

**Crisis and Legitimation:
Study on the Justification
of Regimes Applied to the
Healthcare Field**

**| Crise e legitimação: estudo dos
Regimes de Justificação aplicados ao
campo da Saúde**

ABSTRACT | Introduction:

The Government of Portugal has faced numerous criticism by the public arena in the recent years to the detriment of advanced changes in its healthcare sector. Objective: The aim of this theoretical reflection article is to verify whether arguments about changes in the national healthcare system in Italy and Portugal have evidenced the emergence of new justification logics. Methods: Technical analysis used as documentary analysis applied to journalistic reports and to results recorded for multiple case studies. Results: A new justification logics called “Troika” has emerged. This logics is based on the common principle that donor countries play a mediating role by agreeing to lend money to countries in financial crisis, i.e., they are committed to help these countries to solve their main social and economic problems. Subjects involved in this new logics include countries financially capable of lending money and countries that need it. State Dignity is based on full repayment of incurred debt, whereas Ratio of Greatness helps loan target states to repay their debts and to get out of their recessionary economic condition. Based on this new logic, Form Investment advocates for the credibility gain production for indebted countries through released reports and notes at press conferences. Stakeholders include contracts and meetings. Credibility is the Key Expression of this new logics. According to this new logic, Justification Fallacy happens when the country lending the money is stigmatized as bad lender. Conclusion: Despite the constraints, the new justification regime is likely to be legitimized as the sense of common good. Supporting devices result in advantages for citizens in indebted countries.

Keywords | Public Health; Global Health; Health Policy; Portugal; Italy.

RESUMO | Introdução: Nos últimos anos, o Governo de Portugal viu-se confrontado com inúmeras críticas na arena pública, em detrimento das alterações avançadas no sector da saúde. **Objetivo:** Este artigo de reflexão teórica propunha verificar se os argumentos apresentados em torno das mudanças no sistema nacional de saúde da Itália e de Portugal evidenciavam o surgimento de novas lógicas de justificação. **Métodos:** A técnica de análise principal utilizada foi a análise documental sobre reportagens jornalísticas e resultados de estudos de casos múltiplos. **Resultados:** Os resultados apontaram para o surgimento de uma nova lógica de justificação denominada “Troika”. Essa lógica assenta no princípio comum de que os países financiadores assumem um papel de mediador ao aceitarem emprestar dinheiro aos países em crise financeira, ou seja, comprometem-se a ajudá-los a resolverem os seus principais problemas sociais e económicos. Os “sujeitos” envolvidos nessa nova lógica compreendem os países com capacidade financeira para conceder empréstimos e os países que necessitam destes. A “dignidade dos Estados” assenta no pagamento total da dívida contraída enquanto a “relação de grandeza” consiste em ajudar os Estados alvo do empréstimo a pagarem as dívidas contraídas e saírem da situação de recessão económica em que se encontram. Nessa nova lógica, o “investimento de forma” defende a produção de ganho de credibilidade para os países endividados através dos relatórios divulgados e das notas divulgadas nas conferências de imprensa. Os “objetos envolvidos” compreendem os contratos celebrados e as reuniões. A “expressão-chave” dessa nova lógica é credibilidade. Segundo essa nova lógica, a “Falácia do Regime de Justificação” acontece quando o país alvo do empréstimo torna-se conhecido como mau pagador. **Conclusão:** Embora existam constrangimentos, o novo regime de justificação apresenta probabilidades em legitimar-se na medida em que a noção de bem-comum e os dispositivos de suporte também resultam em vantagens para os cidadãos dos países endividados.

Palavras-chave | Saúde Pública; Saúde Global; Políticas de Saúde; Portugal; Itália.

¹Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

²Università Tor Vergata, Roma, Itália.

INTRODUÇÃO |

Nos últimos dois anos, o Governo Português viu-se confrontado com inúmeras críticas na arena pública, em detrimento das alterações avançadas no sector da saúde. Algumas alterações foram inclusive sugeridas pela agência internacional financiadora de Portugal denominada “Troika” (ex.: Carta Hospitalar), outras, no entanto, foram avançadas pelo próprio Governo (ex.: corte no orçamento para a Saúde superior ao sugerido pela Troika), sob o argumento de ser indispensável à manutenção do Sistema Nacional de Saúde.

Portugal não é o único país na Europa onde a intervenção exterior (FMI) teve impacto na administração pública e no setor público de saúde, pois a ele somaram-se outros dois países, a Grécia⁴ e a Irlanda.

Itália como Espanha e Inglaterra compreendem exemplos de países onde as intervenções foram orientadas essencialmente para a redução do gasto público em todos os níveis das administrações públicas (central, regional – no caso da Espanha e Comunidades Autónomas – e Local) e no setor público de saúde (NHS National Health Service do Reino Unido, SSN Servizio Sanitario Nazionale da Itália, SNS – Sistema Nazionale de Salud da Espanha). Salienta-se que muitas dessas intervenções foram dirigidas pelas políticas públicas nacionais sem sequer serem discutidas e acordadas previamente com a União Europeia.

Muito interessante é um recém caderno (*policy paper*) publicado em 2012 para *World Health Organization Europa* e para *European Observatory on Health System and Policies* onde foram analisadas as principais políticas sanitárias de todos os países europeus frente às crises económica e financeira dos últimos quatro anos.

Nesse *policy paper* foram destacados dois exemplos de clusters bem sucedidos consolidados nos países mediterrâneos; o primeiro cluster era constituído por países com políticas de intervenção dirigida para atores externos (modelo *troika*) e um segundo *cluster*, composto por países com lógica de intervenção e acção dirigida para atores políticos e institucionais internos (Itália – modelo semelhante ao do Reino Unido e ao da Espanha, denominado *spending review*).

Ao contrário de Portugal, a Troika não desempenhou um papel decisivo na reorientação do SNS Italiano. Segundo

Meneguzzo *et al.*⁶, as alterações introduzidas no SNS da Itália estão intrinsecamente ligadas às políticas de regionalização e à orientação estratégica das agências públicas de saúde (agências locais de saúde; agências hospitalárias). A par desses fatores, acresce-se ainda o *lobbying* exercido pelo setor privado lucrativo e não lucrativo do setor da saúde.

Tem que destacar para uma melhor compreensão do conceito de regionalização, que o SSN italiano representa um sistema composto por 20 diferentes Serviços Regionais de Saúde, com arquiteturas políticas e institucionais bem diferentes, performance (económico-financeira, qualidade, acessibilidade) não homogéneas⁶.

Dentre as alterações sugeridas pela Troika a Portugal no que concerne à saúde, assinalam-se aquelas relacionadas aos moldes de gestão logística, de aquisição, de produção e de articulação com outras organizações. Ao nível da logística, foram criados novos centros hospitalares, com o objectivo de otimizar os recursos financeiros destinados à gestão administrativa dos hospitais. No que concerne à aquisição, foram implementadas novas regras para os concursos públicos. Já nos moldes de produção de cuidados em saúde, as alterações realizadas prendem-se ao estabelecimento de parcerias público-privadas envolvendo o Estado e o setor privado lucrativo e não lucrativo da saúde. Quanto às alterações levadas a cabo nos moldes de articulação com outras organizações, salienta-se o facto de estas passarem a ser geridas com base nos pressupostos da gestão das redes/ gestão de *stakeholders*.

Além dessas alterações, sublinhamos ainda aquelas que foram implementadas, com vista a aumentar o financiamento privado na saúde, de forma a minimizar os riscos financeiros advindos da sua produção.

No que concerne aos moldes de financiamento, salientamos que o Sistema Nacional de Saúde SNS, recebeu, desde sempre, financiamento do setor público e do privado. Enquanto o setor público português financia o SNS em cerca de 70%, o setor privado apenas em 30%. Contudo, esse paradigma pode mudar, caso se acentue ainda mais a crise financeira por que Portugal está atravessando.

As alterações assinaladas não foram bem recebidas por parte dos académicos, de alguns membros da ala partidária do Governo em exercício, dos bastionários das ordens profissionais, dos presidentes sindicais, dos presidentes autárquicos, dos responsáveis pelas associações de utentes

e empresários do setor da saúde em Portugal. Segundo os bastonários das ordens profissionais da saúde, eles não se revêm nas alterações realizadas porque simplesmente, não foram convidados a participarem dos processos de decisão que antecederam essas alterações, embora esteja previsto em lei.

De acordo com a ordem dos médicos, a desarticulação dos atores sociais dificultou em sobremaneira a reunião de consensos em torno da reforma da saúde, originando com isso as controvérsias públicas inumeradas.

Neste sentido, propomos neste artigo tentar perceber quais foram as noções de bem-comum e os dispositivos acionados pelos autores na fundamentação das críticas apresentadas quanto às alterações desencadeadas na saúde em Portugal e na Itália; em que medida os autores incorporaram ou não os regimes de justificação contemplados em Boltanski e Thèvenot² e até que ponto os argumentos apresentados pelos atores indiciam ou não o surgimento de novos regimes de justificação. Em caso afirmativo, quais são as fragilidades e as potencialidades apresentadas pelos novos regimes de justificação.

MÉTODOS |

O presente artigo resultou de uma reflexão teórica sobre as lógicas de justificação formuladas pelos atores dos setores académico, político, profissional, empresarial e associativo na Itália e em Portugal a fim de justificar as alterações introduzidas no sistema nacional de saúde dos respectivos países.

Numa primeira fase, procuramos identificar, descrever e analisar as lógicas de justificação formuladas pelos autores Boltanski e Thèvenot², enquanto na segunda fase, tentar perceber se essas incorporavam ou não os pressupostos teóricos assentes nas teorias dos *stakeholders* (Parmar et. al., 2010), e em particular, do *stakeholder mapping* e o *stakeholder engagement*.

Segundo Boltanski e Thèvenot², os autores escolhem os regimes de justificação que melhor se adaptam à lógica de justificação que gostariam de ver legitimada. A escolha dos objetos, por exemplo, não ocorre de forma aleatória, antes pelo contrário, seguem lógicas de

orientação bastante distintas com o intuito de tornar o regime de justificação suficiente forte, com capacidade para ultrapassar qualquer regime de provas, sejam estes de categorização ou de deslocação.

Na categorização, os regimes se valem de provas instituídas enquanto na deslocação, as novas provas surgem sempre como ousadas, de âmbito local e de fraca amplitude. Entretanto, quando essas deslocações são bem-sucedidas, tendem a modificar o sistema de provas, substituindo as antigas provas, instituídas, visíveis, muitas vezes, regulamentadas pelo direito e muito expostas à crítica devido à sua visibilidade, por novas provas, pouco formalizadas e pouco reconhecidas¹.

Portanto, utilizou-se a técnica de análise documental sobre um total de oitenta reportagens jornalísticas produzida em Portugal sobre o tema das alterações introduzidas no Sistema Nacional de Saúde tal como sobre os resultados produzidos pelo “*multiple case studies*” realizado na Itália.

O estudo decorreu entre Novembro de 2011 e Setembro de 2012 e não contemplou o emprego de técnicas invasivas e/ou ensaios clínicos com seres humanos. Neste sentido, foi dispensado da solicitação prévia do parecer do comité de ética para as ciências da vida.

Na fase do levantamento de dados, aplicamos a técnica de análise documental, enquanto na fase do levantamento dos dados, e a técnica de análise de conteúdo temática.

Buscamos essencialmente analisar os regimes de justificação expostos pelos académicos, representantes políticos, bastonários da ordem dos médicos, bastonário da ordem dos enfermeiros e dos farmacêuticos, presidentes sindicais, administradores hospitalares e responsáveis pelas associações de utentes, pelo facto, de estes terem sido chamados à comunicação social para se pronunciarem sobre as alterações levadas a cabo, pelo menos, no que diz respeito ao Sistema Nacional de Saúde Português.

A apresentação das diversas estratégias de governo das regiões deve ser inserida num quadro geral de referência das tendências correntes no Serviço Nacional de Saúde, caracterizado pelo reconhecimento da autonomia definitiva das regiões no setor sanitário.

O tema do “regionalismo” sanitário está, porém, assumindo uma valência completamente diferente do que a assumida no final dos anos 90 e nos primeiros anos do novo século.

O impacto da crise econômico-financeira e a implementação do modelo inglês do *spending review* avançada pelo governo técnico do primeiro-ministro italiano Mário Monti em 2012, levaram à redução na transferência de recursos (Fondo Sanitário Nazionale, 105 bilhões euros aprox. 2012) e à mudança drástica do foco das políticas públicas ao nível central e regional. Os dois temas-chave são agora assegurar a sustentabilidade do sistema público de saúde, o fortalecimento da recentralização regional e o redimensionamento da autonomia das agências sanitárias, introduzidos pela reforma *bis* do Serviço Nacional de Saúde, iniciado nos anos 90.

De facto, nos últimos anos, foram realizados inúmeros esforços para conseguir uma coerência entre a autonomia institucional, ao nível de programação dos sistemas sanitários regionais, e uma efetiva autonomia financeira, como foi bem evidenciado nas reflexões efetuadas nos parágrafos precedentes.

Em concomitância com a sustentabilidade financeira dos Serviços Sanitários Regionais, foi realizada uma reflexão paralela sobre a sustentabilidade institucional e organizacional das regiões. O nó dessa questão consistia em avaliar a efetiva capacidade das regiões em ativar um sistema de relações com os diversos *stakeholders/ parceiros quer do setor público* (ex.: universidades) ou com o setor privado (ex.: estruturas sanitárias privadas do tipo *for profit* e *no profit*), além dos profissionais do setor associativo (ex.: profissionais da saúde e associações profissionais), presentes em todo o território regional.

Foi dada especial atenção em verificar o ordenamento organizacional, as modalidades de funcionamento e as competências e os conhecimentos presentes nos órgãos de assessoramento regional; verificação esta que evidenciou que as diferenças encontradas nas capacidades administrativas e na oferta das agências sanitárias locais e nas agências hospitalares, estavam presentes em quantidades analógicas, senão maiores, nos órgãos de assessoramento regional.

Os dois próximos anos definirão como nó crítico, juntamente com os diversos âmbitos de sustentabilidade acima nomeados, as estratégias de recentralização regional

encaradas como respostas imediatas e praticáveis em relação às dificuldades encontradas no terreno da sustentabilidade.

Mas o que significa concretamente a recentralização das regiões em um contexto, em que as regiões já vêm desenvolvendo um papel determinante nos respectivos sistemas sanitários regionais?

A esta primeira pergunta se anexa uma segunda questão ainda mais profunda, relativa à especificidade da recentralização do sistema de saúde pública. Lembrando que tanto o sistema da administração pública na Itália como outros setores que se encontram sob a sua responsabilidade “ex.: a educação primária e secundária, a universidade e a formação acadêmica e pesquisa científica” também estão passando por um processo de regionalização.

Concretamente, a recentralização é uma dinâmica exclusiva do Sistema Nacional de Saúde ou está plenamente alinhada com as tendências que andam interessando o setor público dos países adiantados, desde os primeiros anos do novo século?

Nos últimos dois anos, as administrações públicas têm adotado, de maneira sempre mais extensa, lógicas de *grip back* dentro de um contexto de crescente incerteza institucional (dificuldades de legitimação política e institucional; a evidenciação do tema da segurança e o aparecimento da recessão, estagnação e estabilização do crescimento econômico).

Nas políticas de *grip back* estão presentes aspectos muito diversos, por exemplo, a exigência de reduzir a quantidade, assim como a fragmentação de sistemas administrativos públicos; a necessidade de reforçar a capacidade de governança direta (função de *government*) em relação à interação com os diversos atores sociais e institucionais (função de *governance* ou de *stewardship*); as necessidades de intervir nas modestas performances realizadas pelos serviços operacionais em relação às expectativas iniciais dos diversos governos e de reduzir os custos de coordenação por parte dos ministérios a par da crescente exigência de consolidar uma administração central forte no alterado cenário internacional. A função de *stewardship* nos sistemas de saúde vem sendo debatida por vários organismos internacionais, dentre os quais o Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde, que decidiram organizar um evento sobre o referido tema em março de 2002 (www.worldbank.org).

O Sistema Nacional de Saúde Português foi consolidado em finais da década de 70. Até essa altura, perduravam os cuidados de saúde oferecidos pelas instituições particulares com ou sem fins lucrativos, tais como a Santa Casa da Misericórdia.

Em 1978 foi aprovada a lei que estabelecia a criação do Sistema Nacional de Saúde e estipulava o Estado Português como o principal garantidor do acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Além da função de garantidor, o Estado Português passou também a acumular a função de legislador, regulador e prestador de cuidados em saúde no País.

A função de prestador de cuidados de saúde foi sendo aos poucos substituída pela prestação partilhada com outras organizações do setor privado lucrativo e não lucrativo, sobretudo a partir de 2001.

A introdução do modelo de gestão partilhada teve como intuito a diminuição dos riscos financeiros adjacentes à manutenção do serviço público de saúde e a manutenção do acesso equitativo e universal aos cuidados de saúde. Segundo alguns investigadores, como Graça Carapinheiro, o setor privado foi desde sempre o principal parceiro do Estado no financiamento e na produção de cuidados em saúde em Portugal.

De um modo geral, pode-se dizer que as sucessivas crises económico-financeiras que Portugal atravessou nos últimos anos, por um lado, e o aumento das contestações sociais, por outro, levaram o Estado Português a realizar alterações profundas no Sistema Nacional de Saúde.

Os cuidados de saúde primários, por exemplo, tornaram-se aos poucos a principal prioridade na agenda política de Portugal, pelo facto de apresentarem custos mais reduzidos, de estarem contemplados nas linhas de orientação estratégica para o setor^{3,8}.

Com vista a atingir as metas estipuladas para os cuidados primários, o Governo Português já deu a entender que continuará apostando na consolidação de parcerias público-privadas, quer com o setor privado lucrativo como também com o setor privado não lucrativo, por mais controvérsias a que isso dê origem. Como todos nós sabemos, as parcerias público-privadas, incluindo as estabelecidas na saúde, têm sido alvo de críticas devido às sucessivas derrapagens orçamentais apresentadas pelo setor.

Conforme José Vieira dos Santos, antigo ministro da Economia de Portugal entre 2005 e 2009, as parcerias público-privadas no sector da saúde tornaram-se indispensáveis à sustentabilidade do SNS. Além disso, tais parcerias possibilitaram às organizações de saúde otimizarem os ganhos de eficiência alcançados, quer através da consolidação de plataformas comuns de aquisição de materiais, de equipamentos, de recursos logísticos, de investigação científica e tecnológica, como também através da adoção de ferramentas mais transparentes na gestão.

A política do medicamento também sofreu alterações em Portugal. Entre estas, assinala-se o corte total e/ou parcial na comparticipação estatal para aquisição de medicamentos. Essa medida deu origem a inúmeras controvérsias. Segundo os atores ligados ao meio académico, político, associativo e empresarial, a nova política do medicamento fará com que muitos pacientes abandonem os tratamentos farmacológicos, provocando desta forma outros problemas maiores de saúde pública e a falência da indústria farmacêutica.

De acordo com os atores contestadores, as alterações levadas a cabo na saúde, ainda não vislumbraram um caminho para resolver os problemas da saúde, incluindo a falta de cuidados médicos especializados. Como é de conhecimento geral, em Portugal existe uma grande carência de cuidados médicos especializados especialmente na área da Pediatria, Oftalmologia, Ginecologia, Ortopedia e Saúde Familiar.

Do ponto de vista desses atores, o aumento do número de médicos especializados nas referidas áreas por si só não resolve o problema da carência de mão de obra especializada. A fixação desses profissionais em Portugal exige que se façam ajustamentos nas tabelas salariais; a revisão do tempo de serviço para a reforma; a aprovação de um novo estatuto para a carreira médica e que sejam implementadas medidas de combate às desigualdades salariais existentes entre os médicos de clínica geral, que prestam atendimento nos hospitais, e aqueles que prestam atendimento nos centros de saúde.

Pelo que podemos constatar, as alterações levadas a cabo no Sistema Nacional de Saúde em Portugal e na Itália apresentam alguns paradoxos, na medida em que intensificaram as desigualdades sociais, organizacionais e territoriais existentes.

No caso da Itália, as alterações na saúde foram introduzidas em parte por causa das políticas de regionalização e do alargamento das áreas de influência das agências locais de Saúde, acarretando com isso, alguns desnivelamentos quer no número e tipo de especialidades disponíveis nos territórios, quer no nível de qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Em Portugal, as alterações na saúde também resultaram em desigualdades, e basta constatarmos que os médicos de família passaram a receber o mesmo salário-base independentemente dos quadros clínicos apresentados pelos seus pacientes.

Diante de tal cenário, interrogamos:

Até que ponto as críticas apresentadas em torno das alterações do SNS se valem dos pressupostos éticos assentes nas teorias da justificação de Boltanski e Thèvenot² para se legitimarem?

Em que medida os argumentos apresentados pelos atores indiciam o aparecimento de novos regimes de justificação?

Em que noção de bem-comum e dispositivos esses regimes de justificação se assentam?

O estudo dos valores éticos e dos dispositivos acionados pelos atores demonstrou ser pertinente, na medida em que os atores demonstraram ser capazes de acionar distintos valores e dispositivos, para legitimarem o seu ponto de vista, principalmente quando se veem envolvidos em controvérsias públicas².

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Buscamos neste estudo compreender os regimes de justificação invocados pelos atores num contexto de transformação social, marcado essencialmente pelo recuo do Estado na providência dos bens públicos de cidadania e pela alteração nos parâmetros de sua produção.

Nas reportagens que nós analisamos sobre a realidade portuguesa, verificamos que os atores invocavam os regimes de justificação presentes na Grelha Taxonómica de Boltanski e Thèvenot² para justificarem os seus pontos

de vista sobre as alterações levadas a cabo no Sistema Nacional de Saúde.

Além dos regimes de justificação assentes em Boltanski e Thèvenot², pudemos verificar a existência de outros elementos caracterizadores, os quais não se enquadravam em nenhum dos regimes assinalados por esses autores. Como os elementos caracterizadores aparecem explicitados nos argumentos apresentados pelos atores ligados ao Governo em exercício, decidimos, portanto, tentar perceber até que ponto estes introduziram novos regimes de justificação, por via da deslocação dos regimes de provas, com vista a continuarem a desfrutar das vantagens particulares a que estavam acostumados, antes de serem confrontados publicamente.

De acordo com Boltanski e Thèvenot², os regimes de provas podem se basear na categorização ou na deslocação. Na categorização, as convenções dotadas são de validade geral, logo, podem ser encaradas independentemente das situações onde são executadas. Já na deslocação, existe a possibilidade de tornar justificáveis novas provas, incluindo aquelas de âmbito local e de fraca amplitude.

Entretanto, qualquer regime de justificação precisa integrar uma noção de bem-comum e um regime de provas aceites por todos como legítimo. Para isso, devem trazer em si os princípios da Humanidade Comum e da Hierarquização. A Humanidade Comum preconiza a atribuição de uma igual dignidade a todas as pessoas, enquanto o princípio da Hierarquização, o ordenamento das pessoas de acordo com o seu grau de grandeza.

As reportagens que nós analisamos, mostraram-nos que o princípio de bem-comum e os objetos em que se assenta o regime de justificação Cívico² foram incorporados nos discursos dos atores convidados a pronunciarem-se acerca das alterações no SNS. Segundo esses atores “as alterações realizadas comprometem os princípios da universalidade e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, contrariando desta forma, os princípios que estiveram na base da consolidação da Constituição da República Portuguesa”.

O regime de justificação Industrial² também foi evidenciado pelos actores nos discursos apresentados como mostra este discurso “a obrigatoriedade dos médicos realizarem urgências hospitalares depois dos 55 anos e o aumento do número de horas trabalhadas nas urgências dos hospitais comprometerão a motivação dos profissionais médicos

e provocarão o êxodo de mão de obra especializada em especial para a Alemanha e a Inglaterra”.

Nas reportagens analisadas, também podemos verificar a existência do princípio e dos objetos típicos do regime de justificação das Redes de *Stakeholders* na fundamentação das críticas apresentadas pelos atores, conforme o discurso que segue “a ordem dos médicos de Portugal, manifesta o seu desagrado quanto às alterações levadas a cabo na saúde pelo facto de não ter sido convidada a pronunciar-se no período de discussão das propostas”.

O princípio e os objetos em que se assentam o regime de justificação Mercantil também foram incorporados pelos atores nas reportagens analisadas. De acordo com os atores, “as alterações levadas a cabo na saúde, principalmente aquelas relacionadas à empresarialização dos modelos de gestão dos hospitais e à constituição de parcerias público-privadas, não resultaram nos ganhos de competitividade pretendidos”. Como é de conhecimento geral, o Hospital de Cascais construído com base no modelo de parceria público-privada, envolvendo a Construtora Teixeira Duarte e o grupo empresarial da Saúde da Caixa Económica Federal chamado Hospitais Privados de Portugal (HPP), transferiu o direito de gestão adjudicado em concurso público para o grupo brasileiro AMIL, pelo fato de não ter alcançado as metas financeiras previstas nos dois primeiros anos de funcionamento.

Os princípios inerentes à noção de bem-comum típicos no regime de justificação do Renome² também foram preconizados sobretudo no novo regime de justificação intitulado “da Troika” “os países endividados têm mais probabilidade de receberem investimentos estrangeiros, quando os países financiadores contribuem para o aumento de confiança nestes países, através das conferências de imprensa em que participam e nas matérias que publicam na imprensa nacional e internacional”.

Em algumas reportagens, os atores ligados ao Governo em exercício valeram-se também do regime da Troika para fundamentarem os seus argumentos, o que nos leva a interrogar, até que ponto a Troika poderia ser encarada como uma forma de bem-comum. Segundo Luc Boltanski¹, os sistemas de grandezas incorporados nos regimes de justificação não deveriam preconizar a atribuição de valor somente às pessoas já que estas podem requerer, a qualquer altura, que lhes seja aplicada novamente a prova que lhes foi desfavorável¹.

A dificuldade em averiguar se a Troika compreende ou não uma nova forma de bem-comum deve-se ao facto de sobre esta não incidir os mesmos constrangimentos dos regimes de justificação levantados por Boltanski e Thèvenot².

Contudo, é importante percebermos o papel desempenhado pela Troika na legitimação das críticas apresentadas. Onde há crítica, há julgamento, dizia Luc Boltanski¹.

De acordo com alguns líderes partidários, incluindo o líder do Bloco de Esquerda, não é compreensível que a Troika mande e desmande no nosso país conforme o discurso que se segue “não podemos deixar que a Troika nos obrigue a realizar alterações no SNS que comprometam os ganhos em saúde alcançados nas últimas décadas, ex.: a diminuição da mortalidade materna e infantil e o aumento da esperança de vida em Portugal”.

A recorrência constante à Troika, enquanto elemento de justificação, motivou-nos a tentar perceber até que ponto esta foi ou não legitimada enquanto uma forma de bem-comum, a partir do levantamento dos elementos de caracterização assentes nas lógicas de justificação de Boltanski e Thèvenot².

Pelo que pudemos verificar, para que a Troika se legitime enquanto uma forma de bem-comum, os atores precisavam associar a esta o papel de mediadora, dizendo que ela contribui para que os países em recessão económica resolvam os seus problemas sociais e económicos internos por via do acesso facilitado aos empréstimos.

Partindo do pressuposto que a Troika poderá compreender uma nova lógica de justificação na área da saúde, buscamos evidenciar os elementos que caracterizavam e diferenciavam essa possível nova lógica das outras lógicas existentes. A análise que realizamos mostrou-nos os seguintes:

- Sujeitos envolvidos: o grupo de sujeitos envolvidos na lógica da Troika, compreende os países com capacidade financeira para conceder empréstimos e os países necessitados de empréstimo.
- Dignidade dos estados: compreende o pagamento total da dívida contraída; Estado reconhecido como bom pagador; Estado com capacidade para conceder empréstimos a outros países em recessão.

- Relação de grandeza: ajudar os Estados endividados a pagarem as dívidas contraídas e saírem da recessão.
- Investimento de forma: contribuir para o ganho de credibilidade dos países endividados, seja através dos relatórios publicitados como também através das conferências de imprensa de que participam.
- Objetos envolvidos: contratos, reuniões.
- Expressões-chave: credibilidade.
- Falácia do Regime de Justificação: ficar reconhecido como Mau Pagador.

Na lógica de justificação da Troika, o papel de “Grande” é atribuído aos Estados com capacidade financeira para concederem empréstimos, e o papel de “Pequeno”, aos Estados em recessão económica.

Tal como nos regimes de justificação preconizados por Boltanski e Thèvenot², os “Grandes” (Estados financiadores) precisam dar provas de que sacrificam parte dos interesses particulares para que os Estados endividados saiam da recessão económica. Quanto maiores forem os sacrifícios, maior será a probabilidade de esse novo regime de justificação alcançar a sua legitimação.

Como é de conhecimento geral, a Troika em representação aos países financiadores “ex.: Alemanha, França” concordaram em perdoar a Grécia em cerca de 50% do total da dívida contraída, o que nos leva a interrogar, até que ponto isso contribui para legitimação da Troika enquanto lógica de justificação.

Por fim, chamamos a atenção para um paradoxo apresentado pelo regime de justificação da Troika, o qual se encontra relacionado com a noção de bem-comum.

A noção de bem-comum contemplada na literatura está associada à generalidade.

Em se tratando de Estados, cabe a estes traduzirem a vontade geral por meio do exercício do direito de Soberania que lhes foi concedido pelo pacto social. Nesse sentido, o promulgamento de leis compreende um dos meios de que os Estados dispõem para traduzirem a vontade geral.

Quando os Estados obtêm financiamento por via da Troika, estes passam a sofrer alguns constrangimentos inclusive na promulgação de leis. Pelo que podemos constatar, as leis promulgadas passam a contemplar em parte os interesses das nações financiadoras. Nesse aspecto, interrogamos até que ponto a lógica de justificação da Troika não se sustenta, enquanto lógica de justificação, ao permitir que os interesses das nações financiadoras sobressaiam aos interesses dos cidadãos dos países financiados.

Embora haja esse constrangimento, acreditamos que a lógica de justificação da Troika apresenta probabilidades em legitimar-se, na medida em que a inclusão dos interesses das nações financiadoras tendem também a favorecer os cidadãos dos países financiados. Como exemplo, cita-se o impulso dado pela Troika ao processo de modernização da administração pública portuguesa, incentivando-lhe a adoção de ferramentas de gestão mais transparentes e a incorporação da lógica dos *stakeholders*.

CONCLUSÃO |

O nosso estudo mostrou-nos que os regimes de justificação contemplados em Boltanski e Thèvenot² não se esgotam no campo da saúde. Antes pelo contrário, os dados empíricos que levantamos, evidenciaram a existência de novos regimes de justificação especialmente em Portugal.

O momento de incerteza que o setor da saúde português e italiano estão atravessando propicia o surgimento de novos regimes de justificação, visto que os atores tendem a acionar os regimes de provas que melhor se adaptam às lógicas que querem ver implementadas.

Os regimes de prova que não estejam consubstanciados em regras instituídas e resvaladas pelo Direito, dizem-se se tratar de regimes de deslocação, os quais consubstanciam-se em provas fracas, de âmbito local e de fraca amplitude. Contudo, podem substituir os regimes instituídos desde que sejam entendidos como legítimos.

A análise de conteúdo que realizamos, mostrou-nos que os atores políticos em Portugal têm vindo a legitimar um regime de justificação centrado na Troika, apesar de sobre este incidir alguns constrangimentos. Os constrangimentos

dizem respeito sobretudo à descaracterização do bem-comum enquanto tradutor da vontade geral.

Pelo que pudemos observar, o bem-comum incorporado no regime de justificação da Troika, tende a privilegiar os interesses dos países financiadores em detrimento dos interesses dos cidadãos dos países em recessão económica.

Embora exista tal constrangimento, esse novo regime de justificação apresenta probabilidades em legitimar-se na medida em que a noção de bem-comum e os dispositivos de suporte também resultam em vantagens para os cidadãos dos países endividados.

REFERÊNCIAS |

1. Boltanski L. A moral da rede? Críticas e justificações nas recentes evoluções do capitalismo. Fórum Sociológico. 5(6):13-35.
2. Boltanski L, Thévenot L. De la justification: les économies de la grandeur. Paris: Gallimard; 1991.
3. Comissão Europeia. Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013). Bruxelas: COM; 2007.
4. Parmar, Bidhan L., Freeman, Edward R., Harrison, Jeffrey S., Wicks, Andrew C., Colle, Simone. Stakeholder Theory: The State of the Art. Article in the Academy of Management Annals. June of 2010. Doi: 10.1080/19416520.2010.495581
5. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system European Journal of public health. Eur J Public Health. 2012; 22(1):4-5.
6. Meneguzzo M, Fiorani G, Mezzomo Keinert. Direito a saúde, auditorias cívicas e sustentabilidade no sistema nacional de saúde na Italia. BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.). 2010; 12(3):300-6.
7. Organização Mundial da Saúde. Engaging for health: eleventh general programme of work 2006-2015. Copenhagen: OMS; 2015.

Correspondência para/Reprint request to:

Monica Freitas

Avenida de Berna, 26-C,

Lisboa, Portugal

1069-061

Telefone: (+351) 21 790 83 00

E-mail: monicaflul@botmail.com

Recebido em: 13/03/2019

Aceito em: 18/06/2019