. Em síntese, no caso da educação, tratamos de prestações continuadas e prolongadas, ou diacrónicas; enquanto na saúde tratamos de atos isolados, ou sincrónicos.

Esta diferente natureza da prestação de um serviço tem consequências e impactos financeiros na economia familiar substancialmente distintos. Essa possibilidade permitiu, como vimos ao longo do capítulo 5, que em algumas áreas dos cuidados o sector privado se fosse mantendo como prestador principal e se fosse consolidando, independentemente dos apoios públicos ao sector privado que também existiram, como oferta complementar com peso significativo. De facto, a complementaridade é mais fácil de concretizar na saúde do que na educação, em que a escolha pelo sector público inviabiliza, sincronicamente, a escolha por um operador privado.

A terceira dimensão em que a diferente natureza dos bens se coloca de forma expressiva está relacionada com a oferta da prestação de cuidados e prende-se com as modalidades de organização do trabalho, isto é, com a questão do tempo e do horário de trabalho. Diferentes formas de organização associadas à prestação de um serviço têm efeitos no horário de trabalho do profissional e, portanto, na sua capacidade de acumular prática pública com prática privada. De facto, o horário de um professor numa determinada instituição de ensino tende a ser limitador para a sua acumulação com outra prestação do mesmo serviço, até porque as atividades educativas ocorrem num período limitado do dia. Pelo contrário, na saúde os horários são mais adaptáveis, sendo por isso essa acumulação facilitada. Esta diferença contribuiu para a questão da acumulação entre prática pública e prática privada ter sido a regra na saúde, nunca se tendo colocado da mesma maneira no caso da educação, com exceção do mercado das explicações particulares.

- Agenda de investigação para o futuro

No trabalho que aqui se apresenta procuramos compreender as tensões entre o Estado e o mercado nas políticas públicas de saúde e educação, comparando a evolução destas duas áreas das políticas públicas e procurando explicar as razões para a existência de respostas diferentes para pressões semelhantes para a mudança. A pergunta de partida que orientou a pesquisa que aqui apresentamos – Que razões explicam que o sistema de saúde e de educação em Portugal tenham resistido de forma diferente às pressões para a mudança de fronteiras entre Estado e mercado? – justifica-se recorrendo a três elementos fundamentais: a pertinência teórica, a inovação analítica e a atualidade para o conhecimento sobre as políticas públicas no Portugal democrático.

Em primeiro lugar, a pertinência teórica. Apesar da sua centralidade no Estado-providência, o sector dos serviços está menos presente nas pesquisas empíricas sobre as mudanças e as permanências no Estado-providência, não apenas a nível nacional, mas também internacional. De facto, como vimos nos capítulos 2 e 3 desta tese, as obras de referência sobre o Estado-providência e as pressões a que tem estado sujeito têm-se centrado prioritariamente no sector das transferências e não no sector dos serviços públicos. O exercício de estudar de que forma é que os tipos de pressões e mudanças que têm sido identificados na literatura sobre transferências sociais são aplicáveis e suficientes para o estudo dos serviços públicos de proteção social em Portugal é um dos objetivos primeiros da dimensão teórica do trabalho que aqui se apresenta.

Em segundo lugar, a novidade analítica. Essa novidade assenta principalmente na comparação entre duas áreas das políticas públicas que, não apenas no caso português, mas com particular realce no nosso país, são normalmente tratadas isoladamente, tendo-se constituído como campos de estudos distintos e com reduzida ou mesmo nula sobreposição. Esta distância analítica entre duas áreas das políticas sociais decorre em parte da tendencial ausência do sector dos serviços no estudo sobre o Estado-providência, mas também do facto de os principais geradores (Machado, 2009) de investigação em políticas públicas de educação e saúde serem, respetivamente, as escolas superiores de educação (e as ciências de educação) e a escola nacional de saúde pública.

Finalmente, a questão da pertinência para as políticas públicas, que decorre da atualidade deste debate nas políticas públicas em Portugal. Se é verdade que o debate em torno das fronteiras entre Estado e mercado, ou entre público e privado, tem marcado as políticas públicas do Estado-providência desde os anos 1980, nos últimos anos, enquanto decorreu esta pesquisa, o período de assistência económico-financeira a Portugal por parte da *troika* de instituições internacionais – Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional – relançou no espaço público nacional os debates sobre o papel do Estado na prestação, financiamento e organização serviços públicos. Por esta razão, estudar a forma como as políticas públicas de educação e saúde evoluíram em Portugal nos

últimos 50 anos pode ajudar a compreender a sua resiliência perante esta pressão recente e a traçar os cenários de desenvolvimento futuro.

***

Como em qualquer investigação, há um conjunto de temas que permanecem como cruciais para melhor compreender os tópicos aqui em análise, explorando de forma mais aprofundada alguns momentos fundamentais de mudança nas políticas e alargando algumas dimensões que ficaram ausentes desta pesquisa.

Em primeiro lugar, há tópicos de potencial aprofundamento que decorrem da opção inicial de realizar uma pesquisa que cobre um período longo. Um dos principais exemplos dos elementos que ficaram de fora desta investigação e que podem ser desenvolvidos posteriormente é o campo das políticas de ensino superior, explorando nomeadamente a forma como estas evoluíram de forma distinta do resto do sistema educativo no equilíbrio entre público e privado.

Em segundo lugar, surge como relevante para o estudo da questão da remercadorização o papel dos sindicatos e das ordens profissionais para a compreensão das estratégias dos atores e dos seus espaços institucionais de intervenção. Nesta dimensão, é fundamental aprofundar quais os espaços formais e informais de participação das ordens e dos sindicatos nos processos de tomada de decisão, os níveis de representação destas instituições, bem como os processos de tomada de decisão internos a estas instituições.

Em terceiro lugar, esta investigação permitiu identificar alguns momentos decisivos que devem ser analisados em maior profundidade, com um foco mais aproximado e recorrendo a outras metodologias, de carácter intensivo, nomeadamente a entrevistas a atores-chave e a protagonistas desses processos e a uma análise mais detalhada de cada um dos processos políticos de definição, desenho e implementação destas políticas. Entre estes momentos destacam-se:

i. o momento inicial de criação do SNS, no qual se opta pelo modelo beveridgiano, quando o ponto de partida existente, que teria permitido uma evolução de maior continuidade, seguia a lógica corporativa da previdência, enquanto se mantiveram lógicas corporativas como a ADSE;
ii. o momento seguinte à clarificação por parte do Tribunal Constitucional de que o modelo SNS era o único que se considerava estar de acordo com a constituição aprovada em 1976, de que resultou uma redefinição da estratégia dos atores políticos e profissionais que discordavam desta opção – PSD, CDS, Ordem dos Médicos – que passa a assentar na exploração, dentro dos limites da Constituição, do espaço de complementaridade do sector privado, em regimes de parceria ou convenção;

iii. o momento em que a Lei de Bases da Educação de 2003, que alterava de forma significativa o quadro de relações entre o sector público e o sector privado nas políticas de educação, é vetada pelo Presidente da República, sendo nesse caso importante compreender de que forma é que os atores políticos e sectoriais se movimentaram;

iv. os momentos de reconfiguração da oferta de educação como oferta eminentemente pública: a definição das regras de expansão da rede de educação pré-escolar com o esforço da rede pública e a generalização dos cursos profissionais nas escolas públicas;

v. na sequência do período de intervenção externa e do memorando de entendimento toma posse, pela primeira vez na história da democracia portuguesa, um governo liderado pelo PS com suporte parlamentar do PS, do BE, dos Verdes e do PCP, pelo que é relevante analisar em que medida esse período se traduziu em mudanças no equilíbrio entre público e privado e Estado e mercado, em particular na saúde, em que foi aprovada uma nova Lei de Bases da Saúde.

Finalmente, em quarto lugar, há que ter em conta o potencial heurístico de acrescentar à comparação entre educação e saúde aqui desenvolvida uma comparação com outras dimensões do Estado-providência em Portugal, e em particular o com o da ação social e o da segurança social. Por duas ordens de razões. Por um lado, porque do ponto de vista das grandes áreas do Estado-providência português, a segurança social e o sistema de pensões constituem claramente o terceiro núcleo de tensão entre público e privado, a par da educação e da saúde, dado que é nesta área que se situa o outro sistema de natureza pública e universal mais desenvolvido. Por outro lado, pensando mais estritamente na lógica dos serviços públicos que são o centro de gravidade desta tese, a comparação mais direta seria com a ação social, que é, a par das duas áreas aqui apresentadas, a área das políticas sociais com forte componente de prestação de serviços em que o Estado divide as suas tarefas com o sector privado, no caso não lucrativo.

Mas, além destes terrenos de aferição já identificados, há pelo menos duas novas questões que será importante monitorizar e avaliar do ponto de vista da análise das políticas públicas.

Em primeiro lugar, as condições de exequibilidade e sustentabilidade de uma transformação do equilíbrio entre Estado e privados na prestação de serviços de educação e de saúde em favor do sector privado e social, num contexto de quebra demográfica e de envelhecimento populacional acentuados. Com efeito, as atuais condições demográficas, as suas perspetivas de evolução previsíveis e os seus reflexos inevitáveis ao nível da população escolar e na população que mais frequentemente recorre aos serviços de saúde nas próximas décadas já colocam desafios não negligenciáveis, tanto para o sistema educativo, como para o sistema de saúde, nas suas atuais configurações. O alargamento do espaço institucional privado – e consequente emagrecimento

acrescido do público – traria problemas acrescidos para a gestão do sistema, no plano financeiro, da configuração da rede e dos recursos humanos.

Em segundo lugar, o recurso a serviços de educação ou de saúde no sector privado ou social far-se-á sempre, em maior ou menor grau, de modo não homogéneo no espaço das classes sociais. Significa isto que a tendência para retirar do sistema público partes maiores das classes privilegiadas e de sectores significativos das classes médias fará aumentar o risco real de intensificação dos fenómenos de segregação no sistema de ensino e de saúde, realimentados pelas dinâmicas de homogeneização negativa, de esvaziamento, de perda de prestígio e de legitimidade que esta tendência criará.

Este risco de segregação acarreta, por seu turno, um outro: o de aprofundamento do desequilíbrio entre esforço contributivo e acesso reduzido aos benefícios dos sistemas públicos, o que conduzirá ao enfraquecimento das coligações e bases de apoio aos sistemas de serviços públicos, contribuindo por essa via para intensificar as pressões em favor do alargamento do espaço dos privados nestes sistemas.

DOCUMENTAÇÃO E LEGISLAÇÃO

Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 39/84, publicado na I série Diário da República n.º 104, de 5 de maio de 1984
Aviso n.º 17039/99
Aviso n.º 17040/99
Aviso n.º 21916/2007
Aviso n.º 922/98
Decreto da Assembleia 184/IX
Decreto n.º 108/88
Decreto n.º 12425, de 2 de outubro de 1926
Decreto n.º 19224, de 16 de janeiro de 1931
Decreto n.º 553/80
Decreto n.º 8 de 1901
Decreto Regulamentar n.º 85/79, de 31 de dezembro
Decreto-Lei de 22 de dezembro de 1894
Decreto-Lei n.º 105/2013 de 30 de julho
Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro
Decreto-Lei n.º 112/97, de 10 de maio
Decreto-Lei n.º 117/2011, de 15 de dezembro
Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio
Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro
Decreto-Lei n.º 125/81, de 27 de maio
Decreto-Lei n.º 129/98, de 18 de abril
Decreto-Lei n.º 139/2013, de 9 de outubro
Decreto-Lei n.º 152/2013, de 4 de novembro
Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de agosto
Decreto-Lei n.º 173/95, de 20 de julho
Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto
Decreto-Lei n.º 201/2009, de 28 de agosto
Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de maio
Decreto-Lei n.º 234/2005, de 30 de dezembro
Decreto-Lei n.º 23447/1934, de 5 de janeiro
Decreto-Lei n.º 24402, de 24 de agosto
Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho
Decreto-Lei n.º 26/89, de 21 de janeiro
Decreto-Lei n.º 28081, de 9 de outubro
Decreto-Lei n.º 344/88, de 28 de setembro
Decreto-Lei n.º 37/83, de 25 de janeiro
Decreto-Lei n.º 37547/49, de 5 de setembro
Decreto-Lei n.º 401/98, de 17 de dezembro
Decreto-Lei n.º 41192/57, de 18 de julho

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro
Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de abril de 1963
Decreto-Lei n.º 476/80, de 15 de outubro
Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968
Decreto-Lei n.º 519-N1/79, de 29 de dezembro
Decreto-Lei n.º 530/79, de 31 de dezembro
Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de abril
Decreto-Lei n.º 542/79, de 31 de dezembro
Decreto-Lei n.º 553/80, de 21 de novembro
Decreto-Lei n.º 7/2011, de 18 de janeiro
Decreto-Lei n.º 74/04, de 26 de março
Decreto-Lei n.º 80/80, de 14 de maio
Decreto-Lei n.º 81/80, de 19 de abril
Decreto-Lei n.º 827, de 10 de outubro de 1937
Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho
Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de abril
Despacho 194-A/1983, de 21 de outubro
Despacho conjunto n.º 296/2006, de 30 de março
Despacho Ministerial de 20 de julho de 1978
Despacho n.º 10569/2011, de 23 de agosto
Despacho n.º 12 891/2006, de 21 de junho
Despacho n.º 12985/2011, de 28 de setembro
Despacho n.º 13380/2012, de 12 de outubro
Despacho n.º 17069, de 21 de dezembro
Diário da Assembleia da República I série n.º 100/V/3, 1990.07.13
Diário da Assembleia da República I série n.º 102/IV/1, 1986.07.25
Diário da Assembleia da República I série n.º 19/I/3, 1978.12.20
Diário da Assembleia da República I série n.º 28/IX/1, 2002.07.05
Diário da *Assembleia da República* I série n.º 33/IX/1, 2002.07.12
Diário da Assembleia da República I série n.º 41/IX/1, 2002.09.27
Diário da Assembleia da República I série n.º 47/V/3, 1990.02.23
Diário da Assembleia da República I série n.º 49/V/3, 1990.03.07
Diário da Assembleia da República I série n.º 58/I/3 1979.05.11
Diário da Assembleia da República I série n.º 59/I/3 1979.05.16
Diário da Assembleia da República I série n.º 60/I/3 1979.05.17
Diário da Assembleia da República I série n.º 66/IV/1, 1986.05.09
Diário da Assembleia da República I série n.º 67/IV/1, 1986.05.10
Diário da Assembleia da República I série n.º 68/IV/1, 1986.05.14
Diário da Assembleia da República I série n.º 77/I/3, 1979.06.29
Diário da Assembleia da República II série A n.º 2/VII/1, 1995.11.08
Diário da Assembleia da República II série A n.º 30/IX/1, 2002.10.08
Diário da Assembleia da República II série A n.º 61/IX/2 Supl.2004.05.20

Diário da Assembleia da República II série A n.º 61/IX/2, 2004.05.20
Diário da Assembleia da República II série A nº.53/VII/1, 1996.06.29
Diário da Assembleia da República II série n.º 98/IV/1, 1986.08.19
Diário da Assembleia da República, I Série, n.º 66/IV/1
Diário da Assembleia da República, I série, n.º 69, 1997.05.09
Diário da Assembleia da República, II série A n.º 2/VII/1, 1995.11.08
Diário da Assembleia da República, II série A n.º 53/VII/1, 1996.06.29
Diário da Assembleia da República, II série A n.º 79, 2004.07.29
Diário da Assembleia da República, II Série, n.º 98/IV/1
Diário da República, 1.ª série, n.º 102/IV/1, 25 de julho de 1986.
Diário da República, 1.ª série, n.º 103/X/4, 11 de julho de 2009
Diário da República, 1.ª série, n.º 140/IX/1, 3 de julho de 2003
Diário da República, 1.ª série, n.º 141/IX/1, 4 de julho de 2003
Diário da República, 1.ª série, n.º 20/X/1, 13 de maio de 2005
Diário da República, 1.ª série, n.º 42/X/1, 29 de julho de 2005
Diário da República, 1.ª série, n.º 89/X/4, 5 de junho de 2009
Diário da República, 1.ª série, n.º 90/IX/2, 21 de maio de 2004
Diário da República, 2.ª série A, n.º 39/X/1, 29 de julho de 2005
Diário da República, 2.ª série A, n.º 79/IX/2, 29 de julho de 2004
Lei n.º 113/97, de 16 de setembro
Lei n.º 115/97, de 19 de setembro
Lei n.º 17-A/1981, de 8 de agosto
Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946
Lei n.º 2033, de 27 de junho de 1949
Lei n.º 21-A/79, de 25 de junho
Lei n.º 27/2002, de 8 de setembro
Lei n.º 30/2014, de 19 de maio
Lei n.º 33/2012, de 23 de agosto
Lei n.º 4/97, de 10 de fevereiro
Lei n.º 46/86, de 14 de outubro
Lei n.º 48/90, de 24 de agosto
Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto.
Lei n.º 53-A/2006, de 29 de dezembro
Lei n.º 53-D/2006, de 29 de dezembro
Lei n.º 55-A/2010, de 31 de dezembro
Lei n.º 56/79, de 15 de setembro
Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro
Lei n.º 85/2009, de 27 de agosto
Lei n.º 9/79, de 19 de março
Orçamento por Ações do Ministério da Educação
Parecer n.º 1/94 do Conselho Nacional de Educação sobre Educação Pré-Escolar em Portugal
Portaria n.º 1324-A/2010, de 29 de dezembro

Portaria n.º 277/2011, de 13 de outubro
Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro
Portaria n.º 59/2014, de 7 de março
Portaria n.º 704/94, de 29 de julho
Programa do I Governo Constitucional (1976)
Programa do II Governo Constitucional (1978)
Programa do III Governo Constitucional (1978)
Programa do IV Governo Constitucional (1978)
Programa do IX Governo Constitucional (1983)
Programa do V Governo Constitucional (1979)
Programa do VI Governo Constitucional (1980)
Programa do VII Governo Constitucional (1981)
Programa do VIII Governo Constitucional (1981)
Programa do X Governo Constitucional (1985)
Programa do XI Governo Constitucional (1987)
Programa do XII Governo Constitucional (1991)
Programa do XIII Governo Constitucional (1995)
Programa do XIV Governo Constitucional (1999)
Programa do XIX Governo Constitucional (2011)
Programa do XV Governo Constitucional (2002)
Programa do XVI Governo Constitucional (2004)
Programa do XVII Governo Constitucional (2005)
Programa do XVIII Governo Constitucional (2009)
Programa do XX Governo Constitucional (2015)
Projeto de Lei n.º 10/VII
Projeto de Lei n.º 100/IV
Projeto de Lei n.º 116/IV
Projeto de Lei n.º 156/IV
Projeto de Lei n.º 157/I
Projeto de Lei n.º 159/IV
Projeto de Lei n.º 173/I
Projeto de Lei n.º 241/VII
Projeto de Lei n.º 271/X
Projeto de Lei n.º 305/IX
Projeto de Lei n.º 306/IX
Projeto de Lei n.º 320/IX
Projeto de Lei n.º 321/IX
Projeto de Lei n.º 327/VII
Projeto de Lei n.º 329/VII
Projeto de Lei n.º 481/V
Projeto de Lei n.º 484/V
Projeto de Lei n.º 485/V

Projeto de Lei n.º 486/V
Projeto de Lei n.º 52/X
Projeto de Lei n.º 54/X
Projeto de Lei n.º 55/X
Projeto de Lei n.º 59/X
Projeto de Lei n.º 603/X
Projeto de Lei n.º 7/X.
Projeto de Lei n.º 76/IV
Projeto de Lei n.º 76/IX
Projeto de Lei n.º 796/X
Projeto de Lei n.º 82/IX
Projeto de Lei n.º 9 1/IX .
Proposta de Lei n.º 127/V
Proposta de Lei n.º 127/V
Proposta de Lei n.º 15/IX
Proposta de Lei n.º 271/X
Proposta de Lei n.º 44/VII
Proposta de Lei n.º 47/VII
Proposta de Lei n.º 48 II
Proposta de Lei n.º 7/X
Proposta de Lei n.º 74/IX
Proposta de Lei n.º 74/IX
Proposta de Lei n.º 74/IX/1
Relatório da votação na especialidade em Comissão. Diário da República, 2.ª série A, n.º 61/IX/2, 20 de maio de 2004
Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 25 de maio
Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2005, de 24 de junho
Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 17 de janeiro
Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro
Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março
Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho
Resolução do Conselho de Ministros n.º 8/86, de 22 de janeiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrantes, P. (2009). Os guardiães do tempo: Imprensa generalista e a imposição de uma agenda educativa. *Educação, Sociedade & Culturas*, 28, 127–144.

Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). *Relatório do setor convencionado*.

Afonso, A. J. (1997). Para a configuração do Estado-providência na educação em Portugal, 1985–1995. *Educação, Sociedade & Culturas*, *7*, 131–156.

Afonso, A. J. (2001). A redefinição do papel do Estado e as políticas educativas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, *37*, pp. 33–48.

Afonso, A. J. (2010). Protagonismos instáveis dos princípios de regulação e interfaces público/privado em educação. *Educação & Sociedade*.

Alcock, P., & Powell, M. (2011). *Welfare theory and development*. SAGE Publications Limited.

Allison, G. (2006) Emergence of schools of public policy: Reflections by a founding dean. In M. Moran, M. Rein & R. E. Goodin (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy*, Oxford University Press.

Allmendinger, J., & Leibfried, S. (2003). Education and the welfare state: The four worlds of competence production. *Journal of European Social Policy*, *13*(1), 63–81.

Alves, S. (2014). *Welfare State Changes and Outcomes – The Cases of Portugal and Denmark from a Comparative Perspective*. *Social Policy & Administration, 49*(1), 1–23. https://doi.org/10.1111/spol.12075

Ambrósio, M. T. (1985). Aspirações sociais e políticas de educação. *Análise Social, 87–89*.

Andersen, S. C. (2005). How to improve the outcome of state welfare services: Governance in a systems-theoretical perspective. *Public Administration*, *83*(4), 891–907.

Anderson, J. E. (2003). *Public policymaking*. Houghton Mifflin.

Anderson, J. E. (2011). *Public policymaking: An introduction* (7ª ed.). Cengage Learning.

Ansell, B. W. (2008). University challenges: Explaining institutional change in higher education. *World Politics*, *60*(2), 189–230.

Anttonen, A., & Baldock, J. (2003). The importance of care. In A. Anttonen, J. Baldock, & J. Sipilä (Eds.), *The young, the old, and the state: Social care systems in five industrial nations* (pp. 1–21). Edward Elgar. https://doi.org/10.4337/9781843768615.00007

Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: Is it possible to identify models? *Journal of European Social Policy, 6*(2), 87–98. https://doi.org/10.1177/095892879600600201

Antunes, F. (2023), "Democratização e relações entre público e privado em educação: provisão, sentido e conteúdo, no Brasil e Portugal (2015-2022), Currículo Sem Fronteiras, v. 23, e1121. DOI: http://dx.doi.org/10.35786/1645-1384.v23.1121

Araújo, L., & Rodrigues, M. L. (2017). Modelos de análise das políticas públicas. Sociologia, Problemas e Práticas, (83). Disponível em http://journals.openedition.org/spp/2662

Arcanjo, M. (2006). Ideal (and real) types of welfare state. (Working Paper No. 6-2006). Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade de Lisboa.

Archer, M. S. (2013[1979]). Social origins of educational systems. SAGE Publications.

Asensio, M., Popic, T., & Schneider, S. M. (2019). Portuguese healthcare reforms in the context of crisis: External pressure or domestic choice? *Social Policy & Administration, 53*(7), 1003–1017. https://doi.org/10.1111/spol.12480

Asensio, M. (2021). Portugal. In E. M. Immergut, K. M. Anderson, C. Devitt, & T. Popic (Eds.), *Health politics in Europe: A handbook* (pp. 275–306). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780198860525.003.0013

Aubyn, M. (2002). Evaluating efficiency in the Portuguese health and education sectors. Economia, 26.

Azevedo, J. (1994). Avenidas de liberdade: Questões de política educativa. Edições Asa.

Azevedo, J. (2009). Escolas profissionais 1989-2009: As oportunidades e os riscos de uma inovação educacional que viajou da margem para o centro. In J. Azevedo (Ed.), O ensino profissional, analisar o passado e olhar o futuro, actas do seminário nacional, Universidade Católica Portuguesa.

Azevedo, J. (2014). Ensino profissional em Portugal, 1989-2014: Viagem da periferia para o centro das políticas educativas. In M. L. Rodrigues (Org.), 40 anos de políticas de educação em Portugal (Vol. 1, pp. 35–88). Almedina.

Bachrach, P., & Baratz, M. S. (1962). Two faces of power. American Political Science Review, 56(4), 947–952.

Baggott, R. (2004). Comparative health policy. Public Policy and Administration, 19(1).

Bairrão, J., & Vasconcelos, T. (1997). A educação pré-escolar em Portugal: Contributos para uma perspectiva histórica. Inovação, 10(1), 7–19.

Ball, S. J. (1997). Policy sociology and critical social research: A personal review of recent education policy and policy research. British Educational Research Journal, 23(3), 257–274.

Ball, S. J. (2003). The teacher's soul and the terrors of performativity. Journal of Education Policy, 18(2), pp. 215–228. https://doi.org/10.1080/0268093022000043065

Ball, S. J. (2005). Education policy and social class: The selected works of Stephen J. Ball. Routledge.

Ball, S. J. (2007). Education Plc: Understanding private sector participation in public sector education (1st ed.). Routledge.

Ball, S. J. (2008). The education debate. The Policy Press.

Bambra, C. (2005). Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services. Journal of Social Policy, 34(2), pp. 195–213.

Barr, N. (2012). Economics of the welfare state (5th ed.). Oxford University Press.

Barreto, A. (1995). Centralização e descentralização no sistema educativo. Análise Social, 30(130), 159–173.

Barros, P. P. (1999). As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: Evolução da prestação na década 1987–1996.

Barros, P. P. (2004) O mixed bang das reformas do setor da saúde pós-2002. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 22(2), 51–56.

Barros, P. P. (2010). As parcerias público-privadas na saúde em Portugal. In J. Simões (Ed.), 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado (pp. 519–560). Almedina.

Barros, P.P (2012). Economia da saúde. Almedina

Barros, P. P. (2014, 2 de outubro). O mercado de cuidados hospitalares privados. Momentos económicos… e não só. Disponível em https://momentoseconomicos.com/2014/10/02/o-mercado-de-cuidados-hospitalares-privados/

Barros, P. P., & Giralt, X. M. (2002). Public and private provision of health care. Journal of Economics & Management Strategy, 11(1), 109–133.

Barros, P. P., de Almeida Simões, J., Allin, S., & Mossialos, E. (2007). Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 9(5), 1–140. European Observatory on Health Systems and Policies.

Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2011). Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 13(4).

Barroso, J. (2003). Organização e regulação dos ensinos básico e secundário, em Portugal: Sentidos de uma evolução. Educação & Sociedade, 24(82), 63–92. https://doi.org/10.1590/S0101-73302003000100004

Barroso, João (2003) (org.), A Escola Pública: Regulação, Desregulação, Privatização, Porto, Asa, pp. 19-48.
Barroso, J. (2011). Conhecimento e política em educação: Perspectivas em cinco países europeus. Educação, Sociedade & Culturas, (34), 7–14.

Bartolini, S. (1994). Tiempo e investigación comparativa. In G. Sartori & L. Morlino (Eds.), La comparación en las ciencias sociales (pp. 105–150). Alianza Editorial.

Batista, S. P. M. (2015). Descentralização educativa e autonomia das escolas: para uma análise da situação de Portugal numa perspetiva comparada [Tese de doutoramento, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9492/1/phd_susana_paiva_batista.pdf

Baumgartner, F. R., & Jones, B. D. (1993). Agendas and instability in American politics. University of Chicago Press.

Beblavy, M., Thum, A. E., & Veselkova, M. (2011). Education policy and welfare regimes in OECD countries: Social stratification and equal opportunity in education (CEPS Working Document No. 357). Centre for European Policy Studies.

Béland D., & Howlett, M. (2016). The role and Impact of the multiple-streams in comparative policy analysis, Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice, 18(3), 221–227. https://doi.org/10.1080/13876988.2016.1174410

Bell, S. (2002). Institutionalism: Old and new. In D. Woodward (Ed.), Government, politics, power and policy in Australia (7th ed., pp. 363–380). Cambridge University Press.

Besley, T., & Ghatak, M. (2001). Government versus private ownership of public goods. Quarterly Journal of Economics, 116(4), 1343–1372.

Beveridge, W. (1942). Social insurance and allied services (Cmd. 6404). His Majesty's Stationery Office.

Birkland, T. A. (1998). Focusing events, mobilization, and agenda setting. Journal of Public Policy, 18(1), 53–74.

Blank, R. H., & Burau, V. (2003). Comparing health policy: Beyond health systems?, [Paper presentation]. ESPAnet Conference on "Changing European Societies. The Role for Social Policy," Copenhagen, Denmark. https://www.academia.edu/21138717/COMPARING_HEALTH_POLICY_BEYOND_HEALTH_SYSTEMS.

Blomqvist, P. (2004). The choice revolution: Privatization of Swedish welfare services in the 1990s. Social Policy & Administration, 38(2), 139–155.

Braithwaite, J. (2008). The regulatory state? In Sarah A. Binder, R. A. W. Rhodes, & Bert A. Rockman (Eds.), The Oxford handbook of political institutions, Oxford University Press.

Branco, R. (2017). Entre Bismarck e Beveridge: sociedade civil e estado providência em Portugal (1960-2011). Análise Social, 52(224), 534–558. https://doi.org/10.31447/AS00032573.2017224.02

Branco, R., & Adão e Silva, P. (2024). The welfare state. In N. Monteiro, P. Silva, & P. C. Magalhães (Eds.), *Portugal in the 21st Century* (1st ed., pp. 26–43). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003488033-3

Brewer, G. D., & DeLeon, P. (1983). The foundations of policy analysis. Brooks/Cole Publishing Company.

Buchanan, J. M. (1968). The demand and suply of public goods. Rand McNally.

Busemeyer, M. R., & Nikolai, R. (2010). Education. In D. Béland, K. H. Kim, & C. Woward (Eds.), The Oxford handbook of the welfare state, Oxford University Press.

Cameira, R. (2012). Conta satélite da saúde (INE) [Relatório]. Instituto Nacional de Estatística.

Campos, A. C. (1983). Eficiência e equidade no sistema de saúde português. Acta Médica Portuguesa, 4, 189–193.

Campos, A. C. (1991). Estado-providência: Perspectivas e financiamento. O caso da saúde. Sociologia, Problemas e Práticas, 9.

Campos, A. C. (1995). Normativismo e incentivos: Contributo da economia para a administração da saúde. In S. Piola & S. Vianna (Eds.), Economia da saúde: Conceito e contribuição para a gestão da saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Campos, A. C. (2002). Despesa e défice na saúde: O percurso financeiro de uma política pública. Análise Social, 16(161).

Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: Crónica de um nascimento retardado. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21(1).

Campos, A. C. (2008). Reformas da saúde: O fio condutor. Almedina.

Campos, A. C. (2012). Um diretor de um hospital tem de fazer pressão sobre os diretores... In M. L. Rodrigues & P. A. e Silva (Eds.), Políticas públicas em Portugal (p. 298). Edições Almedina.

Campos, A. C. (2022). Gaveta de reformas, Ed. Caminho

Campos, A. C., Giraldes, M. do R., & Theias, M. (1981). Gastos públicos com a saúde em Portugal (1970–1978). Análise Social, 17(1).

Campos, C., & Patrão, L. (1986). A privatização de um sistema público: O caso das tecnologias de diagnóstico e terapêutica em Portugal. Valencia.

Campos, A. C., & Simões, J. (2011). O percurso da saúde: Portugal na Europa, Ed. Almedina.

Canotilho, J. J. G., & Moreira, V. (1991). Fundamentos da Constituição (5.ª ed.). Coimbra Editora.

Cardona, M. J. (1997). Para a história da educação de infância em Portugal. Porto Editora.

Cardoso, Clementina M (2003), "Do público ao privado: gestão racional e critérios de mercado, em Portugal e em Inglaterra", em João Barroso (org.), A Escola Pública: Regulação, Desregulação, Privatização, Porto, Asa, pp. 149-191.

Cardoso, C. M. Refletindo sobre a Dimensão Privada da Educação Estatal. Educação: Teoria e Prática, [S. l.], v. 20, n. 34, p. 35, 2010. Disponível em: https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/educacao/article/view/3580

Cardoso, J. L., & Rocha, M. M. (2009). O seguro social obrigatório em Portugal (1919–1928): Acção e limites de um Estado previdente. Análise Social, 44(192), 439–470.

Carneiro, R. (1997). Manifesto contra o Estado hegemônico. In R. Carneiro (Ed.), Ensino livre, uma fronteira da hegemonia estatal. Edições ASA.

Carvalho, R. (1996). História do ensino em Portugal (2.ª ed.), Fundação Calouste Gulbenkian.

Castles, F. G. (1989). Explaining public education expenditure in OECD nations. European Journal of Political Research, 17(3), 225–245. https://doi.org/10.1111/j.1475-6765.1989.tb00202.x

Castles, F. G. (2002). The future of the welfare state: Crisis myths and crisis realities. International Journal of Health Services, 32(2), 255–277.

Castles, F. G. (2009). What welfare states do: A disaggregated expenditure approach. Journal of Social Policy, 38(1).

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS. (2007). Relatório final. [Relatório].

Crouch, C. (2005). Models of capitalism. New Political Economy, 10(4), 439–456.

Crouch, C. (2006). Commercialization or citizenship: The case of education. In R. Curren (Ed.), Philosophy of Education: An Anthology. Blackwell Publishing.

Crouch, C. (2009). What will follow the demise of privatized Keynesianism? The Political Quarterly, 80(S1), 302–315.

Dale, R. (1994). A promoção do mercado educacional e a polarização da educação. Educação, Sociedade & Culturas, 2, 109–139.

Dale, R. (1997). Educational markets and school choice. British Journal of Sociology of Education, 18(3), 451–468. https://doi.org/10.1080/0142569970180310

della Porta, D., & Keating, M. (2008a). Comparing methods and approaches: Some concluding remarks. In D. Porta & M. Keating (Eds.), Approaches and methodologies in the social sciences (pp. 223–242). Cambridge University Press.

della Porta, D., & Keating, M. (Eds.). (2008b). Approaches and methodologies in the social sciences. Cambridge University Press.

Dewey, J. (1916). Democracy and education: An introduction to the philosophy of education. Macmillan.

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2016). Educação em números 2016. Ministério da Educação. https://www.dgeec.mec.pt/np4/89/

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2016b). Perfil do docente 2014-2015. Ministério da Educação. https://www.dgeec.medu.pt/api/ficheiros/657210255f39ee77721e9b93

Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. (2016c). Perfil do aluno 2014-2015. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência. https://www.dgeec.medu.pt/api/ficheiros/65705576602a6e14599d38d0

Dobbin, F. (1994). Forging industrial policy: The United States, Britain, and France in the railway era. Cambridge University Press.

Dolowitz, D. (2000). Learning from abroad: The role of policy transfer in contemporary policy-making. Governance, 13(1).

Dolowitz, D., & Marsh, D. (1996). Who learns what from whom: A review of the policy transfer literature. Political Studies, 44(2), 343–357.

Downs, A. (1957). An economic theory of democracy. Harper & Brothers.

Drezner, D. W. (2005). Globalization, harmonization, and competition: The different pathways to policy convergence. Journal of European Public Policy, 12(5), 841–859.

Duarte, A. (2014). O ensino profissional nas políticas públicas: Análise do agendamento da medida entre 1986 e 2009. Sociologia, Problemas e Práticas, (75).

Dunleavy, P. (1985). Bureaucrats, budgets and the growth of the state: Reconstructing an instrumental model. British Journal of Political Science, 15(3), 299–328.

Dunleavy, P. (1986). Explaining the privatization boom: Public choice versus radical approaches. Public Administration, 64(1), 13–34.

Dunleavy, P. (1994). The globalization of public services production: Can government be 'best in world'?. Public Policy and Administration, 9(2), 36–64.

Dye, T. R. (2010). Understanding Public Policy (13th ed.). Longman.

Easton, D. (1950). Harold Lasswell; policy scientist for a democratic society. The Journal of Politics, 12(3).

Easton, D. (1957). Classification of political systems. American Behavioral Scientist, 1(2).

Elkins, Z. (2005). On waves, clusters, and diffusion: A conceptual framework. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 598(1), 33–51.

Elkins, Z. (2010). Diffusion and the constitutionalization of Europe. Comparative Political Studies, 43(8–9), 969–999.

Elmore, R. F. (1979). Backward mapping: Implementation research and policy decisions. Political Science Quarterly, 94(4), 601–616.

Entidade Reguladora da Saúde. (2005). Avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS [Relatório]. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/112/824783_rel.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2008). As convenções em 2008 [Relatório]. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/90/Estudo_Convencoes_2008.pdf.

Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde [Relatório]. Entidade Reguladora da Saúde. https://www.ers.pt/media/gpbjqv5d/file-16.pdf

Entidade Reguladora da Saúde. (2013). Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado com o SNS. [Relatório]. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/886/Relat_rio_Conven__es.pdf.

Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996–2005). Revista Portuguesa de Saúde Pública, 9.

Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism. Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1993). Orçamentos e democracia: O estado-providência em Espanha e Portugal. Análise Social, 28(122), 589–606.

Esping-Andersen, G. (1996). Welfare states in transition: National adaptations in global economies. SAGE Publications.

Esping-Andersen, G. (2000). The sustainability of welfare states into the twenty-first century. International Journal of Health Services, 30(1), 1–12.

Esping-Andersen, G. (2002). Towards the good society, once again?. In G. Esping-Andersen (Ed.), Why we need a new welfare state (pp. 1–26). Oxford University Press.

Esping-Andersen, G., & Korpi, W. (1986). The welfare state and the redistribution of income: A comparative analysis. International Journal of Sociology, 16(3/4), 39–74.

Espinoza, O. (2009). The politics of education reforms. In J. Zajda & M. A. Geo-JaJa (Eds.), Globalisation, ideology and education policy reforms (pp. 15–29). Springer.

Estêvão, C. (1998a). A privatização da qualidade na educação e as suas "privações". Sociologia, Problemas e Práticas, 27. http://repositorio-iul.iscte.pt.

Estêvão, C. V. (1998b). Políticas de privatização e educação. Educação, Sociedade & Culturas, 9, 69–94. http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC9/9-4.pdf.

Estêvão, P., & Álvares, M. (2014). What do we mean by school dropout? Early school leaving and the shifting of paradigms in school dropout measurement. Portuguese Journal of Social Science, 13(1).

Fernandes, J. M., Magalhães, P. C., & Costa Pinto, A. (Eds.). (2022). The Oxford handbook of Portuguese politics. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780192855480.001.0001

Fernandes, A. C. & Nunes. A. (2016). Hospitals and the public-private combination in the portuguese health system. Acta Médica Portuguesa, 29(3).

Fernandes, D. (2014). Avaliação das aprendizagens e políticas educativas: o difícil percurso da inclusão e da melhoria. In M. L. Rodrigues (Ed.), 40 anos de políticas de educação em Portugal: a construção do sistema democrático de ensino (Vol. I, pp. 231–268). Almedina.

Ferreira, A. S. (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde. Análise Social, 39(171), 313–337.

Ferreira, F. A. G. (1990). História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferrera, M. (1996). The "southern mode" of welfare in social Europe. Journal of European Social Policy, 6(1), 17–37.

Ferrera, M. (2008). The European welfare state: Golden achievements, silver prospects. West European Politics, 31(1–2), 82–107.

Ferrera, M., Hemerijck, A. & Rhodes, M. (2000). O futuro da Europa social. Oeiras: Celta Editora.

Field, S., Kuczera, M., & Pont, B. (2007). No more failures: Ten steps to equity in education (Education and Training Policy). OECD Publishing.

Figueras, J., Saltman, R. B., & Sakellarides, C. (Eds.). (1998). Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press.

Fitz-Gibbon, C. (2004). Editorial: The need for randomized trials in social research. Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society), 167(1), 1–4.

Flores, I (2018), On the edge of the knife: The establishment of public-private partnerships in education, Tese de Doutoramento, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa. 2018. https://www.iscte-iul.pt/tese/8990

Flynn, R., & Simonis, J. (1990). Cost-containment in health care: A comparison of policies in the Netherlands and England. Public Policy and Administration, 5(3), 48–62.

Formosinho, J., Dias, M., Silva, P., & Costa, R. (2005). Administração da educação: Lógicas burocráticas e lógicas de mediação. Asa.

Freire, J. (2010). A evolução do papel e do peso do Estado em Portugal a partir da segunda metade do século XX. CIES e-Working Paper, (97),1–30.

Giddens, A. (2005). A terceira via: Reflexões sobre o impasse político atual e o futuro da social-democracia. Record.

Gilardi, F., Fuglister, K., & Luyet, S. (2008). Learning from others: The diffusion of hospital financing reforms in OECD countries. Comparative Political Studies, 42(4), 549–573.

Gomes, A. (1982). Ensino público, particular e cooperativo. In M. Silva, & M. I. Tamen (Eds.), Sistema de ensino em Portugal, Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, S. & Fialho, I (2013), "Autoavaliação institucional: um instrumento ao serviço da qualidade da educação", Educação. Temas e Problemas (com o tema "A escola em análise: olhares sociopolíticos e organizacionais"), 12/13 Ano 6, pp. 157-174.

Gormley, W. T., Jr. (2007). Public policy analysis: Ideas and impacts. Annual Review of Political Science, 10(1), 297–313.

Governo de Portugal, Banco de Portugal, Comissão Europeia, Banco Central Europeu & Fundo Monetário Internacional. (2011). Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica. https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexosmou_pt.pdf

Governo de Portugal. (2001). Programa de Estabilidade e Crescimento para 2002-2005. Ministério das Finanças. https://www.eo.gov.pt/legislacao/Documents/PEC_2002-2005.pdf

Grácio, S. (1998). Ensino privado em Portugal: Contributo para uma discussão. Sociologia, Problemas e Práticas, (27).

Greener, I. (2002a). Theorising path-dependency: How does history come to matter in organisations? Management Decision, 40(6).

Greener, I. (2002b). Understanding NHS reform: The policy-transfer, social learning, and path-dependency perspectives. Governance, 15(2), 161–183.

Greener, I. (2008a). Decision-making in a time of significant reform: Managing in the NHS. Administration & Society, 40(2), 194–210.

Greener, I. (2008b). Healthcare in the UK: Understanding continuity and change. Policy Press.

Greener, I. (2008c). Markets in the public sector: When do they work, and what do we do when they don't?. Policy & Politics, 36(1).

Greener, I. (2009a). The evolution of choice policies in UK housing, education, and health policy. Journal of Social Policy, 38(4).

Greener, I. (2009b). Towards a history of choice in UK health policy. Sociology of Health & Illness, 31(3).

Green-Pedersen, C. (2002). New public management reforms of the Danish and Swedish welfare states: The role of different social democratic responses. Governance, 15(2), 271–294.

Green-Pedersen, C., Van Kersbergen, K., & Hemerijck, A. (2001). Neo-liberalism, the "third way", or what? Recent social democratic welfare policies in Denmark and the Netherlands. Journal of European Public Policy, 8(2), 307–325.

Grossman, S. J., & Hart, O. D. (1983). An analysis of the principal-agent problem. Econometrica: Journal of the Econometric Society, 51(1), 7–45.

Guerra, M., & Tomé, F. (1964). A profissão médica e os problemas da saúde e da assistência. Análise Social, 2(7-8).

Guillén , A. M., & Matsaganis, M. (2000). Testing the social dumping hypothesis in Southern Europe: Welfare policies in Greece and Spain during the last 20 years. Journal of European Social Policy, 10(2), 120-145. https://doi.org/10.1177/095892879901000203

Guillén, A. M. (2002). The politics of universalisation: Establishing national health services in Southern Europe. West European Politics, 25(4), 49–68. https://doi.org/10.1080/01402380208425492

Guillén, A. M., & Petmesidou, M. (2008). The public-private mix in Southern Europe. In M. Seeleib-Kaiser (Ed.), Welfare state transformations: Comparative perspectives (pp. 56-78). Palgrave Macmillan.

Guillén, A. M., Álvarez, S., & Adão e Silva, P. (2001). Redesigning the Spanish and Portuguese welfare states: The impact of accession into the European Union (Working Paper No. 85). Harvard University, Center for European Studies. http://www.ces.fas.harvard.edu/publications/docs/pafs/guillen.pet

Gupta, S., Verhoeven, M., & Tiongson, E. (2002). The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies. European Journal of Political Economy, 18(4).

Hacker J. S. (2004). Privatizing risks without privatizing the welfare state: The hidden politics of social policy retrenchment in the United States, American Political Science Review, 98(2).

Hacker, J. S. (2005). Policy drift: The hidden politics of US welfare state retrenchment. In W. Streeck & K. Thelen (Eds.), Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies (pp. 40–82). Oxford University Press.

Hacker, J. S., & Pierson, P. (2019). Policy feedback in an age of polarization. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 685(1).

Hacker, J. S., & Pierson, P. (2020). Let Them Eat Tweets: How the Right Rules in an Age of Extreme Inequality. New York: W. W. Norton.

Hacker, J. S., Pierson, P., & Thelen, K. (2015). Drift and conversion: Hidden faces of institutional change. In J. Mahoney & K. Thelen (Eds.), *Advances in comparative-historical analysis* (pp. 180–207). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781316273104.007

Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social learning, and the state: The case of economic policymaking in Britain. Comparative Politics, 25(3).

Hall, P. A., & Soskice, D. (Eds.). (2001). Varieties of capitalism: The institutional foundations of comparative advantage. Oxford University Press.

Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (2006). Political science and the three new institutionalisms. Political Studies, 44(5).

Halsey, A. H., & Lauder, H. (1997). Education: Culture, economy, and society. In A. H. Halsey, H. Lauder, P. Brown, & A. Stuart Wells (Eds.). Education: culture, economy, and society, Oxford University Press.

Hassenteufel, P. (2001). Liberalisation through the state: Why is the French health insurance system becoming so British?. Public Policy and Administration, 16(4), 84–102.

Heclo, H. (1972). Review article: Policy analysis. British Journal of Political Science, 2(1), 83-108.

Heclo, H. (1974). Modern social politics in Britain and Sweden: From relief to income maintenance. Yale University Press.

Heclo, H. (1985). The welfare state in hard times, American Political Science Association

Heclo, H. (1995). The Clinton health plan: Historical perspective. Health Affairs, 14(1).

Hega, G. M., & Hokenmaier, K. G. (2002). The welfare state and education: A comparison of social and educational policy in advanced industrial societies. German Policy Studies, 2(1).

Heichel, S., Pape, J., & Sommerer, T. (2005). Is there convergence in convergence research? An overview of empirical studies on policy convergence. Journal of European Public Policy, 12(5), 817–840.

Heidenheimer, Arnold J. (1981). Education and social security entitlements in Europe and America. In P. Flora & A. J. Heidenheimer (Eds.), The development of welfare states in Europe and America. Transaction Books.

Held, D. (1985). States and societies. Basil Blackwell.

Hemerijck, A. (2002). The self-transformation of the European social model. Internationale Politik und Gesellschaft, (4), 39–67.

Hemerijck, A. (2011). 21st-century welfare provision is more than the “social insurance state”. ZeS-Arbeitspapier, (2).

Hemerijck, A. (2013). Changing welfares states, Oxford University Press.

Henry, A. (2011). Ideology, power, and the structure of policy networks. Policy Studies Journal, 39(3).

Hill, M. (2005). The public policy process (4th ed.). Pearson Education.

Hill, M., & Bramley, G. (1986). Analysing Social social Policypolicy. Blackwell.

Hill, M., & Hupe, P. (2003). The multi-layer problem in implementation research. Public Management Review, 5(4), 471–490.

Hill, M., & Hupe, P. (2006). Analysing policy processes as multiple governance: Accountability in social policy. Policy & Politics, 34(3).

Hirst, P. (2000). The global economy: Myths or reality?. In D. Kalb, M. van der Land, R. Staring, B. V. Steenbergen & N. Wilterdink (Eds.), The Ends of Globalization: Bringing Society Back In (pp. 107–125). Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Holzinger, K., & Knill, C. (2005). Causes and conditions of cross-national policy convergence. Journal of European Public Policy, 12(5), 775–796.

Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. Public Administration, 69(1), 3–19.

Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. Accounting, Organizations and Society, 20(2-3), 93–109.

Howlett, M. (1991). Policy instruments, policy styles, and policy implementation: National approaches to theories of instrument choice. Policy Studies Journal, 19(2).

Hulme, R. (2005). Policy transfer and the internationalisation of social policy. Social Policy and Society, 4(4), 417.

Immergut, E. M. (1990). Institutions, veto points, and policy results: A comparative analysis of health care. Journal of Public Policy, 10 (4).

Immergut, E. M. (1992a). Health politics: Interests and institutions in Western Europe. Cambridge University Press.

Immergut, E. M. (1992b). The rules of the game: The logic of health policy-making in France, Switzerland, and Sweden. In S. Steinmo, K. Thelen, & F. Longstreth (Eds.), Structuring politics: Historical Institutionalism in comparative analysis. Cambridge University Press.

Immergut, E. M. (1998). The theoretical core of the new institutionalism. Politics and Society, 26(1).

Immergut, E. M. (2006a). Historical institutionalism in political science and the problem of change. In R. A. W. Rhodes, S. A. Binder, & B. A. Rockman (Eds.), The Oxford handbook of political institutions (pp. 39–55). Oxford University Press.

Immergut, E. M. (2006b) "Institutional Constraints on Policy" in Moran, Michael, et al. The Oxford Handbook of Public Policy. Oxford. Oxford University Press. pp. 557-71.

Immergut, E. M., & Abou-Chadi, T. (n.d.). Political and institutional determinants of social legislation. Social Science Research Network.

Immergut, E. M., Anderson, K. M., & Schulze, I. (Eds.). (2021). *Health politics in Europe: A handbook*. Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/oso/9780198836829.001.0001

Instituto Nacional de Administração. (1999). Avaliação dos hospitais Fernando da Fonseca e Garcia de Orta. INA.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2015). Inquérito Nacional à Saúde (INE, Estatísticas Oficiais). Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística – INE. (2017). Inquérito às despesas das famílias 2015/2016 (IDEF 2015/2016). INE. https://www.ine.pt/xurl/pub/290721552

International Monetary Fund. (2013). Portugal: Rethinking the state: Selected expenditure reform options (IMF Country Report No. 13/6). https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1306.pdf

Iversen, T., & Stephens, J. D. (2008). Partisan politics, the welfare state, and three worlds of human capital formation. Comparative Political Studies, 41(4–5), 600–637.

James, O., & Lodge, M. (2003). The limitations of "policy transfer" and "lesson drawing" for public policy research. Political Studies Review, 1(2), 179–193.

James, S. (2010). Managing European policy at home: Analysing network adaptation within the core executive. Political Studies, 58(5), 930–950.

Jenkins, W. (1978). Policy analysis: A political and organizational perspective. Blackwell.

Jensen, C. (2008). Worlds of welfare services and transfers. Journal of European Social Policy, 18(4).

Jensen, C. (2009). Policy punctuations in mature welfare states. Journal of Public Policy, 29(3), 287–303. https://doi.org/10.1017/S0143814X09990166

Jensen, C. (2011). Capitalist systems, deindustrialization, and the politics of public education. Comparative Political Studies, 44(4), 412–435.

Jessop, B. (2002). The future of the capitalist state. Polity Press.

Jones, B. D. (2004). A model of choice for public policy. Journal of Public Administration Research and Theory, 15(3), 325–351.

Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2004). Representation and agenda setting. Policy Studies Journal, 32(1), 1–24.

Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2005). The politics of attention: How government prioritizes problems. University of Chicago Press.

Jornal Médico. (2015, fevereiro). António Gentil Martins: Histórias de quando a OM foi extinta e convertida em sindicato. Jornal Médico.

Joumard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health care systems: Efficiency and institutions (OECD Economics Department Working Paper No. 769). OECD Publishing.

Justino, D. (2014). Escolaridade obrigatória: Entre a construção retórica e a concretização política. In M. L. Rodrigues (Ed.), 40 anos de políticas de educação em Portugal: A construção do sistema democrático de ensino (Vol. 1, pp. 109–129). Almedina.

Justino, D. (2015). Preparar a escola e o ensino para o futuro. In M. L. Rodrigues & P. A. Silva (Eds.), Governar com a Troika: Políticas públicas em tempos de austeridade (pp. 109–129). Almedina.

Justino, D., & Baptista, S. (2013). Redes de escolas e modos de regulação do sistema educativo. Revista Portuguesa de Educação, 26(2), 27-44. https://doi.org/10.21814/rpe.26.2.563

Kamal, M. (2010). Corporate governance and state-owned enterprises: A study of Indonesia's code of corporate governance. Journal of International Commercial Law & Technology, 5(3), 206.

Kingdon, J. W. (2002[1984]). Agendas, alternatives, and public policies (2nd ed., Longman classics edition). Longman.

Klitgaard, M. B. (2007). Do welfare state regimes determine public sector reforms? Choice reforms in American, Swedish, and German schools. Scandinavian Political Studies, 30(2).

Klitgaard, M. B. (2008). School vouchers and the new politics of the welfare state. Governance, 21(1).

Knill, C. (1998). European policies: The impact of national administrative traditions. Journal of Public Policy, 18(1), 1–28.

Knill, C. (2005). Introduction: Cross-national policy convergence: Concepts, approaches, and explanatory factors. Journal of European Public Policy, 12(5), 764–774.

Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., & Hill, M. (2007). Public policy analysis. Policy Press.

Korpi, W. (2000). Faces of inequality: gender, class and patterns of inequalities in different types of welfare states. Social Politics, 7(2), 127–191.

Korpi, W. (2003). Welfare-state regress in Western Europe: Politics, institutions, globalization, and Europeanization. Annual Review of Sociology, 29,
589–609. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.29.010202.095943

Korpi, W., & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. American Sociological Review, 63(5), 661–687. https://doi.org/10.2307/2657333

Krugman, P., Wells, R., & Graddy, K. (2011). Economics (European ed.). Pearson.

Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2007). Introduction: Understanding public policy through its instruments – From the nature of instruments to the sociology of public policy instrumentation. Governance, 20(1), 1–21.

Lasswell, H. D. (1956). The decision process: Seven categories of functional analysis. University of Maryland Press.

Lasswell, H. D. (1970). The emerging conception of the policy sciences. Policy Sciences, 1.

Le Grand, J., & Bartlett, W. (Eds.). (1993). Quasi-markets and social policy. Macmillan.

Leitão, A. (2014). Enquadramento jurídico-constitucional da política pública de educação. In M. L. Rodrigues (Ed.), 40 anos de políticas de educação em Portugal (Vol. 1, pp. 35–88). Almedina

Lemos, V. (2014). A influência da OCDE nas políticas públicas de educação em Portugal. Almedina.

Lenschow, A., Liefferink, D., & Veenman, S. (2005). When the birds sing: A framework for analysing domestic factors behind policy convergence. Journal of European Public Policy, 12(5), 797–816.

Lijphart, A. (1971). Comparative politics and the comparative method. American Political Science Review, 65(3)

Lincoln, M. (2006). The social health care policy implementation gap: Moving beyond the legacies of "new" public management. Public Policy and Administration, 21(4), 42.

Lindblom, C. E. (1959). The science of "muddling through". Public Administration Review, 19(2).

Lindblom, C. E. (1979). Still muddling, not yet through. Public Administration Review, 39(6).

Lubienski, C. A., & Lubienski, S. T. (2013). The public school advantage: Why public schools outperform private schools. University of Chicago Press.

Machado, F. L. (2009). Meio século de investigação sociológica em Portugal – uma interpretação empiricamente ilustrada. Sociologias, 11(19), 283–343.

Mair, P. (1998). Comparative politics: An overview. In R. E. Goodin & H.-D. Klingemann (Eds.), A New Handbook of Political Science. Oxford University Press.

Mahoney, J., & Thelen, K. A. (Eds.). (2015). *Advances in comparative-historical analysis*. Cambridge University Press.

Majone, G. (1997). From the positive to the regulatory state: Causes and consequences of changes in the mode of governance. Journal of Public Policy, 17(2), 139–167.

Malefakis, E. E. (1995). The political and socioeconomic contours of Southern European history. In R. Gunther, P. N. Diamandouros, & H.-J. Puhle (Eds.), The politics of democratic consolidation: Southern Europe in comparative perspective (pp. 33–66). Johns Hopkins University Press.

March, J. G., & Olsen, J. P. (1996). Institutional perspectives on political institutions. Governance, 9(3), 247–264.

March, J. G., & Olsen, J. P. (2008). Neo-institucionalismo: Fatores organizacionais na vida política. Revista de Sociologia e Política, 16(31).

Marmor, T., & Wendt, C. (2012). Health policy. Health Policy, 107(1), 11–20. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.06.003

Marmot, M. (2005). The status syndrome: How social standing affects our health and longevity. Bloomsbury Press.

Marsh, D. (2000). Understanding policy networks: Towards a dialectical approach. Political Studies, 48(1).

Marshall, T. H. (1964). Class, citizenship, and social development: Essays. Doubleday.

Martins, S.C (2012). Escolas e estudantes da Europa: estruturas, recursos e políticas de educação. Mundos Sociais.

Mata, J. J. T. (2015). A igualdade e a desigualdade na educação em Portugal [Tese de doutoramento, Iscte – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. http://hdl.handle.net/10071/12469

Mateus, C. (2023). Health policies. In J. Fernandes, P. Magalhães, & A. Costa-Pinto (Eds.), The Oxford Handbook of Portuguese Politics. Oxford University Press.

Matland, R. E. (1995). Synthesizing the implementation literature: The ambiguity-conflict model of policy implementation. Journal of Public Administration Research and Theory, 5(2), 145.

Matti, S. (2011). The rationale determining advocacy coalitions: Examining coordination networks and corresponding beliefs. Policy Studies Journal, 39(3).

May, J. V., & Wildavsky, A. B. (Eds.). (1978). The policy cycle (SAGE Yearbooks on Public Policy Studies, Vol. 5). Sage Publications.

McBeth, M. K., Dones, D. J. & Shanahan, E. A. (2011). Policy narratives and policy processes. Policy Studies Journal, 39(3).

Miguel, J. P., & Bugalho, M. (2003). Economia da saúde: Novos modelos. Análise Social, 38(169), 51–75.

Mill, J. S. (1967). Essays on economics and society, 1824–1845 (L. Robbins, Intro.; J. M. Robson, Ed.). University of Toronto Press; Routledge & Kegan Paul.

Ministério da Saúde. (1997). Saúde em Portugal: Uma estratégia para o virar do século – orientações para 1997. Ministério da Saúde.

Mishra, R. (1995). O Estado-providência na sociedade capitalista. Celta Editora.

Mónica, M. F. (1978). Educação e sociedade no Portugal de Salazar. Editorial Presença.

Moran, M. (1994). Reshaping the health-care state. Government and Opposition.

Moran, M. (1995). Three faces of the health care state. Journal of Health Politics, Policy and Law, 20(3).

Moran, M. (1999). Governing the health care state: A comparative study of the united Kingdom, the United States, and Germany. Palgrave Macmillan.

Moran, M. (2000). Understanding the welfare state: The case of health care. The British Journal of Politics and International Relations, 2(2), 135–160.

Moran, M., Rein, M., & Goodin, R. E. (2006). The Oxford handbook of public policy. Oxford University Press.

Moreira, A., & Glatzer, M. (2022). *The Portuguese welfare state*. In J. M. Fernandes, P. C. Magalhães, & A. Costa Pinto (Eds.), *The Oxford Handbook of Portuguese Politics* (pp. 507–526). Oxford University Press.

Moreira, S., & Barros, P. P. (2009). O impacto da dupla cobertura na utilização de cuidados de saúde. Boletim Económico – Banco de Portugal, 15(3), 205–227.

Morgado, M. I. F. (2015). O subsistema de saúde público ADSE: Percurso das políticas públicas rumo a um modelo de autossustentabilidade financeira (2005–2015) [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE-IUL. https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/10600

Moro, G. (2001). The citizen's side of governance. Journal of Corporate Citizenship, (4).

Morone, J. (1993). The health care bureaucracy: Small changes, big consequences. Journal of Health Politics, Policy and Law 18(2).

Moses, J. W., & Knutsen, T. L. (2007). Ways of knowing: Competing methodologies in social and political research. Palgrave Macmillan.

Mota, L. F. (2021). Ciência das políticas públicas: reflexões sobre a sua diversidade analítica. *Sociedade e Estado*, 36(1), 173–194. https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136010009

Moury, C., & Di Giorgi, E. (2022). *Bailout politics in Portugal (2008–2020)*. In J. M. Fernandes, P. C. Magalhães, & A. Costa Pinto (Eds.), *The Oxford Handbook of Portuguese Politics* (pp. 683–700).* Oxford University Press.

Mozzicafreddo, J. (1992). O estado-providência em Portugal: Estratégias contraditórias. Sociologia, Problemas e Práticas, (12).

Mucciaroni, G. (1992). The garbage can model and the study of policymaking: A critique. Polity, 24(3).

Muller, P. (2009). Les politiques publiques (8e éd.). Presses Universitaires de France.

Murillo, J. (2007). Educational leadership and policy. Springer.

Nakamura, R. T. (1987). The textbook policy process and implementation research. Review of Policy Research, 7(1), 142–154.

Nóvoa, A. (1992). Para uma análise das instituições escolares. In A. Nóvoa, As Organizações Escolares em Análise.

Nóvoa, A., & Bandeira, F. (2005). Evidentemente: Histórias da educação. Livraria Almedina.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). Conhecer os caminhos da saúde: Relatório de primavera do OPSS. OPSS.

OCDE. (1992). A reforma dos sistemas de saúde. Conselho Económico e Social.

OCDE. (1995). Governance in transition: Public management reforms in OECD countries. OECD Publishing.

OCDE. (1998). OECD Economic Surveys: Portugal 1998 (OECD Economic Surveys). OECD Publishing.

OCDE. (2009). Health at a glance 2009: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2012a). Education at a glance 2012: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2012b). Public and private schools: How management and funding relate to their socio-economic profile. OECD Publishing.

OCDE. (2013). Health at a glance: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2015). Education at a glance: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2017). Health at a glance: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2017a). Education at a glance 2017: OECD indicators. OECD Publishing.

OCDE. (2018). Education at a glance: OECD indicators. OECD Publishing.

Oliveira, L. T. (1992). A saúde pública no Vintismo. João Sá da Costa.

Oliver, A., & Mossialos, E. (2005). European health systems reforms: Looking backward to see forward?. Journal of Health Politics, Policy and Law 30(1-2), 7–28.

Olson, M. (1998). A lógica da ação coletiva. Celta Editora.

Olssen, M., Codd, J., & O'Neill, A.-M. (2004). Education policy: globalization, citizenship and democracy. SAGE Publications.

Ordem dos Médicos. (1984). Um sistema nacional de saúde.

Ordem dos Médicos. (1990, fevereiro). Revista da Ordem dos Médicos.

Ordem dos Médicos. (1990, julho). Revista da Ordem dos Médicos.

Page, S. E. (2006). Path dependence. Quarterly Journal of Political Science, 1(1).

Palier, B. (2005). Ambiguous agreement, cumulative change: French social policy in the 1990s. In W. Streeck & K. Thelen (Eds.), Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies (pp. 40–82). Oxford University Press.

Patten, A. (1999). Hegel's idea of freedom. European Journal of Political Theory, 1(1), 67–93.

Pechar, H., & Andres, L. (2011). Higher-education policies and welfare regimes: International comparative perspectives. Springer.

Pereira, J., Campos, A., Ramos, F., & Simões, J. (1999). Health care reform and cost containment. In E. Mossialos & S. Le Grand (Eds.), Health care and cost containment in the European Union (pp. 509–550). Ashgate.

Pereira, M. H. (1999). As origens do estado-providência em Portugal: As novas fronteiras entre público e privado. Ler História, (37), 45–61.

Pereira, P. T. (1997). A teoria da escolha pública (public choice): Uma abordagem neoliberal?. Análise Social, 32(141), 419–442. https://doi.org/10.31447/AS00032573.1997141.06

Pereirinha, J. A. (2006). A reforma da previdência social de 1962 na institucionalização do estado-providência em Portugal. In J. A. Pereirinha, M. M. Hespanha, & A. M. Carolo (Eds.), A economia social em movimento (pp. 187–214). Almedina.

Peter, T., Edgerton, J., & Roberts, L. W. (2010). Welfare regimes and educational inequality: A cross-national exploration. International Studies in Sociology of Education, 20(3), 241–264.

Peterson, M. A. (1993). Institutional change and the health politics of the 1990s. American Behavioral Scientist, 36(6).

Pierson, C. (2006). Beyond the Welfare State?. Polity Press.

Pierson, P. (1995). Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment. Cambridge University Press.

Pierson, P. (1997). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. The Robert Schuman Centre at the European University Institute.

Pierson, P. (2000a). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. American Political Science Review, 94(2).

Pierson, P. (2000b). Three worlds of welfare state research. Comparative Political Studies, 33(6–7), 791.

Pierson, P. (2001). Coping with permanent austerity: Welfare state restructuring in affluent democracies. In P. Pierson (Ed.), The new politics of the welfare state (pp. 410–456). Oxford University Press.

Pierson, P. (2004). Politics in time: history, institutions, and social analysis. Princeton University Press.

Pierson, P. (2006). The path to European integration: A historical institutionalist analysis. In E. Jones & A. Verdun (Eds.), The political economy of European integration (pp. 307–329). Routledge.

Pierson, P., & Skocpol, T. (2002). Historical institutionalism in contemporary political science. In I. Katznelson & H. V. Milner (Eds.), Political science: State of the discipline (pp. 693–721). W. W. Norton.

Pierson, P. (2015). Power and path dependence. In J. Mahoney & K. Thelen (Eds.), *Advances in comparative-historical analysis* (pp. 123–146). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781316273104.005

Pires, E. L. (1988). Escolaridade básica, universal, obrigatória e gratuita. In E. L. Pires et al. (Eds.), O ensino básico em Portugal.

Peters, B. G. (2019). *Institutional theory in political science: The new institutionalism* (4th ed.). Edward Elgar Publishing.

Pollock, A. M., Leys, C., & Price, D. (2006). NHS Plc: The privatisation of our health care. Verso.

Pollock, A. M., Shaoul, J., Rowland, D., & Player, S. (2001). Public services and the private sector: A response to the IPPR commission. Catalyst Press.

Portal de Saúde. (2012). História do Serviço Nacional de Saúde. http://www.portaldasaude.pt.

Poterba, J. M. (1996). Government intervention in the markets for education and health care: How and why? National Bureau of Economic Research.

Powell, M. (1998). In what sense a national health service? Public Policy and Administration, 13(3), 56–69.

Przeworski, A. (1970). The logic of comparative social inquiry. Wiley-Interscience.

Público. (2001, dezembro 5). Ministro diz que resultados não surpreendem. Público.

Público & Lusa. (2004, julho 15). Sindicatos e oposição aplaudem veto de Sampaio à Lei de Bases da Educação. Público

Público. (2014, fevereiro 17). Ordem dos Médicos deixa de colaborar com auditorias às normas clínicas. Público.

Público. (2014, março 13). Cavaco veta aumento de descontos para a ADSE. Público.

Radaelli, C. (2000a). Policy transfer in the European Union: Institutional isomorphism as a source of legitimacy. Governance, 13(1), 25–43.

Radaelli, C. (2000b). Whither Europeanization? Concept stretching and substantive change. European Integration Online Papers, 4(8), 1–31.

Radaelli, C. M. (2004). Europeanisation: Solution or problem? European Integration Online Papers, 8(16), 1–26. https://doi.org/10.2139/ssrn.602662

Ravitch, D. (2011). The death and life of the great American school system. Basic Books.

Reis, A. B. (2022). *Education policies*. In J. M. Fernandes, P. C. Magalhães, & A. Costa Pinto (Eds.), *The Oxford Handbook of Portuguese Politics* (pp. 557–572).* Oxford University Press.

Reis-Novais, J. (2010). Direitos sociais: teoria jurídica dos direitos sociais enquanto direitos fundamentais. Coimbra Editora.

Reis-Novais, J. (2024). Direitos sociais na jurisprudência do Tribunal Constitucional. In J. Simões (Ed.), 50 anos depois: As políticas sociais em Portugal. Almedina.

Rhodes, R. A. W. (1996). The new governance: Governing without government. Political Studies, 44(4), 652–667.

Rhodes, R. A. W. (2000). Governance and public administration. In J. Pierre (Ed.), Debating governance: Authority, steering, and democracy (pp. 54–90). Oxford University Press.

Richardson, J. (2000). Government, interest groups, and policy change. Political Studies, 48(4).

Roberto Carneiro (1997) (Ed.), Ensino livre, uma fronteira da hegemonia estatal. Edição ASA.

Rodrigues, M. L. (2010). A escola pública pode fazer a diferença. Almedina.

Rodrigues, M. L. (2012). Os desafios da política de educação no século XXI. Sociologia, Problemas e Práticas, (68), 171–176.

Rodrigues, M. L. (Ed.). (2014a). 40 anos de políticas de educação em Portugal: Volume I – A construção do sistema democrático de ensino. Leya.

Rodrigues, M. L. (Ed.). (2014b). 40 anos de políticas de educação em Portugal: Volume II – Conhecimento, atores e recursos. Leya.

Rodrigues, M. L. (Ed.). (2014c). Exercícios de análise de políticas públicas. INCM.

Rodrigues, M. de L., & Adão e Silva, P. (Eds.). (2012). Políticas públicas em Portugal. Imprensa Nacional-Casa da Moeda.

Rodrigues, M. L., & Adão e Silva, P. (2016). A constituição e as políticas públicas em Portugal. Sociologia, Problemas e Práticas, (Número Especial), 13–22. https://doi.org/10.7458/SPP2016NE10347

Rodrigues, M. L., & Adão e Silva, P. (Eds.). (2013). Políticas públicas para a reforma do estado. Almedina.

Rodrigues, M. L., & Adão e Silva, P. (Eds.). (2015). Governar com a Troika: Políticas públicas em tempos de austeridade. Almedina.

Rodrigues, M. L., & Gomes, E. (2014). Os recursos financeiros. In M. L. Rodrigues (Ed.), 40 anos de políticas de educação em Portugal (Vol. 1, pp. 35–88). Almedina.

Rosas, F. (1994). O Estado Novo (1926–1974). In J. M. Serrão & A. H. de Oliveira Marques (Eds.), Nova história de Portugal (Vol. 12, pp. 419–438). Editorial Presença.

Sabatier, P. (1991). Political science and public policy. PS: Political Science & Politics, 24(2), 144–147.

Sabatier, P. A. (1998). The advocacy coalition framework: Revisions and relevance for Europe. Journal of European Public Policy, 5(1), 98–130.

Sabatier, P. A. (2007). Theories of the policy process (2nd ed.). Westview Press.

Sakellarides, C. (2001). De Alma-Ata a Harry Potter: Um testemunho pessoal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19(1), 5–12.

Saltman, R. B. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. European Journal of Public Health, 4(1), 38–45.

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. Health Affairs, 17(2), 85–108.

Saltman, R. B., & von Otter, C. (1989). Public competition versus mixed markets: An analytic comparison. Health Policy, 11(1), 43–55.

Saltman, R. B., & von Otter, C. (1989b). Voice, choice and the question of civil democracy in the Swedish welfare state. Economic and Industrial Democracy, 10, 195–209.)

Saltman, R. B., & von Otter, C. (1992). Planned markets and public competition: Strategic reform in Northern European health systems. Buckingham: Open University Press.

Saltman, R. B., & von Otter, C. (1992a). Reforming Swedish health care in the 1990s: The emerging role of “public firms”. Health Policy, 21(2), 143–154.

Samuelson, P. A. (1954). The pure theory of public expenditure. Review of Economics and Statistics, 36(4), 387–389.

Santos, B. S. (1993). Portugal: Um Retrato Singular. Edições Afrontamento.

Schattschneider, E. E. (1935). Politics, pressures and the tariff. Prentice-Hall.

Schelkle, W. (2009). Collapsing worlds and varieties of welfare capitalism: How to step out of Weber’s long shadow. OCSID Working Paper (No. 09-1), 1–28.

Schieber, G. J., Poullier, J. P., & Greenwald, L. M. (1991). Health care systems in twenty-four countries. Health Affairs, 10(3), 22–38.

Schmitter, P. C. (1975). Corporatism and public policy in authoritarian Portugal (Sage professional papers in contemporary political sociology, No. 06-011).

Schmitter, P. C. (1977). Introduction. In Corporatism and public policy-making in contemporary Western Europe (Special issue, Contemporary Political Studies, 10(1), pp. 3–6)

Secretaria de Estado da Saúde. (1974). Subsídio para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde [Documento técnico].

Serrão, J. (1982). Estrutura social, ideologias e sistema de ensino. In M. Silva & M. I. Tamen (Eds.), Sistema de ensino em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian.

Shepsle, K. A. (2008.) Rational choice institutionalism. In S. A. Binder, R. A. W. Rhodes, & B. A. Rockman (Eds.), The Oxford handbook of political institutions. Oxford University Press.

Silva, F. C. & Vieira, M. B. (2010). Para uma teoria pós-nacional da justiça: A constituição da esfera pública em contexto europeu. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Silva, F. C. D. E. A. (2009). Direitos sociais em especial: Saúde e educação (Working Paper No. 2). Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.

Silva, M. V. D. (2012). Políticas públicas de saúde: Tendências recentes. Sociologia, Problemas e Práticas, (69), 121–128.

Silva, M. V. D. (2014a). Entre o Estado e o mercado: Políticas públicas de educação em Portugal. e-Pública: Revista Electrónica de Direito Público, 2(1), 1–32.

Silva, M. V. D. (2014b) Ensino Particular e Cooperativo in Rodrigues, M. de L. (Org.). (2014). 40 anos de políticas de educação em Portugal: Volume I—A construção do sistema democrático de ensino (1ª ed.). Almedina.

Silva, M. V. D., & Crisóstomo, S. (2015). Trajetória do Programa de Ajustamento no setor da saúde. In M. L. Rodrigues & P. A. Silva (Eds.), Governar com a Troika: Políticas públicas em tempos de austeridade (pp. 345–409). Edições Almedina.

Silva, M., & Tamen, M. I. (Coords.). (1982). Sistema de ensino em Portugal. Fundação Calouste Gulbenkian.

Silva, P. A. (2002). O modelo de welfare da Europa do Sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. Sociologia, Problemas e Práticas, (38), 25–59.

Simões, J. (2004). Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho. Almedina.

Simões, J. (2010) (Coord.). 30 anos do Serviço Nacional de Saúde. Edições Almedina.

Simões, J. (Coord.). (2024). 50 anos depois: As políticas sociais em Portugal. Almedina.

Skidelsky, R. (2011). The relevance of Keynes. Cambridge Journal of Economics, 35(1), 1–17.

Skocpol, T. (1997). Boomerang: Health care reform and the turn against government. W. W. Norton & Company.

Skocpol, T. (2004). Voice and inequality: The transformation of American civic democracy. Perspectives on Politics, 2(1), 3–20.

Smelser & P. B. Baltes (Eds.), International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences: Political Science (pp. 288–290).

Sousa Santos, B. (1987). Estado, sociedade, políticas sociais: O caso da política de saúde. Revista Crítica de Ciências Sociais, (21), 13–74.

Stoer, S. R. (1983). A reforma de Veiga Simão no ensino: Projeto de desenvolvimento social ou "disfarce humanista"? Análise Social, 19(77–79), 793–822.

Stoer, S. R. (1985). A revolução de Abril e o sindicalismo dos professores em Portugal. Cadernos de Ciências Sociais, 3, 61–83.

Stone, D. (2000). Non-governmental policy transfer: The strategies of independent policy institutes. Governance, 13(1), 45–70.

Strang, D., & Meyer, J. W. (1993). Institutional conditions for diffusion. Theory and Society, 22(4), 487–511.

Streeck, W., & Schmitter, P. C. (1985a). Private interest government: Beyond market and state. SAGE Publications.

Streeck, W., & Schmitter, P. C. (1985b). Private interest government. Comparative Political Studies, 18(3), 255–275.

Streeck, W., & Thelen, K. (Eds.). (2005). Beyond continuity: Institutional change in advanced political economies. Oxford University Press.

Taylor-Gooby, P. (2002). The silver age of the welfare state: Perspectives on resilience. Journal of Social Policy, 31(4), 597–621.

Tavares, A. F., Silva, P., & Camões, P. J. (2025). *Continuidade e mudança nas políticas públicas em Portugal (1976–2020)*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Teodoro, A. (1982). O sistema educativo português: Situação e perspectivas. Livros Horizonte.

Teodoro, A. (1995). Reforma educativa ou a legitimação do discurso sobre a prioridade educativa. Educação, Sociedade & Culturas, (4), 49–70. http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC4/4-2-teodoro.pdf

Teodoro, A. (1999). Os programas dos governos provisórios no campo da educação. Educação, Sociedade & Culturas, (11), 29–66. http://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC11/11-2-teodoro.pdf

Thelen, K. (1995). Apples and oranges revisited: Contextualized comparisons and the study of comparative labor politics. Politics & Society, 23(3), 337–367.

Thelen, K. (2002). How institutions evolve: Insights from comparative-historical analysis. In J. Mahoney & D. Rueschemeyer (Eds.), Comparative historical analysis in the social sciences (pp. 208–240). Cambridge University Press.

Thelen, K. (2004). How institutions evolve: The political economy of skills in Germany, Britain, the United States, and Japan. Cambridge University Press.

Thelen, K., & Busemeyer, M. R. (1999). The rise of nonmarket training regimes: Germany and Japan compared. Journal of Japanese Studies, 25(1), 33–64.

Titmuss, R. M. (1974). Social policy: An introduction. Pantheon Books.

Tomlinson, S. (2005). Education in a post-welfare society (2nd ed.). Open University Press.

Torres, LL (2013), “Rumo à excelência escolar: imposição política, opção organizacional ou efeito cultural?”, Educação. Temas e Problemas (com o tema “A escola em análise: olhares sociopolíticos e organizacionais”), 12/13 Ano 6, pp. 143-156.

Tribunal de Contas. (2013). Encargos do Estado com as PPP na saúde: Relatório n.º 18/2013 – Processo 15/11. https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2013/rel018-2013-2s.pdf

Trondal, J. (2002). The Europeanisation of research and higher educational policies: Some reflections. Scandinavian Political Studies, 25(4), 333–355.

True, J. L., Jones, B. D., & Baumgartner, F. R. (2007). Punctuated-equilibrium theory: Explaining stability and change in public policymaking. In P. A. Sabatier (Ed.), Theories of the policy process (pp. 155–187). Westview Press.

Tsebelis, G. (2000). Veto players and institutional analysis. Governance, 13(4), 441–474.

Tuohy, C. J. (1999). Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada. Oxford University Press.

Urbano, J. D., Fiolhais, C., & Valente, G. (2002). Manifesto para a Educação da República [Manifesto].

Vasconcelos, T. (2003). Educação de infância em Portugal. [Editor não indicado].

Vasconcelos, T. (2014). A educação de infância: Uma conquista da democracia. In M. L. Rodrigues (Ed.), 40 anos de políticas de educação em Portugal (Vol. 1, pp. 35–88). Almedina.

Vilarinho, E. (2020), "Articulações entre o público e o privado na educação de infância em Portugal", Educação em Revista, 36:e231420. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698231420

Walgrave, S. (2008). Punctuated equilibrium and agenda-setting: Bringing parties back in: Policy change after the Dutroux crisis in Belgium. Governance, 21(3), 365–395.

Weaver, R. K. (1986). Policy failure: The non-reform of American health care. Journal of Public Policy, 6(4), 371–398.

Weible, C., & Sabatier, P. A. (2011). A quarter century of the advocacy coalition framework: An introduction to the special issue. Policy Studies Journal, 39(3), 349–360.

Weiss, L. (1997). Globalization and the myth of the powerless state. New Left Review, (225), 3–27.

Welton, J., & Evans, J. (1986). The development and implementation of special education policy: Where did the 1981 act fit in? Public Administration, 64(2), 209–227.

Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: A comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. Journal of European Social Policy, 19(5), 432–446. https://doi.org/10.1177/0958928709344247

Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration, 43(1), 70–90. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9515.2008.00647.x/full

Whitfield, D. (2001). Public services or corporate welfare: Rethinking the nation state in the global economy. Pluto Press.

Whitty, G. (2002). Making sense of education policy. SAGE Publications.

Whitty, G., Power, S., & Halpin, D. (1999). Devolution and choice in education: The theory and practice of school leadership. Routledge.

Wilensky, H. L. (1975). The welfare state and equality: Structural and ideological roots of public expenditures (Vol. 140). University of California Press.

Wilkerson, J., Gray, V., & Lowery, D. (2009). Le projet agendas comparés: Objectifs et contenus. Revue Internationale de Politique Comparée, 16(3), 365–380.

Willemse, N., & de Beer, P. (2012). Three worlds of educational welfare states? A comparative study of higher education systems across welfare states. Journal of European Social Policy, 22(2), 105–117.

Wilsford, D. (2008). Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. Journal of Public Policy, 14(3), 251–283.

Wood, A. (1995). How trade hurt unskilled workers. Journal of Economic Perspectives, 9(3), 57–80.

Wood, B. (1990). Policy failure: The non-reform of American health care. Public Policy and Administration, 5(3), 19–36.

XIX Governo Constitucional. (2014, 8 de maio). Um Estado melhor. Portugal.gov.pt. https://www.historico.portugal.gov.pt/media/1415676/20140508%20vpm%20um%20estado%20melhor.pdf

Zehavi, A. (2012). Welfare state politics in privatization of delivery. Comparative Political Studies, 45(9), 1111–1139.