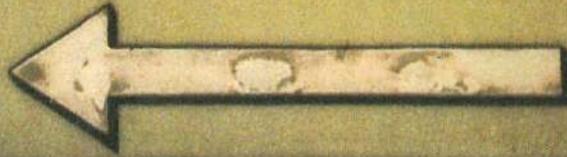


vida mundial

N. 1842 2/1/75

ENTREVISTA COM
VITORINO MAGALHÃES GODINHO

BANCO



SERVICO NACIONAL DE SAUDE

UMA ILHA SOCIALISTA NUM MAR CAPITALISTA?

CONTINENTE E ILHAS: 10\$00 — FRANÇA 4 fr. — CANADA 85 cts.
POR AVIAO: ANGOLA 17\$50 — MOÇAMBIQUE 20\$00



UMA ILHA SOCIALISTA NUM MAR CAPITALISTA?

O Governo Provisório anunciou nos primeiros dias do mês de Novembro a intenção de lançar as bases para a criação de um Serviço Nacional de Saúde, cujo modelo sujeitou a debate público até 31 de Dezembro. O apelo a este debate lançado pelo secretário de Estado da Saúde parece não ter encontrado grande eco, a avaliar pela falta de resposta dos órgãos de comunicação social. Muitos factores poderão explicar este silêncio mas a mim se afigura, que este debate pode conter um equívoco se se entender que a política de saúde pode ser encarada independentemente da política global de uma sociedade, que se podem tomar decisões fundamentais na primeira sem alterar profundamente a segunda. Não creio que se possa conceber uma política de saúde independente da estrutura social em que ela se insere nem que se lhe possa dar um carácter socialista dentro de uma estrutura capitalista. Daí talvez que as pessoas estejam mais interessadas em discutir a política global que política sectorial da saúde.

Não me parece possível a prática de uma igualdade absoluta de todos perante o direito à saúde nem a satisfação de condições básicas de saúde (alimentação, habitação, condições de trabalho, etc.) numa sociedade de classes, definida pela exploração capitalista.

Ora tal não parece ser o ponto de partida da Secretaria de Estado da Saúde que embora admitindo que nenhuma organização de saúde pode alhear-se do sistema político-social, pretende que ao invés de outros meios de produção ou serviços, a produção e distribuição de cuidados de saúde podem dissociar-se em certa medida do regime económico dominante. Querirá isto dizer que mantendo-se uma sociedade de classes, todas elas podem ter o mesmo acesso aos serviços de saúde, mantendo-se, por exemplo, as clínicas para os ricos e os hospitais para os pobres, a boa clínica privada para uns e postos de saúde públicos para outros? Querirá isto dizer que o direito à saúde, que começa pelas condições básicas e pela prevenção, pode ser garantido a classes que sofrem de fome ou subnutrição, habitam em bairros insalubres, têm condições de trabalho que degradam a saúde física e mental? Querirá isto dizer que as consequências sanitárias deste subdesenvolvimento, condição da exploração de certas classes em benefício de outras, serão pagas por toda a comunidade através do Serviço Nacional de Saúde?

A política de saúde não é uma ilha isolada do contexto político geral. A socialização de um ramo de actividade — disse o prof. Miller Guerra — só é proveitosa se acaso fizer parte de um movimento geral de socialização verdadeira, isto é, se acompanhar a eliminação da propriedade privada dos meios de produção, o estabelecimento da igualdade social e, no termo final, a supressão das classes sociais.

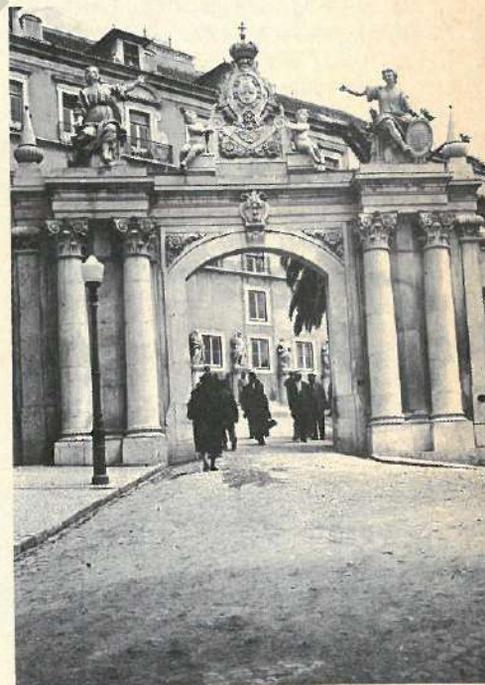
Por isso, é preciso — como afirmou o dr. Daniel Sampaio em resposta a um inquérito do jornal "República" — ter sempre presente que não existe uma política só de saúde, nem sequer uma política de saúde socialista, mas sim estruturas económico-sociais que determinam a organização dos serviços de saúde.

Não se deve entender daqui que não se deve avançar na política de saúde se não nos for possível fazer já a Revolução, mas sim que é preciso ser lúcido quanto aos limites e ao tipo de política que vai seguir-se e quanto ao facto de esse avanço só ser possível, no sentido de uma justa socialização, no quadro da luta dos trabalhadores utentes da saúde e não na medida do consentido pelo Poder vigente, incluindo neste a classe privilegiada dos médicos.

A POLÍTICA E A SAÚDE SEGUNDO SAMORA MACHEL

Esta questão da dependência do combate pela saúde do combate político traz-me à ideia um claríssimo texto de Samora Machel de que não resisto a transcrever um passo, por me parecer que algo temos a aprender com ele, nós que tanto quisemos "civilizar" os povos africanos. Este texto faz parte de um discurso intitulado "No trabalho sanitário materializemos o princípio de que a Revolução liberta o povo":

Tudo tem um conteúdo em função da zona em que se encontra, em função da natureza do poder que existe nessa zona. Na zona capitalista e colonialista, a escola, a



CLÍNICAS PARA OS RICOS E HOSPITAIS PARA OS POBRES?

machamba, a estrada, o tribunal, a loja, o técnico, as leis, o estudo, tudo serve para sermos explorados, oprimidos.

Na nossa zona, porque o poder nos pertence, porque são os camponeses, os operários, as massas laboriosas quem concebe e dirige, tudo se destina a libertar o homem, a servir o Povo.



DE QUE MODO SE VAI ARTICULAR A REDE DA PREVIDÊNCIA COM A REDE HOSPITALAR, E QUAL DELAS ESTARÁ EM PIORES CONDIÇÕES PARA SE ENCOSTAR À OUTRA?

Assim se passa com os hospitais, com o serviço de saúde. Na zona do capitalismo e do colonialismo o hospital é um dos centros de maior exploração. Aí, porque está em jogo a vida de um homem, a vida dos seus entes mais queridos, é onde se manifesta da maneira mais descarada e sem vergonha a ganância do mundo capitalista.

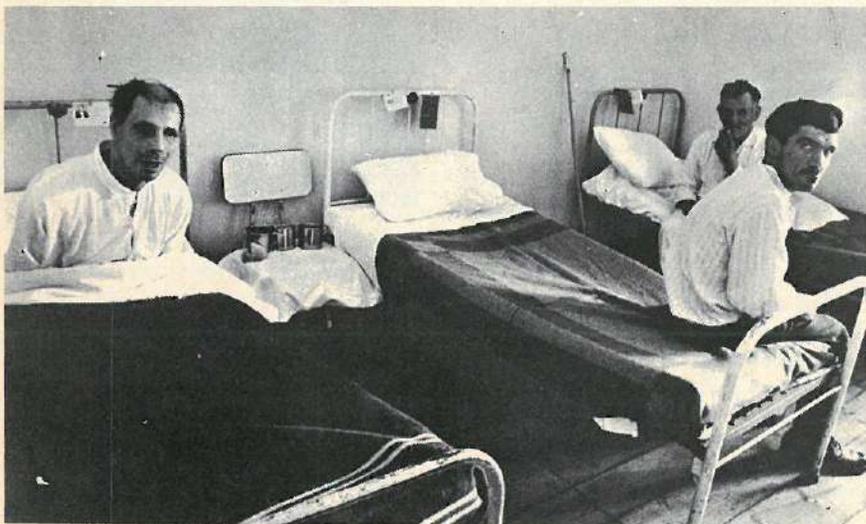
“NA ZONA DO CAPITALISMO E DO COLONIALISMO, O HOSPITAL É UM DOS CENTROS DE MAIOR EXPLORAÇÃO” (SAMORA MACHEL)

Não se entra e é tratado no hospital capitalista em função das necessidades. Quando se é pobre, quando não se tem influências poderosas, é difícil arranjar-se uma cama no hospital e, no entanto, o cancro devora-te a carne, a tuberculose roí-te os pulmões, a febre queima-te o corpo. O rico, o senhor, o patrão, esse não tem a mínima dificuldade em obter quartos, em obter um lugar para si e para quem o acompanha. Mobilizam-se os médicos e professores da Faculdade para tratar a constipação do grande capitalista, para curar a prisão de ventre do senhor juiz, mas ao lado morrem crianças, morrem homens, porque não tiveram dinheiro para chamar o médico.

No hospital não se analisam os doentes, analisam-se as riquezas. O medicamento é vendido a peso de ouro. Só se trata quem



A POLÍTICA DE SAÚDE NÃO É UMA ILHA ISOLADA DO CONTEXTO POLÍTICO GERAL



pode pagar. A operação é para quem a pode custear. A comida, a dieta, as frutas ou o leite, a salada, as carnes e peixes delicados para revigorarem o doente, isso não é para quem precisa, mas para quem pode pagar.

(...) O nosso hospital é diferente. O que faz um hospital não são os instrumentos cirúrgicos ou os medicamentos que lá se encontram. Os instrumentos, os medicamentos são importantes, mas o que é essencial, o que é o factor decisivo é o homem.

O que temos de perguntar, para o que temos de estar precavidos é para o Serviço Nacional de Saúde, com as estruturas hospitalares e postos de saúde existentes ou aperfeiçoados, poder vir a constituir-se em mais um instrumento de exploração. Então

o S.N.S. poderá continuar a ser suficientemente mau ou medíocre para as classes trabalhadoras, pois que as classes privilegiadas continuarão a dispor da boa medicina privada, paga com o produto da exploração que exerce sobre as primeiras. Disso é o que tem uma clara percepção um enfermeiro desse "campo de concentração" que dá pelo nome de Banco de Urgência do Hospital de São José ao declarar: **Se as clínicas acabassem, a situação nos hospitais teria de mudar automaticamente, pois os bem instalados na vida não se sujeitariam a esta miséria. A pressão haveria de ser tão grande que a mudança das coisas era inevitável.**

Se os hospitais fossem tão bons como as clínicas privadas estas não teriam razão de existência, se os médicos da Previdência prestassem cuidados tão competentes como os que prestam na clínica privada, esta desapareceria. Esta dualidade dos serviços de saúde existe porque existe uma sociedade de classes e vice-versa. De modo que não pode pensar-se num serviço de saúde isoladamente bom e puro numa sociedade política que não garante a todos a mesma igualdade de tratamento.

Por isso, também o direito à saúde não pode ser isolado de todos os outros direitos, nem o primeiro pode ser conquistado sem a conquista dos outros, a opção política relativa ao primeiro tem de envolver uma opção política global. Por exemplo, não é um S.N.S. teoricamente muito perfeito que vai impedir o desenvolvimento de doenças infecciosas geradas nos bairros da lata, nem a produção de doenças mentais por condições de trabalho desumanas, ou que vai curar um doente que necessita de uma dieta rigorosa e não tem meios de assegurar uma alimentação cuidada.

Não se deve, portanto, estar à espera que o S.N.S. venha resolver problemas que dizem respeito a uma esfera de acção mais vasta, como não se deve atribuir exclusiva ou principalmente à actual deficiente estrutura da saúde a causa do atraso sanitário como, por exemplo, a alta taxa de mortalidade infantil ou por doenças infecciosas. (Ver quadro I)

Não se deve pois espantar o sr. secretário de Estado da Saúde, nem esperar que o S.N.S. venha resolver as consequências sanitárias (nomeadamente o desenvolvimento de epidemias como a cólera, a febre tifóide, a hepatite e as parasitoses intestinais) da realidade desoladora de que falou: **Cerca de um terço do nosso povo não dispõe de abastecimento de água ao domicílio e a que dispõe apenas um quarto é servida em condições satisfatórias; mais de 80 por cento da população não dispõem de sistemas de esgotos; e mais de 60 por cento não dispõem de um sistema higiénico para recolha de lixos.** (Ver quadro II)



CERCA DE 70 POR CENTO DOS 9000 MÉDICOS EXISTENTES EM PORTUGAL CONCENTRAM-SE EM LISBOA E NO PORTO

Para além dos aspectos técnicos, que nos parecem também muito difíceis de resolver na apatia em que se encontra a máquina administrativa, tais como os relativos à degradação dos serviços hospitalares e dos serviços da previdência, podemos perguntar a quem servirá, nas condições políticas presentes, o S.N.S.? Como assinala o Grupo de Saúde do Movimento de Esquerda Socialista, a prática da medicina é determinada por um conjunto de relações que só aparentemente lhe são estranhas. Na medida em que essas relações em Portugal são determinadas pelo modo de produção capitalista dominante, a prática da medicina participa necessariamente na reprodução das relações de produção capitalistas. Nas

BANCO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL DE SÃO JOSÉ — "SE AS CLÍNICAS ACABASSEM, A SITUAÇÃO NOS HOSPITAIS TERIA DE MUDAR AUTOMATICAMENTE, POIS OS BEM INSTALADOS NA VIDA NÃO SE SUJEITARIAM A ESTA MISÉRIA"

sociedades capitalistas, a assistência aos trabalhadores cumpre o papel de manter a força de trabalho em estado de produzir. Neste sentido, a existência de serviços de saúde para os trabalhadores depende das necessidades capitalistas em determinado momento histórico. Terá a ver, de imediato, com o mercado de força de trabalho: a maior ou menor necessidade de mão-de-obra nos diferentes sectores, o preço que custa aos patrões os dias de doenças dos operários.

OS PROBLEMAS TÉCNICOS E OS PROBLEMAS POLÍTICOS

Quanto aos aspectos técnicos, aqueles que, em princípio, parecem poder ser resolvidos, em sistema capitalista ou socialista, mesmo aí não se vislumbram condições de solução eficaz.

Decretou-se que, a partir de 1 de Janeiro próximo, a Previdência se integre no Serviço Nacional de Saúde. Mas, para além de uma mudança de nomenclatura, que alterações comporta isto, no sentido de os serviços de saúde da Previdência deixarem de ser uma miserável caricatura de assistência médica? De que modo se vai articular a rede da Previdência com a rede hospitalar, e qual delas estará em piores condições para se encostar uma à outra? Se o serviço hospitalar não melhora radicalmente, a Previdência vai encostar-se e servir-se cada

QUADRO I
MORTALIDADE POR ALGUMAS DOENÇAS INFECCIOSAS EM ALGUNS PAÍSES EUROPEUS
(Taxas por 100 000 habitantes)

Designação	Portugal	Holanda	Suécia	França	Itália
Difteria	0,2	—	—	0,0	0,05
Tétano	1,6	0,05	—	0,5	0,4
Tosse convulsa	0,14	0,0	0,0	0,1	0,1
Poliomielite	0,02	—	0,0	0,0	0,0
Sarampo	2,9	0,1	0,01	0,05	0,6
Tuberculose do aparelho respiratório . . .	14,6	0,8	3,1	7,1	6,1
Enterite e outras doenças diarreicas	29,0	1,5	1,5	1,1	5,4
Mortalidade infantil (1000 nados-vivos) . .	44,83	12,1	11,1	17,1	28,5
Mortalidade do grupo de 1 a 4 anos (por 100 000 habitantes)	290,8	83,3	41,8	79,2	91,0
Mortalidade materna (1000 nados-vivos) .	0,59	0,13	0,08	0,22	0,52

Fonte: Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales (1970). Estatísticas de Saúde, I. N. E., (1970 quanto às doenças infecciosas e 1973 quanto à mortalidade infantil).

vez mais das estruturas da medicina privada, reforçando assim o sector da organização capitalista da saúde?

Ora, perante a degradação da assistência hospitalar e das caixas de Previdência é a um reforço da organização capitalista da saúde que se tem assistido nos últimos tempos: é o desenvolvimento da medicina privada e empresarial, dos serviços médicos das companhias de seguros, e o desenvolvimento da clínica liberal e das instituições hospitalares e de enfermagem privadas, como as casas de saúde cada vez mais sofisticadas, as policlínicas e os centros de enfermagem, que passaram também a beneficiar dos dinheiros da Previdência, isto é, dos próprios trabalhadores, na medida em que os serviços das caixas e hospitalares não tinham capacidade para servir os beneficiários e a estes foi sendo dada a faculdade de se utilizarem dos meios privados. Por aqui se vê como o atrofamento dos serviços públicos de saúde ia também servindo e enriquecendo os capitalistas da saúde. Isto para não falar, por agora, do domínio capitalista e imperialista sobre a indústria farmacêutica.

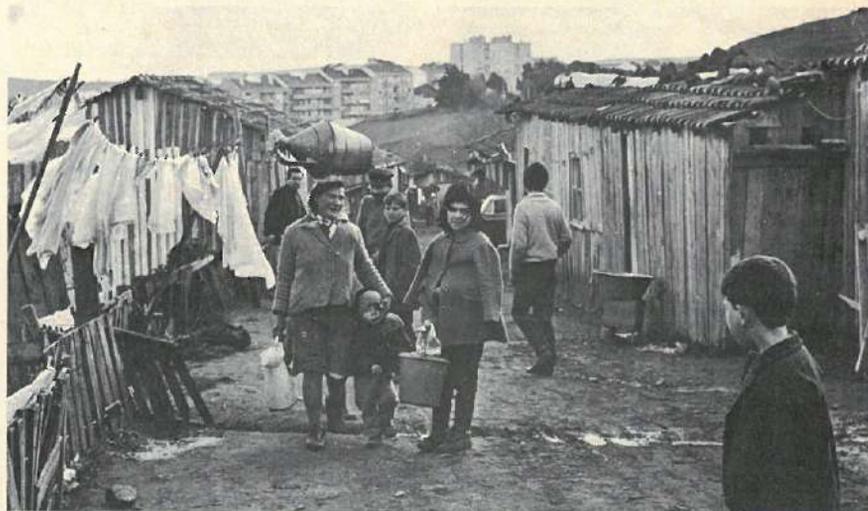
E é chegando aos hospitais que nos apercebemos de como qualitativa e quantitativamente a sua insuficiência constitui um obstáculo gigantesco ao lançamento das bases de um S.N.S. Referindo apenas o aspecto quantitativo medite-se apenas nestes números: de um total de 587 estabelecimentos de saúde com internamento apenas 154 pertencem ao Estado, sendo 140 de particulares e 275 de

Misericórdias. Se nem ao nível das instituições hospitalares se avançar no sentido de uma nacionalização, como vai ser possível montar e administrar o S.N.S.? É isso que leva um médico, o dr. Fernando Lourinho, do Hospital de Leiria, a afirmar (ao jornal "A Capital" em 3/12) que é condição indispensável à criação do S.N.S. a nacionalização do património hospitalar e não hospitalar das Santas Casas da Misericórdia. Como se poderá entender a permanência destas "ilhas", reminiscência de um conceito caritativo de prestação de serviços de saúde, alimentados em grande parte por dinheiros do Estado, que não são por ele administrados? É ainda daquele médico a seguinte afirmação a cerca desta

obsolescência: Do ponto de vista político, o problema fulcral é a manutenção das estruturas e das pessoas que as personificavam no regime anterior. Na sua maioria, os provedores e as mesas administrativas das Misericórdias, das quais ainda se mantêm dependentes a quase totalidade dos hospitais distritais e alguns centrais, logo após o 25 de Abril assumiram uma atitude reaccionária em relação à democratização das estruturas e ao movimento gestonário, atitude que se tem vindo a agravar à medida que o tempo passa, sem o reconhecimento oficial das comissões de gestão dos hospitais, democraticamente eleitas pelos trabalhadores.

Outro problema que se levanta ao lançamento do Serviço Nacional de Saúde é o da carência de pessoal médico e de enfermagem, não tanto em número absoluto mas por razões de desequilibrada distribuição geográfica. O mais grave não é que dispunhamos apenas de cerca de 9 mil médicos, o que dá uma média de 1 médico por 1000 habitantes, a mais baixa da Europa, é que cerca de 70 por cento desse total se concentre em Lisboa e Porto. Para além da criação e melhoria dos centros de saúde na província, o que se pergunta é se é possível proceder a uma deslocação de médicos para as zonas onde eles não existem, se se continuar a permitir a existência e o desenvolvimento da clínica livre que alicia à fixação nos grandes centros, e aqui nos encontramos perante uma opção que é predominantemente política. E quanto ao pessoal de enfermagem toda a gente sabe que eles faltam nos hospitais mas abundam nas clínicas privadas. E é neste ponto que sempre se vem bater: os bons cuidados de saúde continuarão a ser para aqueles que têm dinheiro para os pagar por

CONCEBER UMA POLÍTICA DE SAÚDE INDEPENDENTE DA ESTRUTURA SOCIAL EM QUE ELA SE INSERE?



alto preço ou o S.N.S. vai de facto garantir esses cuidados a todos em perfeita igualdade. Perante os dados expostos é de duvidar que assim venha a acontecer, a menos que se tomem opções políticas muito radicais, que encaminhem a sociedade portuguesa para vias socialistas bem definidas.

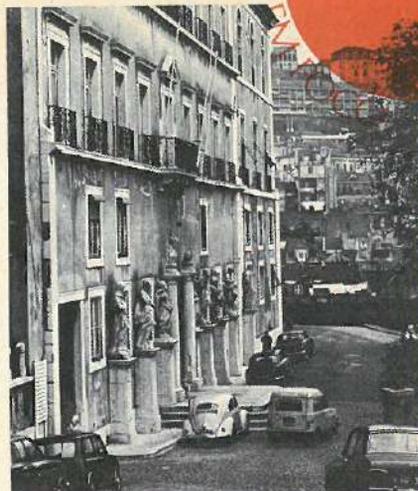
PROGRAMA DE ACÇÃO

Depois destas considerações prévias confrontemo-las com o programa de acção da Secretaria de Estado da Saúde e com as declarações do secretário de Estado, capitão médico dr. Cruz e Oliveira, em entrevista que publicamos anexamente a este artigo. Daí se pode deduzir que a implantação do Serviço de Saúde se vai fazer por etapas prudentes e demoradas e na expectativa da definição mais precisa do modelo político da sociedade portuguesa, segundo uma via reformista que antevemos melhorará as

condições presentes mas não as alterará profundamente.

Quanto ao referido plano de acção, que não indica prazos de cumprimento nem meios financeiros disponíveis, nele se contém a adopção das seguintes medidas:

- criação de esquemas de formação de pessoal sanitário, com carreiras profissionais a nível nacional;
- ampliação dos esquemas e extensão geográfica dos serviços de prevenção e protecção sanitárias;
- passagem dos serviços médico-sociais da Previdência para o Serviço Nacional de Saúde, a partir de 1 de Janeiro de 1975;
- reorganização dos centros de saúde e estabelecimento de uma campanha de saúde pública com especial incidência nas áreas de maior urgência;
- criação de centros de diagnóstico distribuídos por zonas habitacionais com dimensão suficiente para permitir a sua plena utilização;



“NÃO EXISTE UMA POLÍTICA SÓ DE SAÚDE, NEM SEQUER UMA POLÍTICA DE SAÚDE SOCIALISTA, MAS SIM ESTRUTURAS ECONÓMICO-SOCIAIS QUE DETERMINAM A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”

- elaboração de medidas legislativas tendentes à redução da margem de lucro na venda de medicamentos e à aquisição de unidades fabris, fornecedoras dos serviços de Estado;
- redução drástica de fabrico e importação de produtos medicamentosos à base dos mesmos produtos químicos;
- adopção do Formulário Nacional de Produtos Farmacêuticos;
- inventário dos hospitais locais e distribuição das suas funções segundo as áreas de implantação;
- estudo das normas de acordo a estabelecer com clínicas bem como com médicos locais;
- inventariação das necessidades de estabelecimentos de convalescença e cura e alargamento imediato dos centros de reabilitação;
- análise do levantamento dos hospitais centrais, consulta sobre a orgânica hospitalar e determinação das necessidades reais em hospitais especializados;
- criação de novos serviços de urgência em unidades já devidamente apetrechadas e campanha de divulgação e educação da população sobre a localização e modo de recorrer a esses serviços;
- constituição de equipas médicas rotativas móveis para prestação constante de cuidados de saúde;
- estruturação adequada do ensino da medicina e unificação de critérios no ensino da enfermagem; programação do treino de pessoal de administração hospitalar, com aproveitamento de funcionários administrativos do sector da Previdência; recrutamento e treino acelerado de pessoal de cuidados sanitários.

QUADRO II
ALGUNS DADOS SOBRE CONDIÇÕES DE HIGIENE DO MEIO AMBIENTE
(Portugal, 1970)

	Percentagem da população servida
1 — Águas de abastecimento	
Distribuição ao domicílio	40
Condições boas	25
Condições irregulares	10
Condições más	5
Distribuição por fontenário	27
Sem distribuição	33
2 — Águas residuais urbanas	
Com rede de esgoto	17
Condições boas	10
Condições más	7
Com fossas colectivas	0,3
Sem sistema de esgoto	82,7
3 — Lixos urbanos	
Com recolha e tratamento	14
Com recolha e sem tratamento	25
Sem recolha	61
4 — Habitações	
Com cozinha, retrete e casa de banho	20
Com condições deficientes	20
Sem condições aceitáveis	60

Fonte: Inquérito do M. O. P. (1970).