

2ºciclo
História Contemporânea

Políticas de Saúde no Período do Estado Novo (1933-1974)

Daniela Cristina da Costa Ribeiro

M

2018



Daniela Cristina da Costa Ribeiro

Políticas de Saúde no Período do Estado Novo (1933-1974)

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História Contemporânea, orientada
pelo Professor Doutor Jorge Fernandes Alves

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Julho 2018

Políticas de Saúde no Período do Estado Novo (1933-1974)

Daniela Cristina da Costa Ribeiro

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História Contemporânea, orientada
pelo Professor Doutor Jorge Fernandes Alves

Membros do Júri

Professora Doutora Maria Conceição Meireles
Faculdade de Letras - Universidade do Porto

Professor Doutor Luís Alberto Marques Alves
Faculdade Letras - Universidade do Porto

Professor Doutor Jorge Fernandes Alves
Faculdade Letras - Universidade do Porto

Classificação obtida: 17 valores

Sumário

DECLARAÇÃO DE HONRA.....	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – PORTUGAL NA VÉSPERA DO ESTADO NOVO.....	19
1.1. POLÍTICAS DE SAÚDE <i>VERSUS</i> SERVIÇOS DE SAÚDE <i>VERSUS</i> SISTEMA DE SAÚDE	22
1.2. A SAÚDE NOS MODELOS POLÍTICOS ANTERIORES AO ESTADO NOVO	24
1.3. AS PREOCUPAÇÕES SOCIAIS — ESPECIAL ATENÇÃO ÀS CAMPANHAS DE COMBATE A DOENÇAS CONTAGIOSAS.....	33
1.4. A QUESTÃO ASSISTENCIAL.....	37
CAPÍTULO 2 — ESTRUTURA E POLÍTICAS AO TEMPO DO ESTADO NOVO	38
2.1. A DEFINIÇÃO DOS QUADROS ADMINISTRATIVOS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE.....	41
2.2. DISCUSSÃO DO MODELO ASSISTENCIAL — ASSISTÊNCIA E PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	47
2.2.1. <i>A Reforma das Bases e Serviço Assistencial</i>	<i>53</i>
2.3. AS MATERNIDADES E A PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE MATERNO-INFANTIL	60
2.4. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA — SAÚDE MENTAL	63
2.5. DISCUSSÃO HOSPITALAR: CRIAÇÃO E ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL	68
2.6. CARACTERIZAÇÃO GERAL	74
CAPÍTULO 3 — INFLUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE NA ESTRUTURA SANITÁRIA DO ESTADO NOVO	77
CAPÍTULO 4 — NOVOS PARADIGMAS DO ESTADO E ESTRUTURAÇÃO MINISTERIAL DA SAÚDE.....	83
4.1. A QUESTÃO DA EXISTÊNCIA DE CASAS DE TOLERADAS	87
4.2. DO SISTEMA NACIONAL DE VACINAÇÃO À CRIAÇÃO DE UM “SISTEMA DE CUIDADOS DE SAÚDE”	89
4.2.1. <i>Do Descontentamento Médico ao Diploma das Carreiras Médicas</i>	<i>104</i>
4.3. NOVOS PARADIGMAS ASSISTENCIAIS	108
4.4. NOVOS PARADIGMAS HOSPITALARES	114
CONCLUSÃO	124
FONTES.....	128
BIBLIOGRAFIA.....	136

Declaração de Honra

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

Porto, 2 de julho de 2018

Daniela Cristina da Costa Ribeiro

Resumo

No final do século XIX, a maioria da sociedade portuguesa apelava à criação de um novo objeto político que se preocupasse com a espécie humana no seu todo e não só a nível individual. Na sequência dos episódios ligados à peste bubónica no Porto, Ricardo Jorge, chamado ao governo central, tenta implementar uma reestruturação do sistema da saúde pública. Daí resultou o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, publicado a 24 de dezembro de 1901, que será atualizado pelo próprio em 1926, já no âmbito Ditadura Militar.

No decorrer da I República, foram tomadas algumas medidas no sentido da resolução pontual de problemas sanitários existentes à época, sempre numa vertente preventiva, como foi o caso dos seguros sociais obrigatórios. Os mesmos vão ter a sua importância diminuída com o início do Estado Novo. Este novo regime cria as Caixas Sociais de Previdência, Casas do Povo e Casas dos Pescadores, deixando para a assistência privada, mais propriamente para as Misericórdias a cobertura hospitalar, com o encargo das despesas dos mais pobres pelas municipalidades. Várias reformas são realizadas no âmbito da saúde e assistência no seu geral, bem como nas maternidades e saúde mental, sempre na base da saúde preventiva, gerando microssistemas sem cobertura nacional. As mudanças significativas ocorrem após a adesão de Portugal à Organização Mundial de Saúde, que suscita a criação de um ministério autónomo da Saúde e Assistência — para serviços anteriormente inseridos no Ministério do Interior.

Com a ascensão de Marcelo Caetano a Presidente do Conselho de Ministros, surge uma nova atenção às questões da saúde, concretizando algumas medidas que vinham de trás (hospitais distritais) e outras (centros de saúde), enquadradas numa perspetiva de integração, como o modelo sanitário apresentado por Baltazar Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira, que viriam a ser determinantes para o futuro Sistema Nacional de Saúde.

Palavras-chave: políticas de saúde; Estado Novo; salazarismo; sistema de saúde; estrutura de saúde; marcelismo.

Abstract

At the end of the 19th century, the majority of the portuguese society called for a new political measure, one that would care about the human species as a whole and not only on an individual level. Following the bubonic plague in Oporto, upon being called by the central government, Ricardo Jorge tries to restructure the public health system. This resulted in the General Regulation of the Public Health and Welfare Services, published on December 24, 1901, which would be updated by Ricardo himself in 1926, already under the Military Dictatorship.

During the First Republic, some measures were taken to solve health problems, always on a preventive level, such as it was the case with mandatory social insurance. They will have their importance diminished with the beginning of the *Estado Novo*. This new regime creates the Social Security Houses, Houses of the People and Fishermen's Houses, leaving to the private care, more specifically for the *Misericórdias*, hospital coverage, with the expenses of the poorest by the municipalities. Several reforms are carried out in the field of health and general care as a whole, as well as in maternity and mental health, always on the basis of preventive health, generating microsystems without national coverage. Significant changes occurred after Portugal joined the World Health Organization, which led to the creation of an autonomous Ministry of Health and Care - for services previously carried by the Ministry of the Interior.

With the rise of Marcelo Caetano as President of the Council of Ministers, new attention is drawn to health issues, taking some old measures (district hospitals) as well new ones (health centers), in a perspective of integration, like the health model presented by Baltazar Rebelo de Sousa and Gonçalves Ferreira, one that would be decisive for the future National Health System.

Keywords: health policies; *Estado Novo*; salazarismo; health system; health structure; marcelismo.

Lista de abreviaturas e siglas

ADSE — Assistência na Doença aos Servidores do Estado

CUF — Companhia União Fabril

DESC — Direitos Económicos, Sociais e Culturais

INSA — Instituto Nacional de Saúde

OCDE — Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS — Organização Mundial de Saúde

ONU — Organização das Nações Unidas

SNA — Serviço Nacional de Ambulâncias

SNS — Sistema Nacional de Saúde

SUCH — Serviços de Utilização Comum dos Hospitais

URSS — União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

Introdução

A presente investigação centra-se no estudo político-legislativo da Saúde durante o período do Estado Novo (1933-1974), enquadrado no âmbito sociocultural da época em questão. No entanto, as preocupações sanitárias já apresentavam alguma discussão em momentos anteriores, desde logo com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, publicada em 1789 no desenrolar dos primeiros acontecimentos da Revolução Francesa. Todavia, com as sucessivas alterações político-ideológicas em França, em 1793 é publicada uma nova Declaração de Direitos do Homem e do Cidadão, pelo regime jacobino, liderado por Robespierre no período da Convenção. A mesma, logo no seu primeiro artigo, define como fim primordial do Estado a felicidade comum, sendo da sua competência garantir a todos os Homens¹ a aplicação dos direitos naturais e imprescindíveis. Já a anterior Declaração não contemplava como artigo autónomo o fim do Estado, abordando a felicidade de modo sumário, em última análise no preâmbulo. Por outro lado, defende a existência de direitos sociais, como a assistência, mínimo de existência e educação, constituindo uma competência da nação a proteção e ressalva dos mesmos, cuja Declaração de Direitos de 1789 não contemplava.

Todavia, é perentória a amplitude apresentada pela Declaração jacobina em relação à anterior, refletindo a defesa de alguns direitos sociais, sem a definição concreta e objetivo da saúde, mas abrindo caminho para a sua contemplação legislativa.

Nos finais do Século XIX, Otto Von Bismark chanceler alemão, cria os seguros de doença, velhice, invalidez a fim de solucionar problemas sociais desenvolvidos pela crescente industrialização e crescimento da população nas cidades, devido ao êxodo rural e fluxos migratórios. Desta forma, e atendendo as preocupações da classe operária, Bismark desenvolve este sistema de seguros sociais, iniciando uma política, que muito tem de semelhante com o Estado-providência desenvolvido e aplicado no século seguinte, agravando o paradigma da possível relação entre a saúde preventiva e a importância da saúde para toda a sociedade. A nível internacional realizavam-se cada vez mais congressos internacionais sobre higiene, acompanhando desta forma a evolução das urgências populacionais.

Em Portugal, a maioria da sociedade médica apelava à criação de um novo objeto político que se preocupasse com a espécie humana no seu todo e não só no corpo individual,

¹ A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1793 contemplava a abolição da escravatura no seu artigo XVIII.

sem tantos entraves burocráticos, desenvolvendo um “novo sistema sanitário, com vista à vigilância médica e à erradicação de endemias e prevenção de epidemias.” (Alves, 2008, p. 85). Desta feita, Ricardo Jorge nos finais do século XIX tenta proceder a uma reestruturação do sistema da saúde pública, a nível local, numa primeira fase, e mais tarde nacional. No âmbito da higiene municipal, era “imperioso garantir dois mandamentos fundamentais: fornecer água pura, captada e canalizada; praticar a desinfeção e o saneamento” (Alves, 2008, p. 88). Em 1899 ocorreu um surto de peste bubónica no Porto, onde Ricardo Jorge estabeleceu, por solução decretada pelo Conselho de Saúde, um cordão sanitário em torno da cidade. No entanto, prejuízos económicos fizeram com que a população da cidade se revoltasse contra o médico em questão. Este retirou-se para Lisboa, permanecendo até 1921, onde promoveu a criação do Instituto Central de Higiene e, mais tarde em 1926, procedeu à atualização do *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*, publicado a 24 de dezembro de 1901, elaborado pelo próprio. Sem dúvida, que Ricardo Jorge foi um profissional que se dedicou, de todas as formas, à saúde pública e o mais relevante pioneiro da medicina preventiva portuguesa.

A presente dissertação encontra-se dividida de forma a que o leitor se inteire da função minimalista do Estado perante a sociedade envolvente e a sua evolução político-social. Desta feita, dividi o meu trabalho em quatro partes de modo a que cada uma aborde um tema específico, mas ao mesmo tempo complementar às restantes.

No capítulo, *Portugal na Véspera do Estado Novo*, atribuí destaque para a contextualização do início do século XX até à incoação do Estado Novo a nível sanitário e assistencial, apresentando uma retrospectiva legal desde a criação dos seguros sociais em 1919 até à reestruturação da Direção-Geral de Saúde em 1926. Por outro lado, é crucial a abordagem realizada à problemática das doenças contagiosas como o sezonismo, varíola, dando especial atenção à criação da Liga Portuguesa de Profilaxia Social, no Porto. Não menos importante, a evolução da assistência social e as funções das Misericórdias na época em apreço.

O capítulo, *Estruturas e Políticas ao tempo do Estado Novo*, tem como principal alance explicitar as estruturas existentes que mantiveram relação estreita com matéria de saúde até à constituição do Ministério da Saúde e Assistência, ou seja, 1958. Desta forma, desenvolvi, numa primeira fase, um enquadramento constitucional, expondo a importância da família como um instituto de organização social. Paralelamente, incrementei a questão do estado corporativo e a complexidade dos modelos de saúde em vigor, expondo

o caso específico da CUF. No mesmo, exponho a questão perentória das assimetrias nacionais no âmbito da saúde, a ação de profilaxia e a importância da educação sanitária, a proibição de constituição de novas casas de toleradas, a criação do INSA, entre outros. No campo assistencial, atribuo relevância à elaboração da lei de bases e sua reforma, bem como à questão das Misericórdias como um instituto privado de assistência. Por outro lado, refleti sobre o tema da maternidade e as preocupações materno-infantil, devido à alta taxa de mortalidade infantil, a conceção do lar como o local correto do nascimento e maior segurança e a realidade vivenciada pela mulher grávida ou de “primeira viagem”. Por último, analisei as bases e o modo como o Estado pretende prevenir a loucura, no tocante à saúde mental. Da mesma forma, apresentei as bases da criação e organização hospitalar, bem como a discussão em torno da responsabilidade do doente no que toca às despesas.

No capítulo, *Influência da Organização Mundial de Saúde na Estrutura Sanitária do Estado Novo*, realizo uma comparação tácita entre a Constituição Política Portuguesa (1933) e a Constituição da OMS, expondo o conceito de saúde à luz deste último diploma. Por conseguinte, analiso o regulamento 1 e 2, a sua aplicabilidade em Portugal, bem como as contrapartidas da presença de Portugal na conferência de Nancy, França, sobre a evolução da saúde a nível mundial.

No capítulo, *Novos Paradigmas do Estado e Estruturação Ministerial da Saúde*, o objetivo é explicitar a evolução sanitária desde a criação do Ministério da Saúde e Assistência (1958) até ao fim do Estado Novo. Desta forma, dou especial atenção à ação de Marcelo Caetano com a remodelação dos serviços de saúde no início da década de 70, liderada por Baltazar Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira, a questão da proibição da prostituição, a criação do sistema nacional de vacinação e a diminuição vagarosa do número de contágios por doenças infecciosas, a questão das disparidades regionais no que toca à prestação de serviços especializados de saúde, o relatório das carreiras médicas e problemas rurais, alteração da lei de bases da assistência, a reorganização dos hospitais de acordo com a importantíssima reforma sanitária e a criação das carreiras profissionais.

O tema em causa, ou seja, a evolução das políticas de saúde em Portugal no período do Estado Novo, já foi analisada e explicada, mas nunca de forma maioritariamente histórico-legislativa. Os estudos deste tema, foram quase todos da autoria de médicos, ou seja, indivíduos intimamente relacionados com a causa e numa perspetiva de encadeamento de progressos, fazendo com que os seus estudos não possam conter uma perspetiva

desinteressada, apresentando as mais das vezes, cunhos irónicos e sarcásticos. Por outro lado, é um tema pouco abordado na área do Direito e na História de Portugal.

Todavia e pelo facto de ser licenciada em Direito, acredito que é uma enorme vantagem e de grande interesse conciliar estas duas áreas — Direito e História Contemporânea. Assim, a nível metodológico, pretendo inventariar a legislação necessária, incorporando-a no contexto histórico a que pertence, reforçando a interdisciplinaridade entre estas duas realidades, desenvolvendo um eixo metodológico-interpretativo.

Deste modo, sendo a saúde um tema de grande interesse social nos dias de hoje e pouco conhecido na perspetiva legislativa, a sua análise a partir destes diplomas é a mais indicada para formar juízos de pensamento e saber quais os verdadeiros motivos e preocupações do governo do Estado Novo. Assim, pretendo dar um novo contributo para a investigação deste tema, de forma a uma melhor compreensão dos factos analisados. Portanto, debrucei-me sobre legislação de grande importância, mas também sobre diplomas muito pouco conhecidos, e só descobertos por remissão.

Desta forma, as questões de investigação são *infra* enunciadas. Pretendo que as mesmas sejam a base do desenvolvimento da dissertação. Estão dispostas por ordem cronológica de acontecimentos e são as seguintes:

- Que modalidades de cuidados de saúde existiam no Estado Novo?
- De que forma estava modelado o acesso à saúde?
- Quais as principais preocupações estaduais com a saúde?
- Quais as doenças de maior incidência ao longo do Estado Novo?
- Qual o enquadramento e conexões político-administrativas dos problemas de saúde?
- Que leitura sistemática podemos fazer ao(s) modelo(s) de cuidados de saúde no Estado Novo?
- De que forma interferiu a OMS em Portugal?
- Quais as mudanças ocorridas no campo da saúde com a adesão à OMS?
- Que novas conceções se verificaram no Período Marcelista (ação do Professor Gonçalves Ferreira)?

Paralelamente, desenvolvi o meu trabalho tendo em consideração três obras essenciais. Por um lado, a obra de Gonçalves Ferreira, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, que aborda a temática da saúde na sua globalidade, desde os tempos medievais até à atualidade. Pelo facto de o autor ter sido um importante interveniente da reorganização dos Estatutos da Saúde e Assistência e criação das carreiras profissionais em

1971, contempla um capítulo da sua obra na explicitação de toda a orgânica envolvida, bem como o *corpus* legislativo que deu origem às referidas reformas. Por outro lado, a obra evidencia a distinção de importantes conceitos, que no decorrer da dissertação são explicados e distinguidos de forma, a que o leitor fique elucidado das distinções existentes. Por outro lado, o artigo de Miriam Halpern Pereira, publicado no Dossier *As Origens Históricas do Estado Providência: perspectiva comparada* da revista *Ler História*, *As Origens do Estado-Providência em Portugal: as novas fronteiras entre o público e o privado*, faz uma abordagem histórico-política da assistência social e consequentemente da saúde pública. Apresenta uma reflexão sobre a origem do direito à assistência e do Estado-Providência, apresentando duas formas de solucionar a questão da intervenção do Estado no âmbito da saúde, apresentando um Estado minimalista e um maximalista. Por conseguinte, apresenta o movimento mutualista, ou seja, o sistema sanitário de socorros mútuos que teve particular êxito até à década de 20, devido ao projeto, colocado em prática em 1919, dos seguros sociais obrigatórios, que, presumivelmente, terminavam com os problemas desenvolvidos pelo sistema mutualista, como os limites financeiros e dicotomia existente entre meio rural e meio urbano. No entanto, nem assim as preocupações com a saúde pública abrandaram. Frisa a questão do corporativismo estadual como sendo uma das principais características do Estado Novo e o facto da insuficiência de medidas intervencionistas do mesmo, no campo da saúde. Por fim, a obra de Marcelo Caetano, *Manual de Direito Administrativo*, faz um estudo aprofundado sobre o Direito Constitucional vigente durante o período do Estado Novo. Nesta obra, o autor refere, com pormenor os fins e as funções do Estado, bem como a aclaração do Estado, sendo corporativo. Esta noção de corporativismo estadual é bastante importante, visto que as instituições de Previdência estavam organizadas desta forma. Desta feita, o estudo da obra considerada é de importância máxima para o desenvolvimento de “uma linha condutora” e compreensão das pretensões ideológico-políticas do período em questão.

Por outro lado, vários são os artigos histórico-científicos que versam sobre o tema, todavia só irei elencar os que realmente apresentaram praticabilidade para o desenvolvimento deste trabalho. Por conseguinte, a nível internacional apresento o artigo de Marie-Ève Joël, *Des Soins à la Santé Publique*, que faz remissões e apresenta conclusões sobre a história da saúde pública em França. Paralelamente, elenca várias conquistas científicas francesas, como a descoberta de certas vacinas que proporcionaram o decréscimo da taxa de mortalidade colaborando para uma melhoria significativa da saúde pública em França.

Deste modo, o desenvolvimento ocorrido em França proliferou-se por todo o mundo, chegando também a Portugal, em meados do século XX. Evidencia a preocupação com a higiene pública por parte dos dirigentes franceses que também é um fator importante, podendo ser um ponto de comparação com o que acontecia em Portugal. Por exemplo, a vacina contra a tuberculose foi descoberta em 1927, porém, em Portugal só foi introduzida no Programa Nacional de Vacinação na década de 60, de forma sucessiva. Por outro lado, a obra de Flávia Piovesan, *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional*, debruça-se numa primeira parte, na evolução constitucional brasileira. Porém, na sua segunda parte elabora um estudo sobre os Direitos Humanos fazendo referência aos direitos políticos e civis e aos DESC onde se enquadra, neste último, o direito à saúde. Com a literatura em apreço, é considerável o estudo que a autora faz da evolução destes direitos no âmbito da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), referindo, de forma pertinente, a sua importância no âmbito de um sistema normativo cada vez mais global. Por fim, desenvolve a temática dos Protocolos Facultativos ao Pacto Internacional dos DESC², sendo a leitura da mesma um importante ponto de partida para a compreensão do direito à saúde, sendo este um direito social.

A nível nacional, a revista da Universidade de Coimbra, *Estudos do Século XX*, debruça-se em três dos seus números — n.º 5/2006 *Ciência, Saúde e Poder*, n.º 12/2012 *História da Saúde* e n.º 13/2013 *"Estado-Providência". capitalismo e democracia* — sobre problemáticas referentes ou relacionadas com a saúde portuguesa. Desta forma, evidencio o artigo de Jorge Alves e Marinha Carneiro, *Estado Novo e Discurso Assistencialista*, que apresenta um resumo dos acontecimentos da Assistência Social entre 1933 e 1944. Por sua vez, e para tornar clara a evolução, retrata acontecimentos anteriores, ou seja, a importância do Ministério do Trabalho no fim da Primeira República e o aparecimento dos Seguros Sociais Obrigatórios, trazendo à colação alguns decretos governamentais que melhor exploram o tema. Por conseguinte, aborda, de forma sumária, o poder atribuído às Misericórdias no campo da saúde pública no período considerado. Outro artigo de relevo é a *História do Serviço Nacional de Saúde*, de António Arnaut, onde faz uma breve análise sobre a evolução do atual SNS, e para isso, recorre a alguns aspetos, de maior relevo, que decorreram entre 1933 e 1974. Apresenta, também, as preocupações

² Só foi assinado por Portugal a 7 de outubro de 1976 (Portugal já era um Estado Democrático) e aprovado para ratificação pela Lei n.º 45/78, de 11 de julho. O instrumento de ratificação foi depositado junto do Secretário-Geral das Nações Unidas a 31 de julho de 1978.

sanitárias do século, fazendo referência à importância da introdução, no sistema normativo português, dos DESC e por sua vez do direito à saúde. Por último, e não menos importante, o artigo de Ana Maria Ferreira Campos, *Assistência Médica e Desigualdade Social no Estado Novo*, apresenta uma análise pormenorizada da assistência médica social. Por conseguinte, desenvolve a temática das Caixas Sindicais de Previdência e os serviços médico-sociais e a sua evolução ao longo dos anos 50 e 60. Apresenta um estudo sobre o desenvolvimento do Estado-Providência em Inglaterra e em países da Europa Ocidental democrática. O artigo faz o elenco de inúmeros diplomas legislativos a ter em consideração, bem como a consideração a ter com o *Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência* e o *Relatório das Carreiras Médicas* de 1961.

O *corpus* documental, para a elaboração da dissertação cujo tema foi indicado *supra*, será constituído pela legislação presente no Diário da República (Diário do Governo antes de 1974), que a Imprensa Nacional disponibiliza online todos os diplomas publicados no decorrer do período do Estado Novo. Define-se por lei, do latim *lex*, uma regra ou norma, que em conformidade com o Direito é um preceito ditado por uma autoridade competente, emanado pela Assembleia da República. Já o decreto-lei é um ato legislativo com força de lei elaborada pelo Governo. A Portaria é um documento oficial assinado por um ministro em nome do chefe de Estado. Na versão original do Texto Constitucional de 1933, o poder legislativo foi atribuído exclusivamente à Assembleia Nacional, embora essa atividade legislativa se devesse restringir à aprovação das bases gerais dos regimes jurídicos, permitindo-se que o governo legislasse no uso de autorizações legislativas ou "nos casos de urgência e necessidade pública", devendo, neste caso, o governo apresentar o decreto-lei à Assembleia, para ratificação, nas cinco primeiras sessões após a sua publicação.

É de relevante importância o facto de ser possível a pesquisa legislativa por emissor, ou seja, o responsável pela publicação do procurado diploma. Desta feita, irei analisar e interpretar leis, decretos-lei e portarias, que incidem direta ou indiretamente no tema da política de saúde no período do Estado Novo.

Para um melhor enquadramento dos corpos legislativos e consideração dos temas que serão abordados, elaborei quadros síntese, agrupando os diplomas por anos, indicando, em sumário, o tema central dos mesmos.

Serão igualmente importantes os Debates Parlamentares, pois a partir destes, serão conhecidas as razões pelas quais o diploma foi publicado, os seus prós e contras, apresentados quer pela Assembleia Nacional quer pela Câmara Corporativa, e qual o fundamento com maior relevo. É interessante o facto de nem sempre ser possível, a partir da

própria legislação publicada, saber em que situação, neste caso sanitária, se encontrava o País, tornando-se possível com a leitura do debate que deu origem à publicação.

Adicionalmente a estas fontes legislativas, teremos as fontes hemerográficas como o *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, mais tarde *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde*, publicado pelo Instituto Superior de Higiene. Este boletim foi publicado, numa primeira fase, entre 1912 a 1913, tendo uma publicação estatística em 1916. Todavia, foi retomada a sua publicação em 1946, pelo então diretor Fernando da Silva Correia, após a importante reforma de 1945. O ressurgimento do *Boletim* tinha como principal finalidade seguir as linhas orientadoras do seu primitivo. Estes *Boletins* fazem uma análise aos decretos legislativos que entravam em vigor, à época, mas também uma descrição geral da evolução, ou não, do sistema de saúde no nosso País. Seguiu-se a publicação dos *Boletins de Assistência Social*. Porém, é necessário reter somente a informação relacionada com a saúde, e não meramente assistencial.

Por fim, o *Relatório das Carreiras Médicas*, de 1961, é considerada fonte para a questão presente, pois é a partir desta que é ampliada toda a problemática do diploma das carreiras profissionais, publicado em 1971. Por este facto, é necessário ter em consideração esta fonte que muito auxilia a pesquisa nesta matéria. Assim, podemos saber quais as preocupações médicas naquele momento e quais as soluções apontadas por estes.

Capítulo 1 – Portugal na Véspera do Estado Novo

Atualmente, no decorrer de uma série de debates no âmbito da contemporaneidade histórica, tem emergido o tema da existência ou não de políticas uniformes sanitárias no período do Estado Novo. Têm sido publicados vários trabalhos, cujo tema principal são as políticas de saúde entre 1933 e 1974³. Na sua consequência, é-me permitido responder, que ao longo deste período, ocorreram, sem dúvida, alterações nas diretrizes governamentais quanto à saúde pública, existindo não um, mas vários microssistemas de saúde que serão analisados e explicados no desenvolvimento da presente dissertação.

Em sintonia com o exposto, António Arnaut, conhecido como o pai do Sistema Nacional de Saúde Português, no seu artigo *História do Serviço Nacional de Saúde*, faz uma breve análise sobre o atual SNS e a sua planificação anterior ao 25 de abril de 1974, por Gonçalves Ferreira e Baltazar Rebelo de Sousa membros do governo de Marcelo Caetano. Neste mesmo artigo, o autor reforça a importância da criação dos centros de saúde, de acordo com a atividade praticada ainda atualmente, que constituem unidades fundamentais para a instituição do Serviço Nacional. Por outro lado, faz referência à criação das Caixas de Previdência e da ADSE. De forma perentória, Gonçalves Ferreira na sua obra, *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*, desenvolve pertinentemente as reformas ocorridas no século passado, dando especial atenção para a reforma de 1971, pois esteve envolvido na criação do decreto e projeto que mais tarde daria origem ao SNS. Por sua vez, defende que “os portugueses não tinham um serviço de saúde, mas vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados (...) e como consequência, a dificuldade de, no futuro, criar um Serviço de Saúde eficiente de harmonia com a força económica da Nação” (Ferreira, F.G, 2015, p. 877).

Por outro lado, é necessário definir o conceito de saúde. Saúde, na definição atribuída pela OMS é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Carta de Confirmação e Ratificação da Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1948, preâmbulo). Como notar-se-á no decorrer da dissertação, as políticas sanitárias do Estado Novo demonstraram-se ineficientes pois não politizavam, não legislavam nem praticavam o conceito de saúde tal como se encontra definido e defendido no preâmbulo da Constituição Mundial de Saúde e no artº.25º da

³ *Estudos do Século XX* (vol. 5/2006,12/2012,13/2013).Coimbra:Universidade de Coimbra, (Ferreira, F.G,2015), (Pereira M. H., 1999)- são exemplos de Revista, obra e artigo que abordam a temática em questão.

Declaração Universal dos Direitos do Homem, concluindo que as políticas neste período não se enquadravam nas diretrizes da OMS, tangendo com a matéria em apreço. As mesmas serão direcionadas para a saúde preventiva e curativa, ou seja, todos os meios que possibilitem a ausência de doença, não contemplando a primeira parte da definição. Todavia, é de precaver que tanto a Constituição da OMS como a Declaração Universal foram redigidas após a criação da ONU em 1945, colidindo só com a segunda metade do Estado Novo.

No entanto, têm sido apresentadas, ao longo do tempo, várias interpretações para o conceito de saúde. Neste âmbito, a saúde incorre numa vertente positiva, que se define pelo bem-estar espiritual e social do Ser Humano, e uma vertente negativa, a ser, a simples exclusão de doença corporal e taras físicas.

Historicamente, o debate sobre a saúde sofreu um grande impulso no decorrer do século XVII, ocorrendo o reconhecimento da importância do indivíduo e da sociedade, fazendo referências à saúde física e mental. No entanto, para alguns filósofos, a administração sanitária tornou-se uma competência política e para outros a saúde, como proteção do indivíduo, enquadrar-se-ia em matéria de educação e instrução, como defendia, por exemplo, Rousseau. No fim do século XIX, Pasteur “marca as primícias de uma série de descobertas que irão constituir a base de toda a moderna Saúde Pública” (Travassos A. d., 1950, p. 90).

Em Portugal, o movimento sanitarista mais relevante teve como mentor o médico Ricardo Jorge com o apoio de Hintze Ribeiro, em 1901, com a publicação do *Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública*, tendo como principal objetivo a estrutura e funcionamento de um mecanismo sanitário de defesa da saúde da população. Desta forma, foi reorganizada a antiga Direção-Geral de Saúde e criada a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene, como órgãos centrais de estudo e coordenação. Desta feita, governadores civis, administradores do concelho, regedores de paróquias, párocos, médicos municipais, entre outros, deveriam cooperar para o melhor desempenho dos serviços de saúde, onde a saúde e a política associavam-se para vigiar os corpos e vida de Portugal. Tendo em conta o preâmbulo deste Regulamento,

Reconcertar o mecanismo sanitário nas suas rodagens ativas, sistematizando-lhe peça por peça as relações, o funcionamento e a

finalidade, de modo a assegurar o pleno exercício do seu trabalho em proveito da saúde pública, tornava-se de facto a obra essencial; a seguir viriam encadeados os regulamentos parciais e as instituições referentes às variadas espécies higiénicas, a cada qual compete capitulação própria de regime, o que nos países que primeiro romperam e avançaram modernamente na legislação sanitária, se foi a pouco e pouco incorporando num código de tomo, sempre aberto às adições que os progressos da ciência e a sua integração administrativa incessantemente promovem. (Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, 1901, p. 3)

Porém, o Governo Republicano, com início de funções em 1911, ou seja, após a publicação da Constituição Republicana, autonomizou a Direção-Geral de Saúde, desassociando-a à Beneficência Pública. A instabilidade vivida no decorrer da I República fez com que o desenvolvimento visionado por Ricardo Jorge não tenha sido concretizado, pois só em matéria de Beneficência Pública foram criados os seguros obrigatórios de saúde, velhice e invalidez no ano de 1919. Mais tarde, com o exercício de atividade da Ditadura Militar, ocorreu uma reorganização do regulamento publicado no início do século pelo seu criador — Doutor Ricardo Jorge. Desta feita, aquando da publicação da Constituição Política de 1933, e consequentemente o desabrochar do novo regime político — Estado Novo —, o sistema público de saúde português não estava a progredir em comparação com outros Estados Europeus. Por fim, o Estado Novo dava preferência a soluções corporativas, tendo em conta os contratos coletivos entre sindicatos e grémios, onde a administração governativa defendia e fiscalizava os trâmites dos seguros sociais obrigatórios, através das Caixas de Previdência. Como afirmou Pedro Teotónio Pereira, sobre a política social em 1933:

Nada de útil podemos aproveitar do funcionamento das grandes máquinas estrangeiras de Previdência Social; não são para as nossas poses nem para os nossos costumes; mas também não nos podem tentar os frutos colhidos. Deixemos, pois aos outros (...) o problema grave de readquirir um equilíbrio económico e moral que se perdeu à força de complicar a vida com abstrações tão caras como perigosas. (Teotónio Pereira, 1933, p.49 citado por Pereira P. T., 2015, p.62)

1.1. Políticas de Saúde versus Serviços de Saúde versus Sistema de Saúde

Assim, nesta fase, importa diferenciar esta constelação de conceitos. Neste campo, são vários os autores que tentam definir o conceito de políticas de saúde.

Pelas palavras de Gonçalves Ferreira, políticas de saúde são o “conjunto de opções fundamentais de ordem governativa ou social em que se estabelece o carácter público, ou não, da responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade, de integralidade e equidade, gratuidade, de planificação e modalidades de trabalho a efetuar pelos serviços de saúde” (Ferreira, F.G, 2015, p. 547). Desta forma, podemos afirmar que o conceito se caracteriza pelas diretrizes e medidas a serem postas em prática pelo Estado, com a finalidade de garantir, a toda a população, uma plena eficácia do direito à saúde. Todavia, o direito à saúde, sendo um direito integrante, atualmente, no leque dos DESC, e sendo, de facto, um Direito Fundamental, só encetou a sua contemplação constitucional a partir do Pós Segunda Guerra Mundial, devido à urgência da ingerência do Estado na sociedade envolvente, sendo criada, assim, a figura do Estado-Providência em todas as suas vertentes⁴. Anteriormente a estes acontecimentos, as constituições liberais, com enceto flagrante, após a Revolução Francesa, contemplavam no seu *corpus*, somente direitos civis e políticos. Estes direitos referem-se *ipsis verbis* aos “direitos naturais e civis” que deveriam ser garantidos pela Constituição Francesa de 1791, sendo intrínsecos aos indivíduos, sejam eles considerados cidadãos ativos ou não. Já os direitos políticos, como a própria designação indica, são aqueles que estão intimamente relacionados com a atividade política e a formação dos poderes públicos, logo só seriam reconhecidos aos cidadãos ativos. No entanto, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão de 26 de agosto de 1789, no seu artº.21º só contemplava o direito à assistência, não fazendo qualquer remissão para a saúde, na sua forma autónoma, a ser, “os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve assistência aos cidadãos desgraçados, seja procurando-lhes trabalho, seja assegurando os meios de assistência àqueles que não estão em estado de trabalhar” (Travassos A. d., 1950, p. 97).

Finda a I Guerra Mundial vários Estados da Europa, tendo por base um projeto elaborado pelo Presidente dos Estados Unidos da América, na época Woodrow Wilson, e as disposições do Tratado de Versalhes, assinado em Paris (1919), criaram uma organização

⁴ Todavia, as primeiras experiências de intervenção do Estado a nível social ocorreram a partir de 1940 em Inglaterra. Estado e Sociedade nunca poderiam ser definidos como conceitos autónomos, reclamando-se, naquele momento, a intervenção profunda e incondicional do Estado sobre a orgânica e o funcionamento da sociedade.

que tinha como principais objetivos manter a paz mundial, cooperação entre os Estados-Membros a nível económico, cultural e social, bem como, garantir o respeito pelas minorias étnicas, denominada de Sociedade das Nações. O mesmo organismo, no seu âmbito social, apresentava preocupações sanitárias, tendo sido constituída a Organização da Saúde tentando impor medidas igualitárias para todos os países, referentes às doenças venéreas, apresentando várias campanhas de sensibilização da população, como por exemplo, campanhas contra os mosquitos e moscas, porém sem definir a saúde como um verdadeiro direito. No entanto, a Sociedade das Nações, por deficiência estatutária e por não cumprir o seu fim, ou seja, garantir a paz mundial, foi “substituída” pela ONU, por deliberação das forças aliadas, na Conferência de Teerão, em 1943.

Paralelamente, em Portugal e após a Grande Guerra, a Constituição Política de 1933 só incluía direitos civis e políticos, não sendo uma viragem para a nova geração de direitos, os DESC, visto que, o direito à Saúde só foi introduzido no plano constitucional português no momento da elaboração e aplicação da Constituição de 1976, ou seja, com a vigência da primeira Constituição de Estado de Direito Democrático em Portugal. No entanto, com o Código Administrativo publicado a 31 de dezembro de 1940, pelo Decreto-lei n.º 31095, foi atribuída, às Câmaras Municipais, a função de deliberar sobre o internamento dos doentes mentais e restantes doentes do concelho (Decreto-lei n.º 31095, 1940, art.º.1º n.º 11º), fortalecida pela Base XXI da Lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944, que define a responsabilidade direta da Câmara Municipal do domicílio do internado, quando o próprio, a família, as instituições de seguro ou as reservas da instituição não forem suficientes para o pagamento do tratamento. Os Conselhos Municipais tinham a obrigação de criar, pelo menos um partido municipal (Decreto-lei n.º 31095, 1940, art.º.27º n.º 7º), cabendo aos mesmos definir o número de médicos do referido partido, dando, assim, continuidade, a um modelo (o partido municipal) que vinha, desde os alvares da modernidade. Foram, então, estipuladas as competências do médico municipal, cabendo às Câmaras definir os dias e horas que se procediam as consultas gratuitas às famílias mais necessitadas.

Consequentemente, a política de saúde, na sociedade moderna, deve fomentar a cooperação entre os cidadãos, quer a nível individual, quer a nível familiar, garantindo a segurança sanitária e apresentando-se como impulsionador do desenvolvimento económico-social e a base para a progresso do bem-estar social.

A evolução das políticas de saúde, em Portugal e no resto do mundo, apresenta-se como o resultado de mutações ocorridas na atitude do Ser Humano perante a explicação

e compreensão da saúde e da doença, quer no âmbito habitacional, quer alimentar. Estes fatores, e outros, vão proporcionar ao Homem a sua evolução intelectual, de forma a entender, de uma melhor forma, os fenómenos da saúde e da doença, de forma a adotar medidas e desenvolver mecanismos de combate a doenças que, pouco a pouco, tornavam-se menos mortíferas, e com a sua cura próxima. É nesta evolução do pensamento humano, que o direito à saúde “ganha vida” e se torna, um direito social a ser garantido por todas as sociedades modernas.

Por outro lado, serviços de saúde, tal como indica o mesmo autor, são “formas organizadas de ações e instituições prestadoras de cuidados de apoio à saúde e de luta contra a doença nas populações de um país, região, local ou família” (Ferreira, F.G, 2015, p. 547). De acordo com as políticas de saúde determinadas por cada Estado, podemos ter um serviço mais ou menos organizado e hierarquizado. Estes serviços podem ser estruturados pelo próprio Estado ou ser de livre iniciativa. Em Portugal, durante longos séculos, os serviços de saúde, de apoio às populações mais carenciadas, estavam destinados às Misericórdias, cabendo às mesmas, a função sanitária e assistencial, ou seja, prevalecia o serviço privado.

Seguidamente, entende-se por sistemas de saúde o “conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos da população reúnem para organizar a prestação generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Ferreira, F.G, 2015, p. 20). As organizações dos sistemas de saúde podem ser de vários tipos, como a nível nacional, regional ou local. Em Portugal, no período considerado, a tentativa de executar um sistema a nível nacional era constante. Todavia, existiam microssistemas, quer públicos quer privados que impediam a criação de um sistema uno.

Por fim, inferimos que o cuidado de saúde consiste na observação do indivíduo com vista ao seu equilíbrio físico e mental, adaptado ao meio físico e social envolvente. Já Medicina Social considera-se a “dupla de atividade que inclui desenvolvimento da Medicina em relação à vida social e a influência das atividades sociais nos interesses do bem-estar humano” (Travassos A. d., 1950, p. 94).

1.2. A Saúde nos Modelos Políticos anteriores ao Estado Novo

Desde os finais da Monarquia e implantação da República muito se tentou conceber para desenvolver o País a nível económico, social e sanitário, sendo projetados vários modelos que conseguissem, de forma eficaz, solucionar os problemas higiénico-sanitários da população portuguesa. Desta forma, poder-se-á concluir que não havia um verdadeiro

sistema de saúde apto a resolver todos os problemas iminentes, mas sim uma ideia de “saúde preventiva”. O que estava na base das preocupações existentes na época, era a criação de um sistema que conseguisse, pelo menos, prevenir a propagação de certas doenças, como a peste bubónica, a tuberculose e a sífilis. Aliás, a função social da saúde não era reconhecida, cabendo à assistência, a partir de meados do séc.XIX, a criação de asilos para idosos, mendigos e doentes em estado cuja cura não era observada.

Neste sentido, bastante importância teve a reforma dos serviços de saúde de 1901, cuja aplicação prática se reporta a 1903, expressa no *Regulamento Geral dos Serviços e Beneficência Pública* da responsabilidade do Doutor Ricardo Jorge, cuja preocupação, tendo em conta a época em que foi elaborado, era a vigia e estudo da sanidade pública, isto é, a higiene e vida mental da população, de modo a promover a melhoria das condições de vida, servindo como defesa a doenças contagiosas.

Desta feita, todos os funcionários da alta hierarquia civil do reino, e mais tarde da República, como as instituições comunitárias de caridade ou beneficência deveriam cooperar para uma melhor aplicabilidade deste regulamento⁵.

Paralelamente, desde o início do século XX, muito se questionava acerca do denominado Estado-Providência. Este mesmo Estado não se confunde com assistência social pública, pois segundo Richard Titmuss e o seu critério socioinstitucional, “as fronteiras entre assistência social pública e o Estado-Providência diferem quanto ao seu objeto — residual ou institucional — e quanto ao universo que cada um deles cobre” (Pereira M. H., 1999, p. 50). Desta feita, conclui-se que a assistência tem como principal função o socorro aos desprotegidos e o Estado-Providência o socorro às classes trabalhadoras, em situações de desemprego, invalidez, velhice e doença.

Este modelo de Estado foi pensado pela primeira vez em 1880, pelo estadista alemão Otto Von Bismark. O mesmo criou um sistema de segurança social, baseado em seguros, sendo criado o primeiro em matéria de saúde em 1883 e o seguro de acidentes, velhice e invalidez, em 1884 e 1889 respetivamente. Também em Inglaterra e França, os seguros sociais foram criados, progressivamente.

Em Portugal, nos finais do século XIX, após a abolição das corporações surgiu um novo movimento de carácter privado e voluntário que tinha como principal função criar condições de acesso à educação, saúde e auxílio em caso de invalidez, doença, velhice ou desemprego, o denominado sistema mutualista.

⁵ Tendo em consideração o que referi, é notório que o objeto da saúde pública estava maioritariamente entregue às instituições privadas, existindo pouca, ou mesmo nenhuma, intervenção do Estado nesta área.

Por conseguinte, a Constituição da República Portuguesa de 1911, aprovada pelo Decreto de 21 de agosto de 1911 do *Diário de Governo* n.º 195, não contemplava, como já era de prever, o direito à saúde, só salvaguardando o direito à liberdade, segurança individual e propriedade, direitos estes denominados, pelos constitucionalistas, de direitos de primeira geração — “Direitos Liberais”⁶.

A Primeira República apoiava fortemente o sistema mutualista, mas com o passar dos anos o sistema começou a requerer a intervenção estadual, embora em contexto liberal. Este sistema começou a ser repensado pela necessidade da intervenção do Estado em matéria de socorro em caso de invalidez e velhice, como na possibilidade da abertura de Caixas Escolares como garante das gerações futuras. Tendo em conta estes limites financeiros, as desigualdades geográficas deste sistema — muito escasso no meio rural e muito denso no meio urbano — e o decurso da Primeira Guerra Mundial contribuíram para uma intervenção crescente do Estado em vários domínios, sobretudo no apoio aos feridos e às suas famílias, viúvas e órfãos, dando origem, em 1919, à criação dos seguros sociais obrigatórios. Porém, neste domínio, Portugal era um País que se deixava atrasar relativamente a outros países europeus, como já foi referido, apenas tendo uma lei datada de 1913 no âmbito dos desastres de trabalho, de aplicação rara, Caixa de Aposentações dos empregados públicos e pouco mais.

O Decreto n.º 5636, de 10 de maio de 1919, criou a mutualidade do seguro obrigatório na doença. No seu preâmbulo, era notória a importância atribuída a este seguro, sendo uma “conquista do direito moderno”, um mecanismo de defesa à população trabalhadora mais carenciada. Por outro lado, era clara a importância atribuída pelo legislador à beneficência pública, mas também o reconhecimento da sua decadência e ineficácia, sendo urgente a organização de um novo sistema — os seguros obrigatórios. Como é tradição portuguesa, o legislador invocara justificações de índole internacional, ou seja, retratava acontecimento ocorridos em países estrangeiros, como é o caso de Inglaterra, onde os seguros sociais obrigatórios combateram a pobreza de milhões de pessoas no início do século. Paralelamente, recordava que o sistema anteriormente em vigor, mutualidade livre, só tinha praticabilidade nos dois grandes centros urbanos, Lisboa e Porto, recorrendo a bases estatísticas. Desta forma, o seguro na doença tornou-se obrigatório para indivíduos de ambos os sexos, dos 15 aos 75 anos, sendo fixada uma cota mínima (30\$ a 50\$

⁶ Da mesma forma que as Constituições anteriores ao Século XX, só estavam contemplados os direitos civis e políticos, em harmonia com a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789).

para ganhos superiores 900\$) — rendimento estipulado tendo em consideração a Retificação *Diário do Governo* n.º 118/1919, de 20 de junho. Por outro lado, era de inscrição obrigatório nas mutualidades concelhias aqueles que auferissem rendimento superior a 900\$ — valor estipulado pela alteração atribuída pela Retificação *Diário do Governo* n.º 106/1919, de 2 de junho. Criou-se, para o efeito, a figura do sócio nato, aquele com maior rendimento, sendo estabelecida uma cota fixa e o sócio efetivo, que contribuía de acordo com a fórmula contabilística. Por conseguinte, nas zonas onde não existia associações de socorros mútuos, foram criados, obrigatoriamente, mutualidades privadas de modo a apoiar a população em caso de doença. Estas mutualidades de seguro social obrigatório dispunham de médicos municipais ou subdelegado de saúde. Foi garantida a transição das mutualidades privadas anteriormente existentes para mutualidade obrigatórias, se assim entenderem. Todos os sócios efetivos, após três meses de terem pago a sua quota tinham o direito de utilizar — período de carência — quando doentes, bem como, os socorros da mutualidade e medicamento que lhe fossem prescritos. O seguro foi alargado à mulher e filhos, até 14 anos, do sócio, ou inválidos a seu cargo, e a possibilidade de recorrer a outro médico sendo reembolsado da visita médica.

O Estado tornava-se, assim, responsável pela administração do sistema de seguros através do Instituto de Seguros Obrigatórios e Previdência Geral, presidido pelo Ministro do Trabalho. Previa-se uma fonte de receitas autónoma de 2% do total dos prémios das companhias de seguro. As contribuições variavam de acordo com o tipo de seguro, porém os patrões e trabalhadores contribuía para as pensões de invalidez e velhice.

Desta feita, o sistema de seguros obrigatórios insere-se no tipo de Estado-Providência do foro liberal, com “segurança social” minimalista, pois tinha como principal função a verificação dos meios destinados ao apoio e socorro dos trabalhadores com menores rendimentos. Portugal tornava-se assim, à luz do Conselho de Administração do Instituto de Seguros Obrigatórios e Previdência Geral, o País Europeu onde a legislação social estava mais desenvolvida. Porém, tendo em consideração os resultados obtidos por vários estudos, é de concluir que só o seguro de acidentes de trabalho colheu os frutos pretendidos. Todavia, nem estas medidas conseguiram colmatar as contrariedades sanitárias, sendo, por isso, matéria de várias alterações legislativas. Esta falha a nível prático pode-se justificar pela mentalidade fatídica da população portuguesa, que acreditava que a legislação e as medidas tomadas pelo governo seriam, sempre, uma forma de espoliar dinheiro, dando lugar a um agravamento económico e, por outro lado, a propaganda exercida pelas

mutualidades privadas às populações menos informadas contribuía para aumentar o receio e desconfiança do novo sistema de assistência à doença. Por conseguinte, foi na capital, Lisboa, onde o sistema teve mais aceitação por parte da população, contribuindo para a centralização do modelo, deixando à mercê dos institutos privados as zonas do interior do País e rurais. Por fim, a desvalorização da moeda, de forma anormalíssima, no momento que entraram em vigor os decretos, também contribuiu para a ineficácia da aplicação do mesmo. J. Francisco Grilo, membro do Instituto de Seguro Sociais, no *Boletim de Previdência Social* n.º 21 defendia que,

O sistema a adotar entre nós do seguro social obrigatório na doença e invalidez temporária tem de ser fortalecido pelo exercício da mutualidade voluntária, inspirado na índole e sentimentos da população portuguesa, considerando devidamente as circunstâncias da sua atividade em geral, o seu estado de cultura e o grau de compreensão dos seus deveres e direitos perante a nova legislação social para que ela possa dar os seus preciosos frutos. (Grilo, Junho e Dezembro de 1919, p. 3)

No entanto, é de notar que esta mutualidade voluntária poderia conduzir a arbitrariedades cometidas pelas mutualidades privadas, assentes em assistência deficitária e de custo exorbitantes. Porém, as mesmas, deveriam ser fiscalizadas por institutos do Estado de modo a combater estes problemas. Desta forma, as localidades onde existisse mutualidade obrigatória a inscrição seria necessária e nos locais onde não existisse haveria a colaboração das mutualidades voluntárias, à luz da legislação obrigatória. Em 1930 subsistiam em Lisboa duzentas e vinte e quatro associações de socorro na doença, no Porto cento e sessenta e seis, mas em duzentos concelhos rurais não existia qualquer tipo de organismo desta índole, contribuindo esta situação para o aumento da dicotomia entre litoral/interior.

Seguindo uma linha cronológico-legislativa, é de realçar a elaboração do Decreto n.º 12477, de 12 de outubro de 1926, um dos primeiros trabalhos da Ditadura Militar, que pretendia uma reestruturação da saúde pública — sendo esta considerada um ressurgimento da reforma de Ricardo Jorge⁷.

⁷ A Direção-Geral de Saúde estava integrada no Ministério da Instrução Pública, chefiada por Artur Ricardo Jorge, filho do Doutor Ricardo Jorge. No entanto, foi este último que ficou incumbido da reforma do seu regulamento de 1901. Em 1929, por mérito próprio foi escolhido para representar Portugal no *Comité de Higiene da Sociedade das Nações*.

O decreto tem como início de redação, um pequeno enquadramento da situação da saúde em Portugal. Segundo o mesmo, os serviços de saúde não eram regulados eficazmente desde a histórica reforma de 1901 realizada pelo Doutor Ricardo Jorge, salientando, somente, a separação da Direção-Geral de Saúde da Beneficência Pública. Esta falta de operacionalidade na saúde pública dever-se-ia à falta de força governativa e à falta de verbas do Estado.

Consequentemente, Portugal estava numa situação de atraso, face a outros países europeus no que toca a esta matéria. O decreto, de certa forma, aponta para um possível retrocesso do nosso País. São exemplos de países desenvolvidos no âmbito da higiene pública a antiga Rússia Soviética, a Polónia, a antiga Checoslováquia, a Sérvia, a Roménia — coincidência ou não, países de influência soviética — e a Noruega. No caso deste último país, a fundação do Estado-Providência era um dos objetivos da Comissão de Trabalho criada em 1885. Anteriormente, “o ideal era o indivíduo autossuficiente” (Bjornson, 1999, p. 23), sendo da responsabilidade dos filhos cuidar dos pais idosos e existindo instituições de caridade privada para apoiar os mais necessitados. Desta forma, o Estado norueguês, nesta época, só detinha responsabilidade mínima no bem-estar e saúde da sua população. No entanto, com a criação da Comissão de Trabalho, devido à forte imigração para os Estados Unidos da América, o desemprego a longo prazo e a formação de novas cidades industriais, o Estado procura criar medidas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e bem-estar da população. Assim, e sob influência do modelo alemão, foi criada a Lei de Segurança na Doença em 1909, a Lei da Assistência aos Desempregados em 1906, sendo um dos primeiros nesta matéria, entre outras. No tocante aos seguros de doença, os mesmos deviam maioritariamente pagos pelos trabalhadores a fim de não existir simulação de acidentes. O Estado também contribuía para o pagamento do seguro, mas em menor parte. Por outro lado, quer o trabalhador quer a sua família (mulher e filhos) tinham direito a consultas médicas e tratamentos gratuitos em caso de doença. O número de hospitais cresceu de “quinze, no século XVIII, para noventa e dois em 1919” (Bjornson, 1999, p. 37). Porém, a maior parte dos médicos viviam em Oslo, ficando as restantes cidades e meio rural à mercê de caridade privada ou da própria família.

Por conseguinte, o próprio código que instaurou a Sociedade das Nações preocupou-se em criar uma organização internacional permanente de sanidade, constituindo de imediato uma comissão técnica que funcionava em Genebra, que não apresentou os efeitos pretendidos.

Desta forma, a reorganização do sistema de saúde pública não era uma necessidade apenas humana, mas também essencial, devido às próprias conveniências naturais e morais de toda a Nação. Como refere o decreto “Estamos chegados à época de um novo direito das gentes, de uma moralidade física geral” (Decreto n.º 12477, 1926, preâmbulo).

Como tal, a situação internacional criava, para Portugal, deveres reais, pois se estes não fossem cumpridos, o nosso País poderia ser visto, na cena internacional, como indesejável. Era assim necessário criar de forma célere e assertiva uma reestruturação dos serviços da saúde pública, não sendo esta “coisa arrumável nos casarões pombalinos do Terreiro do Paço” (Decreto n.º 12477, 1926, preâmbulo). Primeiramente, seria necessário apagar a pobreza e simplicidade da Direção-Geral, pois tornava-a nula e fazia esquecer que a sanidade pública era uma ciência. Posteriormente, seria verdadeiramente importante criar um serviço permanente de combate epidémico, importante para precaver possíveis epidemias. Este serviço seria criado, exercido por brigadas permanentes, dirigido por médicos e criados parques sanitários, como hospitais móveis, balneários transportáveis, entre outros. Neste período, Portugal era o único País europeu que ainda não tinha serviços de combate à malária, sendo criado um serviço antissezonático para o combate desta doença. Criar-se-iam serviços especiais contra a varíola, moléstias venéreas, raiva, tuberculose, lepra e outras.

Por outro lado, nas palavras de Fernando da Silva Correia, na sua publicação no *Boletim do Instituto Superior de Saúde Doutor Ricardo Jorge* de 1946, os serviços de saúde não se contentavam com uma só direção, problema que tentou ser resolvido em 1920, mas sem qualquer resultado real. Também, o número exagerado de subdelegados de Lisboa e Porto era visível comparativamente com o quadro de inspetores médicos existentes nas cidades estrangeiras mais numerosas, paralelamente com a arbitrariedade repartida entre Câmaras Municipais e Estado no tocante às gratificações dos mesmos. Para um melhor entendimento, era definido como subdelegado de saúde a autoridade máxima de defesa da Saúde Pública nos concelhos. Para a população, esta figura detinha poderes excessivos, no qual respeitavam, sobretudo no tocante a ocasiões epidémicas. Por conseguinte, o subdelegado de saúde, para um exercício imperativo da prática de medicina, devia abstrair-se do seu modo de vida, dando o melhor de si, aperfeiçoando, dia após dia, as suas técnicas. Devia apresentar “inteligência suficiente, honestidade, bom senso, um mínimo de conhecimentos sobre Higiene, técnica sanitária geral, salubridade, legislação, administração (...)” (Correia, F.d, 1946, p. 132). Desta feita, foi criada uma junta de higiene nas duas principais cidades, com o objetivo de promover a melhoria higiénica, em

especial no que toca ao abastecimento de água, sanidade das habitações, limpeza pública, cemitérios. Em cada concelho de Lisboa e Porto funcionaria uma junta de higiene, ocupando-se com a salubridade do concelho e tudo o que estivesse relacionado com a sua higiene.

Em conformidade, este novo decreto exigia mais instrução e compreensão do médico sanitário, obrigando-o à realização de cursos especiais e estágios para a ocupação de lugares cuja responsabilidade seria acrescida. Contudo, os médicos municipais continuavam responsáveis pelas obrigações sanitárias e foram sendo criados, incorretamente, partidos municipais de forma a garantir a assistência médica de todo o território nacional. Os municípios podiam criar mais do que um partido municipal, tudo dependendo das verbas camarárias. Desta forma, decalcava-se a possibilidade de criação de Escolas Superiores de Higiene do Estado. A ação da instituição médica foi alargada aos liceus e escolas. A partir de 1930, era possível aos alunos do antigo 7º ano da secção de ciências dos liceus aceder ao curso de medicina. O ensino clínico servia-se do Hospital Universitário de Coimbra, do Hospital de Santa Marta em Lisboa e do Hospital de Santo António da Misericórdia no Porto⁸, cuja direção era da competência dos professores. No entanto, em 1968 foi recriada a figura do administrador hospitalar⁹, gerando conflitos entre este e o médico, devido às prioridades económico-financeiras do administrador. Os hospitais escolares eram geridos pelo Diretor, a autoridade máxima. Constituir-se-ia o impedimento de todos os médicos, do quadro de serviço, aceitarem qualquer cargo público ou administrativo, à exceção da lecionação de instrução pública e o clínico de hospitais ou outro serviço médico-civil.

A Direção-Geral de Saúde pretendeu reduzir o excesso dos encargos, como as despesas com o pessoal ou mesmo com o pagamento dos empregados. Era da finalidade do diploma, criar laços oficiais de sanidade com municípios, tornando ativas as juntas de higiene e fazendo com que as Câmaras Municipais, de forma autónoma, arrecadassem receitas para esta causa.¹⁰

⁸ Em 1952 com a construção do Hospital de Santa Maria em Lisboa e o Hospital de São João no Porto, o ensino clínico, nestas duas cidades, foi para aí transferido.

⁹ A competência do administrador hospitalar já vinha expressa no *Regimento do Hospital de Todos os Santos* de 1504, na figura do provedor. Em 1948, na Revista *Hospitais Portugueses* é denominado como administrador hospitalar, por Coriolano Ferreira.

¹⁰ O diploma em apreço foi alterado em alguns dos seus artigos pelo Decreto n.º 17844, de 9 de janeiro de 1930 alterando o seu art.º 10, onde o Hospital do Rego, em Lisboa, passa a denominar-se de Hospital Curry Cabral, o Decreto n.º 19211, de 8 de janeiro de 1931, alterando a denominação de subinspetor de saúde para subdelegado de saúde, no seu art.º 25º, e a nota retificativa publicada no *Diário do Governo* n.º 8/1931, de 10 de janeiro de 1931, alterando provimentos dos delegados substitutos em Lisboa e no Porto. Todas as restantes alterações constantes nos diplomas não se apresentaram relevantes para o tema.

No ano seguinte, a 31 de maio de 1927, com o Decreto n.º 13700, a Presidência do Ministério determinou que todos os organismos e serviços que constituíam a Direção-Geral de Saúde, o organismo e serviços que constituíam a Direção-Geral dos Hospitais Civis de Lisboa, entre outros, fossem transferidos para o Ministério do Interior, visto que, para garantir a ordem sanitária e higiénica da população, era necessário recorrer a medidas administrativas repressivas e autoritárias, circunscritas a este Ministério. Desta forma, e a partir de então, todas as decisões, deliberações e soluções sanitárias, passaram a ser da competência do Ministério do Interior, situação que perdurou até meados dos anos 60.

Ainda a nível estrutural, o Decreto n.º 17213, de 10 de agosto de 1929, regulava o funcionamento do Conselho Superior de Higiene. Assim, e como seria coerente, o presidente deste conselho seria o Ministro do Interior. No mesmo seriam criadas a secção de epidemiologia profilaxia, de salubridade e saneamento de águas, sanidade terrestre, sanidade marítima e internacional, de higiene do trabalho e das indústrias, entre outras. Estas secções podiam ser convocadas de forma independente e beneficiavam de autonomia no âmbito da sua matéria. Este diploma possuía como principal objetivo a criação de um conselho que validasse a melhoria higiénico-sanitária em todo o País, com a criação de secções que iriam controlar, desenvolver e solucionar problemas que poderiam surgir, tendo em conta a sua urgência.

Mais tarde, foi criado o Instituto de Puericultura (medicina infantil) no Porto¹¹, pelo Decreto n.º 20828, de 28 de janeiro de 1932. Este instituto visava intervir, de forma favorável, ao combate na doença infantil, tendo como principal objetivo a luta contra a mortalidade infantil, flagelo latente em Portugal no período considerado. Este serviço deveria prestar apoio a toda a população distrital, com a criação, para auxílio do Instituto, um dispensário de higiene social, um posto de proteção à infância e um lactário da Câmara Municipal do Porto¹². Ficou determinado que os serviços do Instituto poderiam ser reque-ridos pela Faculdade de Medicina para o ensino de puericultura.

Esta foi a evolução portuguesa a nível de organização sanitária. No entanto, a quantidade de diplomas não define a sua qualidade ou aplicabilidade. Mesmo com os decretos enunciados, as políticas de saúde em Portugal eram ineficientes e não abarcavam toda a

¹¹ As visitas realizadas por António de Almeida Garrett, médico de enorme prestígio, a Itália governada por Mussolini e as longas pesquisas e estudos realizados pelo mesmo na área da pediatria, contribuíram decisivamente para a criação do Instituto de Puericultura em Portugal.

¹² À exceção do lactário, os outros dois serviços eram da responsabilidade e organização da Direção-Geral de Saúde.

população, e os números falam por si. Segundo os Recenseamentos da População e Estatísticas Demográficas, a taxa de mortalidade entre 1929 e 1932 era de 17,1, cujas principais causas eram a tuberculose, a gripe e pneumonias. A taxa de mortalidade infantil 144,6, apresentando alguns distritos, como Angra do Heroísmo e Ponta Delgada (ambas nos Açores) taxas de 200,3 e 223,3 respetivamente¹³ (Nazareth, 1985, p. 978), cujas principais causas eram a diarreias e enterites, bronquites agudas.

1.3. As Preocupações Sociais — especial atenção às campanhas de combate a doenças contagiosas

A nível social, várias foram as preocupações sanitárias anteriores ao Estado Novo. As doenças contagiosas assombravam a população portuguesa, e a deficiência do sistema mutualista livre e, mais tarde, seguros obrigatórios na doença não apaziguavam a preocupação do governo português. Desta forma, pela Portaria n.º 5049, de 8 de outubro de 1927, foram constituídas as instruções para o licenciamento sanitário de casas de espetáculo e lugares de reunião, de hotéis e hospedarias, de restaurantes, cafés, tabernas e estabelecimentos similares. Esta portaria pretendia exigir uma prévia apresentação das instalações a funcionários da Câmara Municipal para que fosse, posteriormente, autorizado o licenciamento administrativo do local, de modo a fiscalizar as condições higiénico-sanitárias dos mesmos.

Paralelamente, o Decreto n.º 16595, de 13 de março de 1929, tornou proibido o uso de cloreto de etilo nos divertimentos carnavalescos, devido à existência de impurezas e substância nocivas à saúde nesse produto. Desta forma, ficou decretada a proibição do uso da substância, e em caso de desobediência, o indivíduo seria punido com multa.

Já a portaria n.º 6114, de 22 de abril de 1929, colocava em evidência a preocupação dos ataques desenvolvidos pelas moscas e mosquitos, no período em questão. Sendo a mosca um animal que propicia o contágio de certas doenças, era essencial extinguir, ou pelos menos, reduzir o seu número, pois, desta forma, estaríamos a reduzir a disseminação de doenças que esses insetos são vetores. A principal forma seria criar propaganda de sensibilização da população para a limpeza da via pública, a proibição de lixo na via, proibição de estrumeiras dentro das povoações, existência de retretes, canalizações de dejetos, fossa séptica em todas as casas das povoações, criação de um sistema de afugen-

¹³ Todos os valores enunciados devem ser entendidos em per milagem.

tar os insetos em locais como cafés, tabernas, confeitarias, restaurantes, entre outros. Estas medidas visavam enfraquecer o desenvolvimento da mosca. No que toca ao mosquito, seria necessária maior cautela com os depósitos de água e existência de águas paradas. Assim foi decretada a proibição de poças de água na via pública, as poças deveriam estar aterradas, ser mantida a correnteza das águas de regadio, os tanques ou lagos tapados com redes, entre outros. Estas foram formas encontradas pelo Estado para tentar atenuar a evolução de certas doenças como, febre amarela, sezonismo¹⁴ e outras doenças graves de índole contagioso. A nível prático, várias foram as campanhas de sensibilização contra as moscas e mosquitos antes e durante o Estado Novo. Esta questão sempre foi discutida em Assembleia devido ao elevado número de contágios relacionados com estes insetos. Em 1924, no Porto, foi fundada a Liga Portuguesa de Profilaxia Social, que dispunha de um programa com dezasseis objetivos, “que passavam pela difusão de princípios com base na higiene individual e coletiva, a defesa da educação física, a luta para a divulgação dos problemas relacionados com a saúde e sociedade” (Herrero & Alves, 2015, p. 272), entre outras. A forma de trabalho da Liga foi, maioritariamente, a partir de cartazes, que tinham como principal função, a informação e ensino da população. Este tipo de propaganda sofreu bastante influência por parte do instituto *Croce Rossa Italiana* intitulada de *L'igiene nella vita*, que davam orientação sanitária pública e privada. Estes cartazes visavam promover a instituição, advertir para os perigos das moscas e mosquitos, alertar para os perigos das doenças sexualmente transmissíveis e a importância da higiene em espaços públicos. No entanto, a propaganda realizada não penetrou de forma eficaz no quotidiano e mentalidade da população. A título de exemplo, a mais conhecida campanha ficou conhecida como a *Campanha do Pé Descalço*, pelo número de mortes e doentes que causou este hábito popular.

O Estado, também a nível alimentar tomou algumas medidas para melhorar e precaver certas doenças. A nível alimentar, o Decreto n.º 18186, de 10 de abril de 1930, regulava a permissão e proibição do uso de corantes nos alimentos. No entanto, não existia uma norma que regulasse as quantidades ou a necessidade de adicionar esta substância aos alimentos, de forma a não permitir o desenvolvimento de alguma patologia no seio da

¹⁴ Em 1929, Portugal era o único País europeu que não tinha um sistema organizado para o combate desta doença. Tanto a tuberculose, como a varíola já apresentavam um plano de combate, sendo necessário implementar medidas contra o avanço do sezonismo e apelar à educação sanitária desde a infância até à adolescência.

população. Assim, ficou decidida a proibição da utilização de corantes no caso de se adicionar com a intenção fraudulenta de mascarar a qualidade inferior do alimento ou quando se utilizassem corantes considerados nocivos. Consequentemente, só seria permitido o uso quando não se revelasse ofensivo para a saúde.

Outra preocupação do Estado para prevenir a evolução negativa da saúde era a desinfecção. O Despacho Ministerial, de 9 de outubro de 1930, procedia à elaboração das instruções que deviam ser adotadas nos serviços de desinfecção, tanto nos postos terrestres como marítimos. Desta forma, era imprescindível ter em consideração a escolha do processo adotado, cumprir as normas da sua utilização e fiscalizar os postos e domicílios. Este tipo de precaução já tinha sido legislado, numa primeira fase em 1894 e posteriormente em 1901, devido ao reaparecimento da peste transmitida pelos ratos e sezonismo transmitida pelos mosquitos. Devido a estas ocorrências, concluiu-se que o processo de desinfecção seria de importância máxima durante a doença e não no fim, pois a maioria dos agentes patogénicos apresentavam pouquíssima resistência fora do organismo. Entende-se por desinfecção “a destruição das bactérias ou fungos patogénicos e por desinfestação a destruição dos agentes patogénicos de origem animal” (Despacho Ministerial, 1930, artº.1º). A desinfecção e notificação tornavam-se obrigatórias para doenças como:

Cólera, febre tifoide e paratifoide;
Febre amarela, tifo, tifo exantemático;
Peste;
Varíola, escarlatina;
Meningite, epidémica, difteria;
Tuberculose. (Despacho Ministerial, 1930, artº.16º)

Por conseguinte, foi decretada a criação da figura de visitadora que tem como principais competências, auxiliar a ação do médico assistente, verificar se eram cumpridas as devidas instruções de profilaxia e dar conta à autoridade sanitária do estado da ocorrência.

No entanto, ficava a Direção-Geral de Saúde autorizada, em circunstâncias que assim o exigissem, a notificar outras doenças além das citadas — exemplo, lepra, sarna, tracoma, tinha, entre outras.

Ficou assim determinado que a desinfecção e desinfestação deviam ser aplicadas como meio de prevenção, ou seja, mesmo quando não se estivesse diante de uma doença contagiosa, podendo a mesma ser realizada de forma contínua. Desta forma, seria necessário

que todas as pessoas aptas para a realizar — pessoas que tratavam e rodeavam o doente — cumprissem cuidadosamente as regras apresentadas no referido despacho. Por norma, mas não de forma vinculativa, todas as casas que hospedavam pessoas ou que as recebessem a outro título — hospitais, colégios, teatros, barbearias, entre outros — deveriam, periodicamente, proceder à desinfeção e desinfestação do local, de forma a prevenir possíveis contágios. No entanto, a mesma tornava-se obrigatória quando estivessemos perante caso de doença e do quarto do doente. A mesma deveria ser realizada, não só no espaço onde se encontrava o doente, mas também sobre as suas roupas, utensílio e excreções.

O decreto abordava a problemática do doente infectocontagioso e apelava, de certa forma, ao maior cuidado com estes tipos de moléstias. Para isso, elencou, passo a passo, os procedimentos a serem realizados para proceder a uma desinfeção e desinfestação corretas, para cada uma das doenças consideradas de declaração obrigatória¹⁵.

Por continuidade do Despacho ministerial de 1930, o Decreto n.º 19015, de 7 de novembro de 1930, regulava o serviço de desinfeção e desinfestação nos procedimentos de lavagem e engomagem nos estabelecimentos dependentes da Direção-Geral. Desta feita, o decreto refere-se aos estabelecimentos como o Parque Sanitário, ou seja, local de armazenamento de utensílios médicos e medicamentos, e a lavandaria existente nos Serviços de Desinfeção Pública de Lisboa. A existência destes serviços dever-se-iam ao facto de as classes pobres não terem meios de proceder à lavagem e desinfeção das suas roupas, dispondo assim destas serventias. Estes serviços seriam gratuitos para a população mais pobres e taxada para a restante, de acordo com as suas possibilidades. O atestado de pobreza era realizado pelo médico ou funcionário sanitário, com o auxílio da Junta de Freguesia. Esta forma de prevenir a propagação de doenças endémicas seria obrigatória.

Em suma, são visíveis as preocupações do Estado pela saúde preventiva, utilizando todos os meios que estavam ao seu dispor para travar o desenvolvimento de certas doenças. No entanto, a população mais pobre continuava a viver de forma precária e os índices demográficos revelavam que a evolução populacional não era favorável, não sendo as medidas suficientes para travar o avanço de certas doenças contagiosas.

¹⁵ De forma geral o desinfetante utilizado na maioria das doenças infectocontagiosas denominava-se de formol. É de conhecimento geral que este desinfetante apresenta substâncias nocivas para a vida humana, tendo sido retirados do mercado produtos que continham esta mesma substância, na atualidade.

1.4. A Questão Assistencial

Como foi referido *supra*, tanto a assistência como a saúde estavam incorporadas no Ministério do Interior. Durante longos anos, saúde e assistência não se compreendiam como dois conceitos distintos e com objetivos próprios, considerados sempre como complemento um do outro. No entanto, e tendo em consideração que os conceitos são claramente distintos, entende-se por assistência a “forma tradicional de auxílio às pessoas em situação de inferioridade, pelo seu estado de miséria, doença, condição física ou moral, que leva os indivíduos, de livre vontade e por sentimento de caridade ou solidariedade, a ajudarem-se mutuamente” (Ferreira, F.G, 2015, p. 5).

Já com a implantação da República, Saúde e Assistência enquadravam-se em Direções-Gerais autónomas. Com a criação do Ministério do Trabalho, em 1916, a assistência passa a incorporar o mesmo. No entanto, em 1925 a assistência pública passa a ser da competência do Ministério do Interior.

Paralelamente à criação da Direção-Geral de Saúde, o Ministério do Interior também cria a Direção-Geral de Assistência, mas só a 7 de setembro de 1930, pelo Decreto n.º 20285. Pelo mesmo, eram estabelecidos os princípios gerais da ação fiscalizadora e tutelar dos estabelecimentos de assistência pública e privada. À Direção foi atribuída capacidade jurídica, devendo fiscalizar os serviços e estabelecimentos da sua dependência, inspecionar as Misericórdias e as restantes instituições de assistência privada nacionais. Este organismo ficava dispensado do pagamento de preparos, selos, custas e multas nos processos. Era atribuída à mesma a tutela legítima de todos os menores que estivessem internados em institutos da sua dependência. Por último, a criação de organismos de foro particular, necessitavam da prévia autorização da Direção, e esta devia verificar se todos os requisitos de instalação, salubridade e manutenção estavam a ser cumpridos.

Todavia, só a Provedoria Central da Assistência em Lisboa, a Casa Pia de Lisboa, a Misericórdia de Lisboa, o Hospital da Universidade de Coimbra, o Hospital de Dona Leonor de Caldas da Rainha e o Hospital de Santo Isidoro de Caldas da Rainha estavam dependentes esta Direção-Geral, concluindo que a sua ação era muito centralizada em três cidades, enquanto que as restantes estavam sujeitas às autarquias locais e a entidades privadas, como as Misericórdias e as associações mutualistas. Desta forma, podemos concluir que o auxílio prestado à população portuguesa, antes do início do Estado Novo, era sobretudo privado, apresentando a assistência pública bastantes deficiências e pouca eficácia prática. Com a criação do Estado Novo, a par da saúde, a assistência também vai sofrer alterações de integração às novas políticas e ideologia executada.

Capítulo 2 — Estrutura e Políticas ao tempo do Estado Novo

A temática do presente capítulo expõe a problemática de interpretação da estrutura política do Estado Novo e as bases em que estariam pautados os quadros político-administrativos referentes à saúde pública neste período. Para simplificar a compreensão da dissertação, no presente, só me irei focar nos diplomas legislativos até 1958, inclusive. Esta decisão prende-se pelo facto de, no ano citado, ter ocorrido uma importantíssima reforma ministerial que cria o Ministério da Saúde e Assistência, retirando assim, a competência do Ministério do Interior nestes domínios, autonomizando-os. É de ressaltar, que a “pasta da saúde”, desde a 1ª República até 1958, nunca usufruiu de um ministério autónomo, deslocando-se de ministério para ministério, tendo feito parte do Ministério do Interior, Trabalho, Instrução Pública¹⁶.

Por conseguinte, a ascensão de António de Oliveira Salazar a Presidente do Ministério, institucionalizou um novo regime, plasmado na nova Constituição Política da República Portuguesa aprovada a 5 de maio de 1932. Foi plebiscitada e entrou em vigor em 1933, iniciando assim um período da história portuguesa intitulado de Estado Novo, colocando fim, desta forma, ao período da Ditadura Militar iniciada em 1926.

Como determinava o artigo 7º *a contrario* da Constituição Política da República Portuguesa de 1933, a salvaguarda dos direitos políticos e os direitos públicos, ou seja, civis, eram da competência do Estado e só garantidos, nesta medida aos cidadãos portugueses (Decreto n.º 22241, 1933)¹⁷. No decorrer do diploma, são plasmados todos os direitos e garantias dos cidadãos portugueses, sem, como enunciei *supra*, contemplar o direito à saúde.

No entanto, poderá ser extraída a conclusão de que, o direito à saúde estava salvaguardado, em parte, no âmbito da família, pois era função do Estado a “conservação e desenvolvimento da raça” (Decreto n.º 22241, 1933, artº.11º), sendo através da mesma que o Homem se integra na comunidade. De acordo com a ideologia do Estado Novo, “a família constitui o meio natural onde ensaiamos os primeiros passos, balbuciamos as primeiras palavras, aprendemos as primeiras letras, rezamos as primeiras orações” (Atas da Câmara

¹⁶ Sempre que algum autor lista os vários ministérios existentes, o da Saúde e Assistência enquadra-se em último. Daqui, podemos retirar várias conclusões, entre as quais, a pouca importância atribuída a este ministério na época.

¹⁷ É uma questão pertinente o facto da qualidade de cidadão português, como está consagrado na Constituição Política Portuguesa de 1933, ser um atributo que se pode adquirir e perder (Decreto n.º 22241, 1933, artº.7º).

Corporativa n.º 133, 1961, Parte I, Capítulo II, ponto 4). Desta forma, o Estado seria o garante dos serviços mínimos de saúde, ou criador de medidas que proporcionassem a conservação dos indivíduos de todas as famílias, como por exemplo, favorecer a constituição de lares independentes e salubres e defender a maternidade, tendo em consideração, a saúde da mãe e do filho. No mesmo diploma no que toca à ordem económica e social é de evidenciar que a maioria dos artigos deste título (Título VIII), contemplavam aspetos de carácter económico, referentes ao direito laboral, deixando à margem o direito social, em geral. O artigo 40º e 41º são dos únicos que abordavam a questão social, atribuindo competência ao Estado na órbita da defesa moral, salubridade da alimentação, higiene pública, previdência e mutualidade, não conferindo destaque para a saúde, *lato sensu*.

Concluindo, esta nova Constituição Política não contemplava, de forma autónoma e direta o direito à saúde, como uma garantia do cidadão. Aliás, é do conhecimento geral que Salazar, para alcançar resultados económico-financeiros favoráveis, no período da Ditadura Militar, determinou inúmeros cortes orçamentais, entre eles no âmbito da saúde pública.

Por conseguinte, esta política e esta lacuna do enquadramento autónomo da saúde no plano constitucional tem justificação política e ideológica. Tendo por base as lições de Ciência Política e Direito Constitucional do Professor Marcelo Caetano, os fins do Estado resumem-se em três patamares: o bem-estar social, a segurança e a justiça (Caetano, 1972). A saúde, ou melhor a saúde pública, insere-se no primeiro fim do Estado referido anteriormente. O poder estadual devia fomentar o bem-estar de toda a sociedade (Wellfare) sendo que este fim não era desenvolvido em plenitude pelos cidadãos individualmente. Seria necessário a orientação e a definição das linhas orientadoras para alcançar este fim pelo Estado. Desta feita, era ao mesmo que recaía a obrigação de satisfazer as necessidades coletivas que se tornavam mais exigentes com a evolução civilizacional. A questão tornava-se imperativa — o Estado não deveria criar um sistema de saúde, a fim de salvaguardar o bem-estar social? A resposta é complexa. O Estado Novo implementou mecanismos de defesa às enfermidades públicas. Criou hospitais públicos, mas só na década de 50, determinou a existência de uma polícia sanitária, de modo a precaver e travar o desenvolvimento e contágio de certas doenças infecciosas, como a tuberculose, lepra, tifo, entre outras, de uma forma não intervencionista, visto que as condições insalubres a nível habitacional eram mantidas, contribuindo para o aumento do risco de contágio. Muitos foram os diplomas publicados para erradicar certas doenças, mas a sua praticabilidade

era reduzida, ou mesmo nula. Existia, sem dúvida, a tentativa de defesa da saúde na sua esfera pública, mas não completamente na sua esfera privada — somente no caso da saúde dos trabalhadores, com o desenvolvimento dos sistemas previdenciais, muitos dos quais se faziam de forma totalmente particular, entre patrões e trabalhadores, sendo um sistema previdencial atomizado. Como exemplo exponho a criação de um hospital para prestar cuidados de saúde aos cerca de 80 mil funcionário e suas famílias da CUF cujo patrono era Alfredo da Silva, em 1945. A empresa em questão, que foi considerada um império industrial português, criou, à margem do Estado, valências a nível infantil, educacional e de saúde, de forma a garantir a melhoria da qualidade de vida dos seus trabalhadores.¹⁸ Em contrapartida, é concluso que as Caixas de Previdência dos profissionais mais qualificados, como por exemplo os banqueiros, seriam mais desenvolvidas, apresentando mais benefícios e maior rentabilidade do que as Caixas de Previdência dos profissionais menores, como os metalúrgicos, cujo risco de acidente ou invalidez era maior e possibilidade de contribuição menor.

Por conseguinte, a organização corporativa foi a forma encontrada para a defesa da justiça social, ou seja, o necessário reconhecimento da existência de uma sociedade política que se decompunha em comunidades, como a família, o concelho, a profissão, sem esquecer a existência de associações voluntárias.

No entanto, é necessário ter em conta os dois sentidos atribuídos ao corporativismo. Por um lado, o sentido orgânico, dado que o Estado é unitário, sendo necessário ter em conta que os cidadãos integram várias associações em que os interesses coletivos se sobrepõem aos particulares. Por outro lado, o sentido social, visto que o Estado tem interesses coletivos que devem prevalecer aos interesses individuais, tentando salvaguardar o bem comum e o bem-estar social para alcançar os fins sociais a que se dispõe. O sentido jurídico, pois o Estado deve respeitar as associações já existentes, mas não esquecendo da existência da superioridade do direito estadual ao direito corporativo. E por último, o sentido administrativo que decorre do reconhecimento de autonomia das comunidades e da execução das normas por elas criadas (Caetano, 2008).

As corporações, isto é, a pessoa coletiva de direito público que integra atividades de índole moral, cultural e económica para a realização do bem de toda a comunidade, teve

¹⁸ O hospital da CUF, criado em 1945, atualmente denominado de CUF- Infante Santo, faz parte do grupo José de Mello — Saúde, cujo fundador é neto de Alfredo da Silva.

estatuto previsto na Lei n.º 2086 de 22 de agosto de 1956, mas já contemplado na Constituição Política de 1933 no seu artigo 15º, alterado pela Lei n.º 1885 de 23 de março de 1935.

Por conseguinte, muitas foram as discussões sobre a importância da administração sanitária e a salubridade. A primeira, tem como principal função a “expansão e execução, para uma comunidade nacional, dos princípios que a higiene firmou” (Furtado, 1946, p. 161). Por outro lado, também se ocupava com a fiscalização de todas as matérias do âmbito da saúde, tendo como objetivo o desenvolvimento sã do indivíduo, resultante da criação de centros de higiene pré-natal, higiene de 1ª infância, puericultura, dispensários de higiene social, entre outras. Cabia também, a este organismo, a preservação de todos os meios de prevenção sanitária, como a aquisição de soros e vacinas essenciais para o desenvolvimento humano e combate epidémico. Já a segunda, ou seja, a salubridade, era definida como “conjunto de medidas a executar permanentemente quanto aos meios e condições naturais da vida, de forma a promover para o indivíduo um estado de saúde perfeita. É difícil destrinçar dela a higiene individual e a higiene de educação” (Furtado, 1946, p. 170). Desta forma, a salubridade dizia respeito à saúde, propriamente dita, da população, como os meios a ter em consideração na habitação ou locais de vida da população. Esta conceção devia ser entendida no seu todo, e não só em parte, isto é, deveríamos ter em consideração todo o meio de desenvolvimento do indivíduo, seja em casa, no trabalho, etc. Todos estes locais deviam mostrar-se salubres perante as autoridades competentes. Problemas referentes à salubridade do meio, eram, por exemplo, a falta de água potável, a existência de parasitas cutâneos, que podiam levar ao desenvolvimento de inúmeras propagações, como a “febre cria piolhos”, a alimentação descuidada, problemas já definidos anteriormente ao período em apreço, mas que ainda persistiam. Desta forma, podemos inferir que estas duas vertentes políticas da saúde deviam ser aplicadas para que ocorresse um desenvolvimento positivo do estado de saúde da população portuguesa.

2.1. A Definição dos Quadros Administrativos para os Cuidados de Saúde

Terminadas as considerações teóricas, analisarei, de seguida, os diplomas legislativos referentes à estrutura e quadros político-administrativos até à desvinculação da Direção-Geral de Saúde do Ministério do Interior, não descurando da análise realizada no capítulo anterior, visto que, a generalidade das políticas desenvolvidas, tanto a nível organizativo como de ordem prática manter-se-ão em vigor.

No ano seguinte à entrada em vigor da Constituição foi publicado um Despacho Ministerial, elaborado pelo Ministério do Interior que aprovava o parecer da Direção-Geral de Saúde no âmbito da criação de centros de saúde, com o auxílio às Câmaras Municipais, casas do povo e Misericórdias, a fim de proporcionar a assistência médica às populações rurais. Este projeto foi apresentado na Conferência Europeia de Higiene Rural patrocinada pela Sociedade das Nações, de modo a serem elaboradas as primeiras normas de assistência médica útil às populações rurais. No entendimento dos presentes na reunião, seria necessário classificar os centros de saúde, a serem criados, em primários e secundários de acordo com os equipamentos disponíveis em cada um. No entanto, no entender das autoridades sanitárias portuguesas, os equipamentos necessários para a instalação e exercício da atividade médica em centros de saúde, seria muito dispendiosa, fator pelo qual, se justifica a falta destas estruturas em Portugal. Desta forma, nos centros de saúde seriam criados “serviços clínicos de proteção à infância e às mulheres grávidas, serviços de odontologia, oftalmologia e otorrinolaringologia, vacinação e análises clínicas” (Despacho Ministerial, 1934, artº.1º). Por outro lado, nos locais onde não existiam farmácia a pelo menos 5 quilómetros (redação alterada pelo *Diário do Governo* n.º 241/1934, Série I de 1934-10-13, único), os centros de saúde poderiam suprir esta falta, de acordo com terceira alínea do diploma. Seria obrigatório que o centro de saúde fosse constituído por um diretor, médicos de acordo com os serviços que disponha e uma visitadora sanitária (redação alterada pelo *Diário do Governo* n.º 241/1934, Série I de 1934-10-13, único).¹⁹ Era da responsabilidade do médico todos os dados da observação técnica colhida no centro. Por fim, a fiscalização destes técnicos ficava a cargo da Inspeção de Epidemias.

Por conseguinte, a 9 de janeiro de 1935 foi publicado o Decreto-Lei n.º 24876, que aprova a publicação da *Nova Farmacopeia Portuguesa*. A Farmacopeia é uma publicação que agrega um conjunto de normas e métodos para garantir a qualidade dos medicamentos, estabelece os requisitos a que devem obedecer os fármacos, matérias-primas e outras substâncias de uso farmacêutico e os métodos analíticos a usar na sua caracterização e doseamento. A Farmacopeia em vigor até à publicação deste diploma, datava 1876, sendo a mais antiga ainda em vigor. Devido ao avanço da Medicina e das próprias substâncias médicas, tornava-se necessário alterar o diploma em vigor. Desta forma, foi apresentado

¹⁹ A figura da visitadora sanitária com formação foi criada, tendo por base a proposta do Diretor de Saúde, Doutor José Alberto de Faria, em 1929 e repetido em 1930-31. O curso teve continuidade no ano letivo 1931--32, 1933-34 e 1937-38. Em 1946 seria criado o curso de visitadoras sociais, de modo a aperfeiçoar as senhoras já colocadas, como auxiliares do serviço social (Jorge, 1949, pp. 34-35).

um projeto de uma nova farmacopeia portuguesa da autoria de farmacêuticos com responsabilidades acrescidas. O governo autorizou a sua publicação e coube ao Ministério do Interior todas as formalidades de apresentação, preço, direitos a atender, período de vigência, entre outros. Foi publicado no mesmo ano a estrutura da Farmacopeia Portuguesa, a 6 de março, pelo Despacho Ministerial n.º 52/1935, onde previu a publicação do diploma a 1 de janeiro de 1936, com entrada em vigor na mesma data. Por fim, foi criada a Comissão permanente da Farmacopeia Portuguesa, incorporada na Direção-Geral de Saúde, pelo Decreto-lei n.º 40462, de 27 de dezembro de 1955.

Entre 1935 e 1943 assiste-se a uma profunda alteração em matéria de assistência social.²⁰ No tocante à saúde, é pouquíssima a legislação publicada.

Por ora, foi publicado o decreto-lei n.º 36361 de 20 de junho de 1947, que integrava o Parque Sanitário nas funções da Direção-Geral de Saúde. O parque sanitário, local de armazenamento de barracas, estufas esterilizadoras, automóveis, laboratórios volantes, hospitais móveis, balneário transportável, entre outros, já tinha sido criado em 1927²¹, com sede em Lisboa e uma secção no Porto. Por conseguinte, tornou-se da competência da Direção-Geral a organização do processo aquisitivo de materiais necessários, bem como a sua montagem no parque, a preservação dos medicamentos, soros e vacinas existentes. Todos os encargos financeiros desta infraestrutura seriam satisfeitos pelas dotações orçamentais da Direção-Geral e pelos subsídios destinados ao parque.

No tocante à questão das doenças contagiosas, entre 1946 e 1947, é visível o avanço no âmbito da vacinação preventiva de várias doenças contagiosas, como a varíola, tifo, difteria, aumentado para o dobro de doses administradas, de um ano para o outro. Desta feita, a ação profilática estava a “colher os seus frutos”, aumentando assim o número de vacinados a nível nacional. Todavia, esta ação era muito frágil no que se refere às zonas rurais. A propaganda e a educação sanitária apresentavam difícil penetração na população destas áreas, abordando problemas bem mais complexos em matéria de Medicina Preventiva anti-infeciosa. Era perentória a colaboração com os dispensários locais, do sanitarista, o professor da escola local, o padre — apresenta maior poder de crença e convicção na população mais idosa — e os elementos mais instruídos de cada núcleo rural. Nestes núcleos, seria necessário proceder a diagnósticos de tuberculose, cancro, sífilis, lepra, entre

²⁰ Com a publicação do Decreto n.º 1884, de 16 de março de 1935, o Decreto n.º 25935, de 12 de outubro de 1935, o Decreto n.º 27610, de 1 de abril de 1937, o Decreto n.º 28321, de 27 de dezembro de 1937, o Decreto n.º 31666, de 22 de novembro de 1941 e o Decreto n.º 32255, de 12 de setembro de 1942.

²¹ (Decreto n.º 14433, 1927).

outras. Para a imprescindível educação sanitária a Direção-Geral tencionou desenvolver a sua propaganda através de folhetos, jornais, cartazes, palestras de modo a que as medidas higienistas e preventivas atraíssem a população de forma positiva. Por conseguinte, as dificuldades atravessadas nas zonas rurais, atingiam dimensões verdadeiramente preocupantes devido à insuficiência de técnicos e médicos nos seus postos de saúde. Muitas aldeias ofereciam vantagens para os médicos que lá quisessem habitar de modo a preencher as vagas existentes nos partidos dos médicos-rurais. Em muitas vilas e aldeias um médico encontrava-se a 20 e 25 quilómetros de distância. No entanto, a questão não fica por aqui. Há uma enorme diferença administrativa entre médico municipal e subdelegado de saúde. O primeiro, como o nome indica, era mero funcionário da Câmara, mas com funções, igualmente, sanitárias. O segundo, era funcionário do Estado e encontrava-se na alçada da Direção-Geral de Saúde, e consequentemente, do Ministério do Interior. Para solucionar a questão, seria imperativo equiparar o vencimento do médico municipal e do subdelegado de saúde, enquadrar o primeiro na alçada da Direção-Geral de Saúde, tentando, desta forma, preencher as vagas existentes nos partidos dos médicos-rurais. Adicionalmente, conceder garantias ao médico municipal que se sujeitasse a residir em aldeias com poucos acessos, como Trás-os-Montes e Beira Interior²².

Por conseguinte, a Presidência da República promulgou as bases da luta contra as doenças contagiosas, pela Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, excluindo a tuberculose e a lepra, que pelo seu número alarmante de infetados, foram regulados em legislação especial. Assim, foi definido que o combate pressupõe a ação profilática, ou seja, todo “o conjunto de medidas preventivas de natureza individual e coletivas” (Lei n.º 2036, 1949, art.º.1 alínea a), ação terapêutica, isto é, tratamento em modo de internamento e ação educativa, divulgando os mecanismos de higiene e medicina preventiva. Desta forma, era da competência da Direção-Geral de Saúde, orientar e coordenar a nível técnico a ação dos serviços públicos bem como das Misericórdias pela sua ligação direta com a população, promover o exame sanitário das meretrizes, determinar o internamento obrigatório dos

²² Na Sessão n.º 187 da Assembleia Nacional de 6 de julho de 1945, em sessão extraordinária, o Sr. Deputado Arnaut Pombeiro, refletiu a situação dos médicos e da população rural continua lamentável. As doenças assombravam as zonas rurais, onde a falta de alimento em muitos lares e a miséria faziam com que a mortalidade aumentasse. No entanto, como indica no discurso “60 por cento da sua população vive fora das suas cidades e vilas e outros 20 por cento ainda fora das grandes cidades” (Diário das Sessões n.º 190, 1945, p.761). No entanto, as preocupações sanitárias davam maior relevância às zonas urbanas, deixando à margem as rurais. Por sua vez, os médicos rurais viviam em condições medíocres, aclamando a Ordem dos Médicos junto do Governo, justiça para com estes médicos que entregam a sua vida a esta causa.

doentes contagiados, propor a obrigatoriedade de vacinação contra determinadas doenças²³ — exemplo, Portaria n.º 12852, de 11 de junho de 1949, que tornava obrigatória, temporariamente e enquanto fosse necessária, a vacinação anti-tifo paratifoide na área do concelho de Estremoz, — publicar, as instruções para a prática de medicina, entre outras. Seguidamente, foi declarado proibido o contacto por parte da pessoa infetada no período de contágio ou a prática de atos que podiam colocar em causa a saúde de terceiros, sendo proibido, em alguns casos, frequentar locais públicos. No entanto, doenças como a febre tifoide, podiam apresentar o seu hipocentro de contágio na via alimentar. A água era responsável por grandes epidemias, como era o leite. Na situação deste último, seria necessário que se procedesse à sua pasteurização, e não consumir leite não purificado, mesmo que esse facto acarretasse uma maior despesa familiar, visto que o leite pasteurizado era mais caro. Por fim, era necessário ter em apreço o armazenamento e conservação dos alimentos, de modo a não ficarem expostos a animais roedores como os ratos, que eram portadores de inúmeras doenças, sendo indispensável a desratização. No caso da apresentação de um número elevado de crianças infetadas, o Ministério da Educação poderia criar escolas para esses alunos, desde que o perigo de contágio o justifique.

Na composição do diploma, foram apresentados os tratamentos a administrar ao doente contagiado, como a obrigatoriedade de internamento no caso de doente ou suspeito, que oferecesse perigo de contágio e não pudesse ser administrado o tratamento em casa, os casos de admissão dos doentes contagiado e a sua alta — esta última só seria concedida aquando da cessação do perigo imediato de contágio —, a criação de Hospitais para o efeito ou pavilhões de emergência. Como é notório, o principal objetivo do Estado era evitar a propagação destas doenças, promovendo a desinfeção e desinfestação das habitações utilizadas por doentes.

No ano de 1949, aproximadamente 15% dos utentes que se dirigiam a consultas de dermatologia apresentavam patologia de sarna, como demonstra o estudo realizado pelo Professor Neves Sampaio e publicado no *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge* do mesmo ano. A principal razão pela propagação e agravamento da doença dever-se-ia às dificuldades para proceder a uma higiene rigorosa de forma a prevenir este tipo de doença. De forma específica, seria necessária a higiene geral do quarto e do

²³ O Decreto n.º 198 de 25 de agosto de 1911, tornava obrigatória a vacinação e revacinação antivariólica. Em 1948, a varíola só causou 46 óbitos. No mesmo ano, a Direção-Geral de Saúde encomendou 200.000 cm³ de vacina T.A.B. — contra a febre tifoide — visto que o consumo da mesma aumentou.

leito, visto que a propagação desta enfermidade realizasse, maioritariamente, à noite, devido ao calor do corpo humano que faz com que o ovo fecundado se possa desenvolver. Por conseguinte, seria essencial a desinfecção das roupas de cama em contacto com o corpo e tratamento sincrónico do doente e de todos os habitantes do seu lar.

Posto isto, foi declarada a tabela das doenças contagiosas — publicada pela Portaria n.º 13031, de 5 de janeiro, alterada pela Portaria n.º 13951, de 30 de abril de 1952 e novamente alterada pela Portaria n.º 16523 de 27 de dezembro de 1957, todas publicadas pelo *Diário do Governo* — e a obrigatoriedade de notificação da Direção-Geral caso tivessem conhecimento ou suspeita de novos casos de doença²⁴. Esta obrigatoriedade de notificação é a afirmação clara do “Dever da Saúde”, tentando acabar, assim, com os cordões sanitários e quarentenas, estando o médico numa situação de paridade no objetivo a ser cumprido face à Administração Sanitária — diminuição do número de portadores de doenças contagiosas²⁵. Adicionalmente, seriam submetidos aos exames e vacinações estabelecidas pelos acordos internacionais todos os emigrantes, podendo ser declarada proibida a permanência de doentes estrangeiros no território português.

Em contrapartida, foram proibidas “novas matrículas de prostitutas e a abertura de novas casas de toleradas” (Lei n.º 2036, 1949, Base XV, n.º 1), sendo encerradas quando se verifique perigo iminente de contágio. Foram criadas brigadas móveis para prestar serviço aos doentes e todos os Ministérios deviam cooperar, de forma a combater este tipo de doenças, por exemplo, em relação aos estabelecimentos prisionais, forças armadas, marinha mercante, entre outras. Por fim, era competência do serviço social averiguar o contaminador e as pessoas em perigo de contágio, e se o primeiro tinha conhecimento de estar infetado e não procurou socorro médico, incorreria em responsabilidade penal, sem prejuízo da responsabilidade civil.

²⁴ No tocante à obrigatoriedade de declaração em caso de suspeita ou conhecimento de contágio, a Portaria n.º 9041, de 20 de julho de 1938, tornava obrigatória a notificação nos casos de sezonismo pelos clínicos às delegações e inspeções de saúde.

²⁵ A título de curiosidade, o *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge* de 1949, apresenta um artigo bastante curioso, “As criadas-portadoras da saúde e da doença” (1944). O artigo aborda as várias concepções de criada ou empregada doméstica, e as consequências que sucedem do modo como são abordadas pelos seus patrões. No entanto, as mesmas consideradas as guardiãs da saúde em casa do seu patrão, porque exercem todas as atividades, como amas, criadas de servir, cozinheiras, sanitaristas, pois auxiliam os seus patrões em situações de doença. No entanto, também podem ser portadoras de doenças, geralmente, contagiosas, sobretudo por manterem relacionamentos amorosos com os patrões ou filhos destes, ou a morte. No entanto, “a menor responsável é a criada de servir, que, tal como uma criança, não pode evitar o que nunca ninguém lhe ensinou que era perigo, quanto mais a maneira de deixar de o ser.” (Correia, F.d,1949, p. 63).

Em seguimento, a descoberta dos grupos sanguíneos e o desenvolvimento das pesquisas e análises sobre as suas possíveis aplicações, generalizando-se, desta forma, as transfusões de sangue que conquistava a categoria de método terapêutico, permitiu que se projetasse a criação do Instituto Nacional do Sangue, concebido pelo Decreto-Lei n.º 41498, de 2 de janeiro de 1958. No entanto, existia um conjunto de problemas que dificultavam a dádiva de sangue, a ser, a exploração mercantil do sangue, a insuficiência disponível, preços excessivamente altos, adulteração da qualidade, concorrência na procura e a dificuldade em estudos.

Desta feita, foi criado o Instituto Nacional do Sangue, na dependência da estrutura da assistência pública e não do instituto de saúde pública²⁶. Este Instituto tinha como principais objetivos, a colheita de sangue, fornecimento do mesmo em caso de urgência, organização do cadastro geral dos doadores, manter depósito de sangue e plasma, entre outros. A sua sede era em Lisboa e delegações no Porto e em Coimbra. Por fim, para promover a dádiva de sangue, foram criados “diplomas e medalhas de dador para galardoar a dedicação inerente à dádiva de sangue” (Decreto-Lei n.º 41498, 1958, artº.18º).

Por fim, o Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de agosto de 1958, cria o Ministério da Saúde e Assistência como ministério autónomo e independente, para o qual foram transferidos os serviços de saúde pública e assistência pública, de forma a acabar com a subordinação relativamente a outros ministérios.

2.2. Discussão do Modelo Assistencial — Assistência e Previdência Social

Embora a Constituição tenha entrado em vigor em 1933, dois anos antes, instituiu-se a Direção-Geral de Assistência, pelo Decreto n.º 20285, de 7 de setembro de 1931. Por conseguinte, já iniciada uma “época nova na evolução do liberalismo mitigando em Portugal, agora com perda de alguns dos atributos sacrossantos” (Pereira M. H., 1999, p. 31), a lei n.º 1884 de 16 de março de 1935 vem reconhecer as instituições de Previdência Social, ou seja, organizações privadas que tinham como objetivo o auxílio dos seus beneficiários em situações de doença, velhice, invalidez e desemprego involuntário. Deste modo, foram categorizadas da seguinte forma:

1ª Instituições de Previdência dos organismos corporativos;

2ª Caixas de reforma ou de Previdência;

²⁶ É conclusa a falta de cisão e distinção entre saúde e assistência.

- 3ª Associações de socorros mútuos;
4ª Instituições de Previdência dos serviços do Estado e dos corpos administrativos. (Lei n.º 1884, 1935, art.º 1º, n. º 1,2,3,4)

Desta feita, pertenciam à primeira categoria as Caixas Sindicais de Previdência, as Caixas de Previdência da Casa do Povo e da Casa dos Pescadores. Abrangiam a segunda categoria, as Caixas que não pertenciam às Caixas Sindicais, que restringiam a admissão de indivíduos que exerciam determinada profissão ou trabalhadores de uma empresa cujas receitas concorriam com entidades distintas dos beneficiários. A terceira e quarta categoria eram construídas por instituições de capital indeterminado e duração indefinida, instituições públicas, civis ou militares, respetivamente.

A criação das Caixas Sindicais de Previdência decorria da iniciativa e organização dos Grémios e Sindicatos Nacionais, por meio de acordo ou de contratos coletivos de trabalho. Por outro lado, era da competência do Estado estabelecer a forma como os patrões e trabalhadores contribuía para as mencionadas Caixas. Segundo a mesma fonte, as Caixas Sindicais tinham como principal objetivo proteger os trabalhadores em caso de doença, invalidez ou desemprego involuntário — este último, nos termos determinados em legislação especial —, como, por exemplo, garantir a pensão no caso de reforma. Pode-se afirmar que a existência destas Caixas estava intimamente relacionada com os destinos da própria profissão ou âmbito de exploração económica que diz respeito. Consequentemente, as mesmas teriam, para além da reserva matemática, outros dois fundos, o fundo de reserva que pretendia garantir a permanência da instituição na iminência de uma eventualidade e o fundo de assistência destinado a solucionar a prestação de socorros extraordinários, quer pela extensão dos beneficiários, quer pela sua idade.

As modalidades de Previdência adotadas pelas Caixas Sindicais eram a assistência médica, o subsídio durante a doença, pensões de invalidez e reforma e um pequeno seguro.

No caso específico do subsídio de doença pecuniário, era “pago nas mesmas condições do ordenado ou salário, abrangendo domingos e feriados se o beneficiário ganhar normalmente nesses dias” (Decreto n.º 25935, 1935, art.º 34º). Caso o ordenado fosse variável, ter-se-ia por base a média salarial dos últimos seis meses. Porém, se dentro de três anos seguidos o beneficiário recebesse subsídio correspondente a dezoito meses, ser-lhe-ia facultado todos os meios para requerer exame, a fim de ser considerado inválido. Os indivíduos que estivessem a receber subsídios para além dos prazos deveriam ser examinados

por uma junta médica. Só seria concedido subsídio pecuniário a partir do terceiro dia da verificação da doença pelo médico da Caixa.

A criação das Caixas de Reforma ou de Previdência tinha como principal objetivo a proteção dos beneficiários contra os riscos de doença, invalidez e garantia de pensões de reforma. Eram-lhes aplicadas as mesmas normas que regulavam as Caixas Sindicais no que toca à matéria de fundos, porém a constituição de fundo de assistência não era obrigatória. Todavia, quando se tratasse de uma Caixa de Reforma privativa do pessoal de determinada empresa, o presidente da direção da Caixa seria sempre o representante das entidades patronais e dois membros da direção representariam sempre os beneficiários, ao contrário do que acontecia nas Caixas Sindicais, pois nestas a direção era presidida por um delegado das entidades patronais e os restantes elementos representavam o Grémio ou Sindicatos Nacionais abrangidos.

As Caixas de Reforma dos Caminhos de Ferros Estatais seriam reguladas em legislação especial.

Tendo em conta a análise dos dois diplomas em análise, é de ressaltar que a concentração no Estado dos cuidados e responsabilidades de administração destas instituições seria um erro por dois motivos. Primeiramente, um erro económico porque a burocracia, ou seja, documentos necessários, licenças, reuniões, prazos a ter em consideração, que a criação destas instituições acarretava era bastante dispendiosa e morosa. Em segundo lugar, um erro político-social pois iria colocar em causa a capacidade da iniciativa privada, que sairia penalizada com esta intervenção estatal.

Em suma, é necessário, acima de tudo, permitir que o trabalhador viva dignamente com o fruto do seu trabalho, encontrando na instituição de Previdência o apoio necessário nas situações de infortúnio. No entanto, os indivíduos com mais de cinquenta anos viam a sua inscrição impossibilitada, ou na melhor das hipóteses, inseridos numa categoria especial.

Ao contrário das Caixas Sindicais de Previdência cuja regulação data de 1935, logo após o reconhecimento das instituições de Previdência pela Lei n.º 1884, o regulamento das Caixas de Reforma ou de Previdência só foi publicada em 1937. Desta feita, e uma vez mais, as Caixas de Reforma tinham como principal função a proteção contra a doença, a invalidez ou velhice dos seus beneficiários. A proteção contra a doença “abrange assistência médica e subsídio pecuniário por motivo de impossibilidade temporária para o trabalho” (Decreto n.º 28321, 1937, art.º 6º). O parto era considerado doença para efeito de assistência médica.

Com efeito, seria prestada a assistência do médico ou médicos da Caixa quando o beneficiário estivesse doente, bem como a visita ao domicílio. O subsídio, quando fosse necessário, seria pago nos mesmos moldes que o vencimento. Caso o beneficiário com alta ficasse doente novamente no decorrer do mesmo ano, era-lhe contado o tempo de doença anterior para fins de cálculo do subsídio devido. O beneficiário que tivesse recebido subsídios dentro de três anos seguidos correspondente a dezoito meses, ou vinte e quatro meses em quatro anos, ser-lhe-ia facultado todos os meios para requerer exame, a fim de ser considerado inválido. Do mesmo modo que ocorria com as Caixas Sindicais, o subsídio pecuniário só era atribuído a partir do terceiro dia da verificação da doença por parte do médico.

No especial caso destas Caixas, o fundo de assistência, quando este fosse constituído pois era facultativo, era calculado pelas quantias prescritas, ou seja, pensões e subsídios devidos que não foram reclamados judicialmente, pelos rendimentos do fundo de reserva, pelos saldos quando as despesas do fundo de assistência fossem inferiores às suas receitas, pelos donativos, subvenções, legados, heranças e pelas multas previstas no decreto.

Todavia, os direitos dos beneficiários das Caixas e as contribuições destes para as mesmas encontravam-se numa relação de proporção, pois esses direitos eram determinados tendo em conta os valores existentes na Caixa e as contribuições pagas pelos assegurados/associados por força dos regulamentos privativos da mesma.

Desta forma, as Caixas Sindicais e as Caixas de Reforma ou Previdência foram criadas com as mesmas linhas de base, mas com aspetos, sobretudo económicos, distintos.

Já o Decreto-lei n.º 27610, de 1 de abril de 1937 tinha apresentado os objetivos da reforma da assistência, mas sem o efeito esperado. Era necessário conjugar, de forma eficaz e definitiva, toda a atividade assistencial numa só Direção-Geral, acabando com a dispersão existente no seio do Ministério do Interior.

Por conseguinte, era essencial criar e valorizar os organismos indispensáveis a uma coordenação conjunta e fiscalização acrescida. Deste modo, foi publicado o Decreto-lei n.º 31666 de 22 de novembro de 1942, que previa a divisão da assistência em três ramos, a ser:

- a) Assistência à vida no seu nascimento e primeira infância (consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários);

- b) Assistência à vida na sua formação e preparação física, intelectual e moral (preventórios, colónias de férias, orfanatos e patronatos);
- c) Defesa da vida ameaçada por infeções físicas, mentais ou morais (hospitais, casa de saúde, dispensários, manicómios e casas de regeneração);
- d) Assistência à vida diminuída pela miséria económica ou pela incapacidade física, mental ou moral (cozinhas económicas, recolhimentos, hospícios, asilos ou albergues). (Decreto-lei n.º 31666, 1941, preâmbulo, ponto 1)

As atividades de natureza preventiva pressupunham a cooperação consciente das famílias como das instituições privadas, por fim a criar e defender as melhores condições de higiene. Estas deviam ser encaradas como serviços públicos.

Por outro lado, tornava-se imprescindível a realização de inquéritos às condições económicas, sociais e morais das famílias com carências de assistência pública.

Todavia, era indispensável a criação de uma comissão executiva com funções de inspeção. Essa comissão seria presidida pelo subsecretário de Estado da Assistência Social e composta pelos diretores gerais de saúde e assistência e pelo provedor da Misericórdia de Lisboa. Teria como função examinar os planos e os seus meios de realização, dar parecer face a uma nova obra de assistência, promover e coordenar as instituições e serviços de assistência infantil e aprovar as intuições de ordem técnica. Urgente também era a participação do Estado, no suporte de instituições indispensáveis de assistência, quando as instituições privadas não podiam satisfazer, por si, as necessidades básicas da população. Para isso, tanto as autarquias locais como o próprio Estado deviam promover e estimular as iniciativas locais onde se exercesse a ação beneficente.

Paralelamente, apresentava-se difícil, a estas instituições, prever as despesas que seriam responsáveis todos os anos, devido a novos acidentes sociais, epidemias ou calamidades, gerais ou locais, que abalavam o País — como a tuberculose —, pois estas vinham impor valores orçamentais acrescidos que só a ajuda do Estado e das autarquias locais poderia colmatar.

Desta feita, seriam, a partir deste diploma, integrados no plano de assistência o Centro de Saúde de Lisboa e o Instituto de Malariologia de Águas de Mouros. Conquanto, em todas as obras sociais seria obrigatório a separação por sexos, quer aos assistidos, quer ao pessoal que prestava a assistência. A separação devia ser feita pela adoção de estabelecimentos independentes.

Seguidamente, procedeu-se à reorganização dos serviços da Misericórdia de Lisboa, pelo Decreto-lei n.º 32255, de 12 de setembro de 1942. Esta entidade era considerada como a “mãe de todas as outras que há nas cidades e vilas de Portugal” (Decreto-lei n.º 32255, 1942, preâmbulo), ou seja, era a entidade de Previdência Social essencial para o bom funcionamento de todas as outras, sendo, por isso, o modelo de assistência a seguir. Para o legislador e toda a Assembleia Nacional, estava expresso, nesta organização, todo o espírito cristão, atingindo todas as finalidades propostas e contribuía, todos os dias, para o aperfeiçoamento dos serviços sociais da época. Porém, sendo uma entidade de séculos — criada em 1498 — tornou-se imperativa a sua reorganização, de forma a torná-la apta à concretização dos objetivos elencados na atualidade e de modo a acabar com a corrupção sentida no seio desta congregação cristã. Pelas palavras do Professor Marcelo Caetano, o Estado desde logo “vai difundir-la pelo resto do País e enchê-la de privilégios destinados a facilitar o exercício da sua ação beneficente de modo a convertê-la no que hoje chamaríamos um serviço público” (IV Congresso das Misericórdias, 1959, p. 53). É de salientar, que o dever de assistência era tanto cívico ou de justiça social, mas também religioso. No entanto, cabia ao Estado, em primeiro lugar, o dever de impor, coativamente, a obrigatoriedade de prestar auxílio, restando à Igreja a missão de estimular o preceito de caridade na população local.

Desta forma, eram criteriosas as funções das Misericórdias, a ser, “a assistência à primeira infância, o socorro médico ao domicílio e as cozinhas económicas” (Decreto-lei n.º 32255, 1942, preâmbulo, ponto 3). Assim sendo, foi determinado que, os serviços de puericultura deviam ser entregues com preferência a estes organismos, bem como a assistência às mães. Por outro lado, era da competência do instituto a coordenação dos Hospitais Cívicos de Lisboa, no tocante à saúde de adultos. Por último, as cozinhas económicas continuariam a fornecer alimentos às classes mais desfavorecidas, bem como as cantinas para as mães gestantes ou lactantes.

Por conseguinte, ficou determinado que os funcionários da Misericórdia de Lisboa passariam a ser considerados funcionários públicos, pertencendo, desde então, à Caixa de Previdência de Assistência, sendo constituído o abono de família para estes funcionários. Por outro lado, todos os serviços assistenciais de Lisboa funcionariam sob a alçada deste instituto.

2.2.1. A Reforma das Bases e Serviço Assistencial

A 24 de Fevereiro de 1944 ocorreu a sessão n.º 45 da Assembleia Nacional onde se discutiu a aprovação da Lei de Bases da Assistência Social.

Deste modo, foram apresentadas duas teorias possíveis para a intervenção do Estado no role das atividades da assistência. Por um lado, teríamos a teoria minimalista, que como o nome indica, define-se pela não intervenção direta do Estado, mas sim de iniciativas privadas, cabendo somente ao primeiro a orientação, promoção e auxílio das segundas²⁷. Por outro lado, a teoria maximalista defende que cabe ao Estado e à sociedade o monopólio de toda a atividade assistencial, sem qualquer interferência do sector privado. A Assembleia Nacional acolhia a teoria minimalista, referindo que “Em boa organização social a família deve considerar-se a fonte de conservação e desenvolvimento da raça, a base primária de educação, da disciplina e harmonia social” (Diário das Sessões n.º 48, 1944, p.71).

Como justificativa a esta corrente de pensamento, afirmavam que tornar o Estado o principal agente da Assistência seria negar a principal função social da mesma entidade, das colaborações desinteressadas, do aperfeiçoamento das pessoas, desumanizando-a. Todavia, no projeto-lei estava prevista a intensificação das atividades sanitárias de prevenção e do combate à tuberculose e, deste modo, cursos e estágios de aperfeiçoamento de técnicas de higiene e saúde pública. Desta feita, foram inseridas as modalidades de assistência, como a assistência à família que pressupunha o apoio à maternidade e primeira infância, à segunda infância e à vida ameaçada ou diminuída — indo ao encontro do Decreto-lei n.º 31666, 22 de novembro de 1941.

Seria, por outro lado, facilitada a aquisição de medicamentos, instalando-se novas farmácias nos locais que se encontravam em falta.

²⁷ A 15 de fevereiro de 1941, ocorreu em Portugal um violento ciclone. Esta catástrofe natural fez milhares de mortes, nas zonas ribeirinhas, por afogamento devido à subida do nível das águas do mar. Por outro lado, registaram-se danos nas infraestruturas de comunicação, eletricidade, prejuízos em fábricas e habitações. Desta forma, o subsecretário de Estado de Assistência Social presidiu à Comissão Nacional de Socorros às Vítimas do Ciclone (incluía um representante da Igreja Católica, o subsecretariado do Estado das Corporações e Previdência Social, um representante da Imprensa, o comissário do Desemprego e um representante da Cruz Vermelha). O principal objetivo era auxiliar a população nas primeiras necessidades, como no tocante à alimentação, recuperação das habitações destruídas ou danificadas. A mesma pretendia angariar donativos para o socorro às vítimas. A Emissora Nacional e alguns jornais da época, como o Diário de Notícias, apelaram para o apoio de particulares para a causa. Várias iniciativas foram colocadas em prática, como verbas de impostos sobre espetáculos sob a fiscalização do Ministério das Finanças, donativos enviados por países estrangeiros, donativos da Cruz Vermelha, entre outros. Desta forma, cerca de 74% da receita total teve origem particular, corroborando a ideologia minimalista da intervenção estadual. In *Boletim da Assistência*, n.º 14 de abril de 1944.

Ao Estado competiria uma função supletiva, isto é, de orientação, promoção, tutelar e de inspeção ou fiscalização de todas as atividades assistenciais. Para este efeito, seriam criados três órgãos com funções distintas. O Conselho Superior de Higiene e Assistência Social, com funções meramente consultivas para as atividades de assistência e de ordem sanitária, uma Direção-Geral de Saúde e Assistência, cuja função era a coordenação das várias atividades locais nestas matérias, voltando de novo à reforma de 1901 encabeçada pelo Doutor Ricardo Jorge. Tornava-se cada vez mais difícil encontrar uma divisória absoluta entre assistência e saúde, pois na prática perfilhavam de interferências mútuas, levando à sua concentração. Por fim, uma Inspeção Geral de Assistência Social, cuja função era coordenar, tutelar e fiscalizar as iniciativas das instituições particulares, que nunca se devia confundir com a Direção-Geral.

Consequentemente, a Câmara Corporativa, pelos poderes que lhe foi conferido pelo artº.105º da Constituição Política de 1933, emitiu um parecer acerca da proposta de lei sobre o Estatuto da Assistência Social, cujo relator é o Professor Marcelo José das Neves Alves Caetano. Por um lado, apontou a incontestável oportunidade da proposta, por outro mencionou falhas relevantes da mesma.

Com efeito, o conceito de assistência social, definido na proposta, estava muito amplo, ligando intimamente a assistência com tudo o que dizia respeito à saúde pública. Em seguida, tornava imperativo a atenção dada à maternidade, pelo facto da descida assustadora da taxa de natalidade. Era necessário criar meios eficientes de assistência à mulher no período de gravidez, no parto e na primeira infância (cujo conceito não estava definido na lei). Também era explícito a relevância da criação de abrigos maternos, ou seja, locais onde as mulheres grávidas podiam ser recolhidas devido a questões económicas, psicológicas ou sociais, bem como a criação de cantinas maternas, isto é, fornecimento de bens alimentares às grávidas e mães no período de amamentação de forma gratuita ou a baixo custo.

Com efeito, tornava-se essencial a criação de hospitais infantis eficientes, estando adaptado às necessidades do pequeno doente.

No mesmo parecer, elencou-se as complicações de ordem económica e morais produzidas pela doença de um cidadão pobre, assalariado.

Deixa de receber o salário com que sustentava a família;
Aumentam as despesas com as dietas, medicamento, etc.;

Imobilizam-se outros membros da família que porventura também trabalhem e cuja presença seja necessária para o tratamento; A urgência de ganhar leva ao regresso prematuro ao trabalho, sem a conveniente convalescença, o que origina a permanência de estados mórbidos, tornados crónicos com o tempo ou pronto a evoluir para doenças mais graves, com a consequente diminuição da força de trabalho e outros efeitos perniciosos na vida familiar e na economia em geral do País. (Diário das Sessões n.º 48, 1944, p.91)

Por estes motivos, tornava-se essencial garantir a quem trabalha auxílio na doença de modo a não constituir um desequilíbrio, quer económico quer sanitário.

É de salientar que o diploma apresenta uma longa comparação entre o sistema sanitário nas zonas urbanas e nas zonas rurais, desenvolvendo a problemática destas assimetrias, concluindo que as zonas rurais estavam menos desenvolvidas e as questões de higiene e saúde eram, sem dúvida, mais preocupantes.

Por conseguinte, este parecer deixa explícito que a prevenção só seria eficaz com a apropriação da educação sanitária, e neste aspeto o papel do Estado era essencial para toda a Nação. Era necessário facilitar a orientação dos indivíduos sobre os serviços ou estabelecimentos que respondessem às suas necessidades. As situações de desemprego, invalidez, velhice, doença e acidentes de trabalho, como analisado em diplomas anteriores, deviam ser cobertos pela Previdência Social.

Todavia, a meu ver, o diploma não adota a teoria maximalista nem minimalista na sua essência. Assim, era o Estado que “pretende a iniciativa da assistência social em tudo o que importe ao interesse da Nação” (Diário das Sessões n.º 48, 1944, p. 109), mas no que diz respeito à administração e direção dos estabelecimentos de assistência, podem ser delegados a instituições privadas.

Por fim, a Câmara Corporativa, em comunhão com a Assembleia Nacional, acreditava que era necessária uma adicional preparação especializada, quer dos visitantes sociais, quer de enfermeiros e médicos para solucionar novos problemas emergentes.

Após a apresentação da proposta e referente parecer apresentados *supra*, eis que foi publicada a nova lei de bases da Assistência Social, a Lei n.º 1998 15 de maio de 1944.

Desta feita, a lei adotou a teoria minimalista, defendida pela Assembleia Nacional, pois o Estado e as autarquias locais, apenas, prestavam assistência de forma supletiva, cabendo às instituições privadas o seu desenvolvimento primário — Base III. Por sua vez,

as instituições particulares não perderam esta sua característica pelo simples facto de receberem subsídios do Estado de modo a garantir o seu pleno e eficaz funcionamento.

Esta atividade encontrava-se bipartida em assistência local e nacional, oficial e particular quanto à sua administração. A prestação da assistência devia ser preventiva, coordenada com as atividades da Previdência, apresentando como principal objetivo o aperfeiçoamento da família e do próprio indivíduo. Os subsídios familiares seriam atribuídos ou suprimidos de acordo com o prévio inquérito ao grau da sua insuficiência e teriam carácter temporário.

O diploma refletiu especial atenção à ação de prevenção (profilaxia) e defesa contra a tuberculose. É de referir que as bases do combate a outras doenças específicas seriam reguladas em diploma específico.

O diploma, como já havia sido indicado pela proposta de lei abordou as modalidades da assistência à família, maternidade e primeira infância, segunda infância e à vida ameaçada ou diminuída. As áreas sanitárias da última modalidade correspondiam aos postos de consulta e socorros, centros de profilaxia e assistência social e os hospitais gerais. É de referir que nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra existiam hospitais centrais especializados para as necessidades emergentes.

Todavia, como preocupação apresentada pela Câmara Corporativa tínhamos a distribuição de medicamentos. Deste modo, a lei de bases regulou a facilitação de aquisição de medicamentos e abertura de novas farmácias nas regiões onde estas eram escassas. Seriam também autorizados postos de medicamentos urgentes nas regiões onde não existissem farmácias num raio de 10 quilómetros, de acordo com a Declaração publicada pelo *Diário do Governo* n.º 160/1951, Série I de 31 de julho de 1951.

Por outro lado, as Misericórdias seriam a entidade responsável pela coordenação das finalidades da assistência à maternidade e à primeira infância, à segunda infância e à vida ameaçada ou diminuída — reflexo da teoria minimalista.

Finalmente, o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social tinha como principal função emitir parecer ou proposta sobre planos de ação, novas técnicas a seguir na execução dos respetivos serviços, projetos de novas construções de estabelecimentos, reformas legislativas que diziam respeito a estas matérias e outros assuntos analisados em caso concreto.²⁸

²⁸ Todavia, a Base XXI da referida lei seria revogada pelo Decreto-lei n.º 39805, de 4 de setembro de 1954 do *Diário do Governo*, Série I, a ser analisado *infra*, no subcapítulo da organização hospitalar (2.5.).

Por conseguinte, a 7 de setembro de 1945 foi publicado o Decreto-lei n.º 35108 que tinha como principal objetivo a reorganização dos serviços de assistência social. Esta reorganização dever-se-ia ao facto de existir necessidade de ajustar os institutos sociais às necessidades, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso da atividade assistencial. Desta forma, e de acordo com o preâmbulo do artigo “a assistência social não deve limitar a sua ação a minorar ou a curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria (...), pois lhe cumpre combater, na medida do possível, as suas próprias causas, através da luta contra os flagelos sociais (assistência preventiva) e da melhoria das condições de vida da população (assistência construtiva)” (Decreto-lei n.º 35108, 1945, preâmbulo, ponto 1).

Desta feita, seria necessário desenvolver todos os meios de ação, aperfeiçoar os métodos de trabalho, instruir o pessoal destinado à execução dos mesmos e projetar um plano social. No entanto, os mesmos objetivos seriam alcançados de forma gradual, a fim de garantir a sua eficácia prática. Para tal, seria necessário, numa primeira fase, penalizar os abusos, melhorando a distribuição dos socorros de forma a aplicar as diretrizes de justiça social. Apresentava-se imperativo fomentar em primeiro lugar “a vida das crianças, a saúde física e moral das famílias, o mínimo necessário à existência humana e o tratamento dos doentes; entre as segundas, a necessidade de defender o mais precioso dos bens — a saúde — e através dela proteger a maior fonte de riqueza das nações — o trabalho humano.” (Decreto-lei n.º 35108, 1945, preâmbulo, ponto 1). Por conseguinte, os motivos que tornavam esta reorganização imperativa eram a necessidade de vencer os focos infecciosos mais graves, como é a malária, varíola, tuberculose, lepra, entre outras, e a carência de meios existentes que levavam ao desenvolvimento da medicina preventiva ou social, que antes de tudo, dependia da compreensão e adesão da população.

De seguida, tinha como objetivos:

(...) intensificar a luta contra as doenças evitáveis e sociais, ampliar a proteção à maternidade e à infância, fomentar ou criar os estabelecimentos necessários à educação dos órfãos e abandonados e a amparar os velhos e inválidos, defender a família, numa palavra, melhorar as condições económicas sanitárias da população, de modo a reduzir ao mínimo a ação dos flagelos e perigos que a ameaçam. (Decreto-lei n.º 35108, 1945, preâmbulo, ponto1).

Ao Conselho Superior de Higiene e Assistência Social (criado pela base XXXII da lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944) competia cooperar e orientar a política assistencial como órgão consultivo. À Direção-Geral de Saúde competia a função fiscalizadora dos hospitais, sanatórios, entre outros, e a adoção de medidas profiláticas e terapêuticas indispensáveis à proteção da saúde e à melhoria das condições fisiológicas da população. Desta forma, era da sua competência a ação educativa e preventiva, no tocante à higiene pessoal e coletiva e à melhoria das condições de salubridade. Cabia à mesma, colaborar com o Instituto Nacional do Trabalho e Previdência desenvolvendo estudos sobre a higiene do trabalho e do trabalhador, os meios preventivos, condições necessárias para o ambiente de trabalho, examinar os trabalhadores e colher amostras indispensáveis para a realização de análises, ordenar o exame preventivo dos suspeitos de doenças transmissíveis ou contagiosas, propor a obrigatoriedade da vacina preventiva contra determinadas doenças, organizar, atualizar e publicar o regimento farmacêutico, entre outras competências.

Por conseguinte, era categórico a especialização de médicos em regime exclusivo²⁹. Foram criados institutos dotados de personalidade jurídica, com funções de orientação e coordenação de acordo com a matéria que visam defender. Assim, foram criados o Instituto de Assistência à Família, Instituto Maternal, o Instituto de Assistência aos Menores, o Instituto de Assistência aos Inválidos e o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, todos com objetivos distintos. Os mesmos apresentavam em comum o objetivo de assegurar soluções mais precisas nos problemas mais visíveis na sociedade portuguesa. No entanto, como será demonstrado no decorrer da dissertação, as questões materno-infantis não serão solucionadas com a brevidade que se pretendia, bem como a assistência a inválidos. Estes últimos, muitas vezes eram fechados em locais próprios, que poderiam ser sanatórios, para “proteção” da restante população, como era determinada na época em apreço.³⁰

Por outro lado, a assistência poderia ser particular ou oficial, conforme fosse administrada e sustentada pelo Estado e pelas autarquias, ou por entidades particulares, respetivamente, apresentado uma possível divisão entre saúde pública e saúde privada. Por sua vez, os estabelecimentos pertencentes aos Estado perderam a sua categorização de oficiais

²⁹ O decreto tentou introduzir o regime exclusivo dos médicos para fiscalizar e orientar em cada distrito os serviços a cargo do subdelegado de saúde ou médico municipal, bem como a atividade médica nas Casas do Povo. No entanto, como foi referido *supra*, a situação dos médicos municipais rurais era de difícil solução, devido ao isolamento em que estavam confinados.

³⁰ A questão da tuberculose não será analisada na presente dissertação devido à sua especial importância.

sempre que entregues a entidades particulares, mesmo que fossem cofinanciados pelo Estado.³¹

Por sua vez, ficou determinado a existência de uma delegação de saúde por distrito, onde existiria um delegado de saúde, coadjuvado por um subdelegado, que seria, este último, nomeado de entre os médicos municipais. Os delegados de saúde tinham total controlo de todos os serviços da delegação, orientando e inspecionando os serviços realizados pelo subdelegado. Sempre que fosse conhecido um caso de doença infecciosa o delegado tinha de comunicá-la e proceder ao isolamento do doente e ao seu tratamento, como já determinou legislação anterior (por exemplo Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949).³²

Consequentemente, o Decreto n.º 37762, de 24 de fevereiro de 1950, estabeleceu a concessão de subsídios pecuniários e assistência médica e medicamentos aos beneficiários das Caixas Sindicais de Previdência e das Caixas de Reforma ou de Previdência. A elaboração deste decreto prendeu-se ao facto da inexistência de norma legal que definisse os limites e as condições gerais de atribuição desses benefícios aos beneficiários.

A lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, no que toca ao regime do seguro de doença, foi inovador, trazendo à colação o sistema de período de garantia³³. Desta feita, entendemos por este conceito o “prazo inicial que em cada modalidade de Previdência condiciona a abertura do direito às prestações respetivas” (Decreto n.º 37762, 1950, preâmbulo, ponto 2). Desta forma, foi fixado em um ano o período de garantia, ou seja, só decorrido um ano é que o beneficiário começava a usufruir dos seus direitos, no entanto quanto à assistência médica e medicamentosa não havia qualquer norma. No entanto, tendo em consideração que à data (1949) se estava em fase de mera criação do diploma e, pelo facto de a assistência médica funcionar num plano secundário, quase como simples controlo de subsídio, é concluso o facto de não estarmos perante uma lacuna legislativa, mas de uma norma tácita, visto que, infere-se que o período de garantia do subsídio pecuniário de doença, seja igual, ou seja, um ano para os casos de atribuição medicamentosa e assistência médica — expresso no art.º 1.º do Decreto n.º 37762.

³¹ O facto de os estabelecimentos oficiais perderem a sua característica de oficialidade quando fossem entregues a entidades privadas, demonstra, mais uma vez, a ideologia minimalista do Estado Novo, pois seria mais vantajoso para o mesmo, cofinanciar estes organismos, visto que, estes subsídios não fazem com que o instituto se tornasse oficial.

³² Todo o diploma foi analisado de acordo com a nova redação consagrada no Decreto-lei n.º 41401, de 27 de novembro de 1957 do *Diário do Governo*, Série I.

³³ Atualmente denominado de período de carência.

Por fim, o Decreto-lei n.º 38331, de 4 de julho de 1951, criou uma comissão que funcionaria junto da inspeção da Assistência Social para dar pareceres fundamentados nos processos relativos a aquisição, por concurso público de diversos artigos e materiais, desde que o valor dos contratos fosse superior a 10\$000.

2.3. As Maternidades e a Preocupação com a Saúde Materno-Infantil

As questões da saúde materno-infantil sempre foram alvo de discussão no interior do Estado Novo. Vários foram os contributos herdados do período da Ditadura Militar, como a criação dos dispensários de higiene social e postos de proteção à infância em Lisboa e no Porto, concretizada pelo Decreto n.º 14803, de 30 de dezembro de 1927 com a criação do Instituto de Puericultura no Porto. No entanto, mesmo com estas estruturas já equipadas, assistia-se a uma centralização deste ramo da saúde em Lisboa. Era na capital que se localizavam os principais hospitais centrais equipados para o efeito, mas com poucos utensílios modernos, ficando o resto do País dependente de pequenos dispensários existentes nas principais capitais de distrito.

Por conseguinte, foi publicado o diploma que criou a organização nacional *Lar Português* que tinha como principal objetivo a difusão dos princípios e meios para a defesa da instituição da família. Desta feita, esta organização foi criada como concretização do art.º 11º da Constituição Política Portuguesa, explanado *supra*. O mesmo tinha em vista o favorecimento das condições económicas, pela criação de salário familiar, sendo o cálculo do imposto realizado de acordo com os encargos familiares e habitacionais, sendo a sua constituição independente e salubre, bem como, a defesa dos costumes e valores morais que deviam ser defendidos e respeitados, assegurando uma excelente obra educativa, por parte das famílias portuguesas. Por conseguinte, era da vontade expressa do Estado, a criação de um organismo que promovesse o auxílio à maternidade, sendo esta obra delegada às instituições de assistência, num primeiro plano. Desta forma, o Governo devia “promover uma ação de propaganda adequada, que poderá chamar-se Jornadas das Mães de Família” (Decreto-lei n.º 25936, 1935, preâmbulo). Por outro lado, esta organização apresentava como objetivo prestar consultas de forma a orientar as mães, grávidas, parturientes ou lactantes, ensinando-as os cuidados básicos de puericultura e os socorros mais urgentes a este nível, a fim de combater as causas de degeneração físicas — em especial o alcoolismo e sífilis —, a assistência especial por ocasião do parto e combate aos erros e crimes contrários aos deveres naturais e morais, como por exemplo, o aborto.

Todos os organismos de saúde e assistência ficavam obrigados a facultar todos os materiais necessários à execução deste serviço. Estas infraestruturas deveriam ser instaladas nos bairros dos centros urbanos e nas freguesias locais, de modo a que todas as mulheres tivessem acesso.

Por conseguinte, a denominação *Lar Português* foi alterada para *Defesa da Família* por força do despacho do Presidente do Conselho publicado no *Diário do Governo* n.º 241/1935, 17 de outubro de 1935.

Seguidamente, foi criado o Instituto Maternal em Lisboa, Porto e Coimbra, pelo Decreto-lei n.º 32651, a 2 de fevereiro de 1943. Como faz referência o diploma, o problema da maternidade e dos cuidados materno-infantis sempre assombrou Portugal. Até 1927, só existia em Lisboa a enfermaria Santa Bárbara — muito antiga e sem equipamentos modernos — e os Hospitais Cíveis de Lisboa que ofereciam os seus serviços a toda a população do País. Em 1931 e 1932 foram inauguradas as Maternidade Magalhães Coutinho e Alfredo da Costa, ambas em Lisboa e no Porto a Maternidade Júlio Diniz em 1938³⁴. Por outro lado, a mentalidade portuguesa também se alterou neste domínio, visto que as maternidades deixaram de ser olhadas como um puro local de “abrigo de pejudas ou Câmaras de parturição, para ser havidas como centros promotores e orientadores das várias formas de assistência materno-infantil” (Decreto-lei n.º 32651, 1943, preâmbulo, ponto 2). Desta feita, a preocupação do Governo alterou-se, considerando-se que a mãe não podia estar isolada, sendo necessário a crescente vigilância da gravidez e da criança, de forma a garantir estes cuidados, não só nas horas imediatas ao parto, mas no decorrer do período pré e pós-parto. Desta forma, dever-se-ia assegurar à mãe o socorro ao parto no domicílio, visto que o local próprio para o nascimento do filho, seria, à luz dos costumes e tradições do Estado Novo, a habilitação da família, sendo estas internadas quando se verificasse absoluta necessidade de hospitalização. Por outro lado, e para garantir a assistência pós-natal e uma total recuperação da mãe e saúde plena do filho, seriam criados abrigos de convalescente, para mães que necessitassem de repouso ou tratamentos especiais bem como creches destinadas a orientar as mães lactantes.

O diploma em apreço apresentava-se muito radical, tendo em consideração a ideologia moral da época. No entanto, e sabendo desse entrave, o Governo estipulou que as alterações ocorressem de forma gradual, já nas maternidades existentes, de modo a que esta

³⁴ Decreto-lei n.º 29030. *Diário do Governo*: I Série, 30 de setembro de 1938, estabeleceu a criação da Maternidade Júlio Diniz no Porto, apresentando um relatório hospitalar sobre o desempenho dos centros abertos em Lisboa.

nova conceção pudesse ser colocada em prática da melhor forma, sendo de criação contínua. De modo a descentralizar as unidades de orientação e a atividade do Instituto, foram criadas delegações maternais no Porto e em Coimbra.

À semelhança do diploma anterior, o presente pretendia combater todas as formas de interrupção voluntária da gravidez e todas as consequências que tal ato acarreta. A delegação do Porto seria criada em consonância com o Instituto de Puericultura e o atual Dispensário para crianças pobres e por outras instituições de assistência materno-infantil.

No entanto, tendo em conta os dados estatísticos de 1944, podemos concluir que quase *um quinto* das mortes em Portugal, eram de crianças com meses, ou seja, menores de 1 ano de idade, sendo o indicador demográfico, a taxa de mortalidade infantil. A doença que afetava a maioria das crianças com menos de 2 anos, eram as diarreias e enterites. O desenvolvimento deste tipo de moléstias dever-se-ia, sobretudo à falta de condições salubres, quer a nível rural, quer urbano, a má nutrição e o perigo da alimentação. Por outro lado, o número de consultas a grávidas era inferior do que foi previsto com a criação das maternidades no Porto, Coimbra e Lisboa — cerca de 25.207, em 1940 e 40.153 em 1942, nas maternidades do País (Homem, 1946, p. 194) — sendo apresentado, deste modo, um número bastante reduzido para o espetável. Tendo em conta, o relatório apresentado no *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge* de 1946, é flagrante a conclusão que ao nascer e no 1º mês a causa de morte dever-se-ia a causa congénita e nos meses seguintes, o perigo de morte tinha como base o perigo alimentar. Por outro lado, é notório, no decorrer da década de 40, que muitas crianças sofriam de sequelas produzidas por doenças como tuberculose, sífilis, reumatismo agudo ou cardio-articular³⁵.

Posto isto, Portugal ainda não apresentava resultados satisfatórios a nível sanitário, tendo ainda muito para desenvolver a este nível. Os resultados apresentados são o reflexo da mentalidade ainda pouco instruída e pouco ciente dos perigos que a falta de salubridade doméstica, laboral e a alimentação pouco vigiada e subnutrida são perentórios para a evolução sanitária da população, anexando a falta de informação e educação das grávidas ou mães, sobre, por exemplo a amamentação materna.

³⁵No entanto, os incidentes e acidentes da vida genital e a difusão do neomalthusianismo, isto é, a teoria que defende que o intenso crescimento populacional seria o responsável pelo avanço da fome e da pobreza, contribuíram para os problemas da saúde pública ocorridos neste período, bem como para o decréscimo da fecundidade da Nação e da subcarga dos serviços hospitalares e assistência.

Tabela 1: Movimento Fisiológico. Portugal Continental

Anos	Nados-vivos	Nados-mortos	Nupcialidade (%)	Natalidade (%)
1926	214.633	8039	7,60	34,87
1933	204.315	8943	6,49	28,92
1937	198.127	9228	6,34	26,84
1940	187.892	8847	6,12	24,66

Nota: Adaptado de *Relatório da Ação da Maternidade do Doutor Alfredo da Costa na Primeira Jornada das Mães de Família*, de Sacadura da Costa, 1942/1943, p.24. © 2017 de Instituto Nacional de Saúde.

Para o Doutor Francisco Fernandes Homem era de importância máxima as “medidas psicológicas de boa e sã puericultura as que se referem à educação popular pelo folheto, pelo jornal, cinema, etc., pela conversa direta com o médico e da agente social, a indispensável colaboradora de quem muito se deve esperar e a quem muito se deve exigir” (Homem, 1946, p. 201). Por outro lado, seria necessário alterar as mentalidades, mais propriamente, impedir a influência de alguns meios mais conservadores e católicos que defendiam que os partos deveriam ser realizados em casa, por motivos de várias ordens, entre as causas a falta de partilha familiar e o esquecimento do marido face ao sofrimento do parto. Paralelamente, o parto no domicílio não poderia ser entendido como um exercício de controlo da família e da vizinhança.

2.4. Estrutura Administrativa — Saúde Mental

Em Portugal sempre existiu uma preocupação acrescida com a saúde mental, mas as medidas postas em prática para minorar o problema nunca conduziram aos resultados pretendidos.

A saúde mental enquadra-se no âmbito da saúde preventiva, pois esta última diz respeito “aos múltiplos aspetos de saúde individual, as suas atividades são específicas e pessoais, o que é, ou deveria ser, da responsabilidade do clínico” (Nina, 1948, p. 404).

Por outro lado, existem várias questões que afetam a eficácia das medidas preventivas adotadas pelo Estado no decurso do tempo. Como elenca o Professor Cristiano Nina, no artigo publicado no *Boletim do Instituto Superior de Higiene* Doutor Ricardo Jorge do

ano de 1948, podiam ser resumidas a três os obstáculos que eram necessários travar para que a saúde mental pudesse imperar no nosso País. Desta forma, é necessário que o Homem deixe de encarar a doença como falta de sorte ou justificações baseadas no teocentrismo, e encare a doença e opte por colocar em prática todas as medidas preventivas que consigam colmatar o problema em causa. De seguida, é imperativo que o Homem se dirija ao médico sempre que sentir necessidade e que adote uma conduta de rotina, e não só o procure quando já existam lesões graves, cujo mecanismo preventivo já não é possível. Por fim, é necessário a aprendizagem de medidas preventivas básicas desde o início da escolarização obrigatória.

Em Portugal, para colmatar os obstáculos sentidos desde a implantação da República até ao decorrer do Estado Novo, executaram-se medidas, que se pretendiam mais eficazes, de acordo com a ideologia da medicina preventiva e da higiene mental, criando-se em cada zona do País dispensários centrais e regionais.

A lei n.º 2006, de 11 de abril de 1945, estipulava as bases de toda a assistência psiquiátrica em Portugal. Esta abrangia a ação profilática, ou seja, de prevenção, terapêutica e pedagógica.

A profilática é exercida pelo conjunto das medidas de carácter preventivo geral e de higiene mental, individuais e coletivas;
A terapêutica consiste no tratamento e correção das doenças e anomalias mentais, em regime ambulatorio, de internamento, de socorro domiciliário ou de colocação familiar;
A pedagogia contribui pela observação médico-psicológica para a obra de orientação educativa. (Lei n.º 2006, 1945, Base I)

Desta feita, incumbia ao Estado a orientação, coordenação e fiscalização da ação preventiva, estimular e favorecer as iniciativas particulares que se destinavam à realização de qualquer das modalidades mencionadas *supra*.

Por conseguinte, o País foi dividido em três zona, norte, centro e sul com sede no Porto, Coimbra e Lisboa, respetivamente. Qualquer zona era assegurada por um dispensário central, dispensário regional, hospitais, clínicas e asilos psiquiátricos.

Seguidamente, deveriam ter clínicas psiquiátricas as Faculdades de Medicina, onde seria permitido lecionar. As clínicas podiam, quando necessário, requerer, a qualquer organismo oficial, os elementos essenciais ao ensino e à investigação científica.

Os dispensários centrais e regionais exerciam a atividade de prevenção observavam o tratamento no caso de internamento, vigiavam os doentes em caso de socorro e mantinham ativas as consultas psiquiátricas, denominadas de “consultas de higiene mental”. O internamento poderia ser realizado em regime aberto e fechado, tendo em conta o caso concreto. Os hospitais psiquiátricos tinham como principais funções a observação do tratamento e a correção do mesmo quando necessário, tanto em regime aberto como fechado, estudos de investigação científica e realização dos exames médico-legais requeridos pelas autoridades competentes.

Já os asilos tinham como principal objetivo o tratamento em regime fechado das doenças prolongadas do foro mental. Por conseguinte, compreendiam as “colónias agrícolas, asilos para crianças e adolescentes anormais, asilos para anormais perigosos e antisociais, hospícios e colónias e casas de recuperação para alcoólicos, toxicodependentes e afetados por outras anomalias” (Lei n.º 2006, 1945, Base X, art.º 2º).

Com efeito, o regime de internamento poderia ser requerido pelo doente, pessoa de família ou entidade responsável pelos encargos da hospitalização, estabelecimento de assistência ou pelas autoridades judiciais. A transição do regime aberto para o regime fechado só seria autorizada mediante requerimento médico e se as necessidades de ordem e segurança pública assim o entendessem.

Por conseguinte, a alta médica podia ser requerida pelos próprios doentes, pelos seus tutores, pelas pessoas de família ou qualquer das entidades responsáveis pelos encargos hospitalares, pelos diretores dos estabelecimentos ou pelas autoridades judiciais. A alta poderia ser recusada pelos diretores dos estabelecimentos se estes entendessem que esta iria prejudicar a ordem e a segurança pública.

Seguidamente, foi promulgada a organização formal da assistência psiquiátrica pelo Decreto n.º 34502, de 18 de abril do mesmo ano. Como o território português foi dividido em três zonas, as mesmas abrangem os seguintes distritos:

A zona do Norte abrange a área dos distritos de Viana do Castelo, Braga, Porto, Vila Real e Bragança.

A zona do Centro compreende a área dos distritos de Aveiro, Coimbra, Viseu, Guarda, Castelo Branco e Leiria.

A zona do Sul inclui a área dos distritos de Santarém, Lisboa, Setúbal, Portalegre, Évora, Beja e Faro, assim como as ilhas adjacentes. (Decreto n.º 34502, 1945, art.º 1º, 2º, 3º, 4º)

Cada zona foi dotada de um centro de assistência psiquiátrica, constituída, entre outros, por hospital, clínica e asilo competente para esta matéria.

As direções destes centros deviam orientar, coordenar, organizar a assistência, assegurar o registo do doente, propor a atribuição de subsídios, elaborar estatísticas, entre outros. Por outro lado, também seriam criados dispensários regionais, de modo a garantir apoio psiquiátrico a toda a população. Nas regiões onde não existissem hospitais especializados nesta matéria, seria da competência do hospital comum proceder à instalação de meios para prestar consultas aos doentes.

Todavia, sempre que possível, o internamento seria substituído pelo socorro domiciliário ou pela prestação de cuidados por familiar — *ultima ratio*.

Para uma melhor formação dos técnicos que iriam desenvolver funções nestes organismos, seriam criados, junto aos centros, cursos e estágios para a formação e especialização do pessoal médico, de enfermagem e serviço social. No entanto, os cursos particulares foram permitidos neste âmbito, e no período de transição, caberia ao Ministério do Interior contratar pessoal estrangeiro.

Por conseguinte, as instituições particulares de assistência gozavam de autonomia técnico-administrativa, mas ficavam sujeitas à fiscalização da Assistência Social. Por outro lado, a par das normas comuns de higiene, era necessário ter em consideração, aquando da criação de novas instalações, a “separação dos sexos; o necessário isolamento e resguardo das vias públicas” (Decreto n.º 34502, 1945, art.º 69º, n.º 1,2).

Paralelamente, foram publicados os Regulamentos dos serviços do centro de assistência psiquiátrica da zona Norte, Centro e Sul do País, promulgados pelos Decreto n.º 34534, de 26 de abril de 1945, Decreto n.º 34547, de 28 de abril de 1945 e o Decreto n.º 36049 de 18 de dezembro de 1946. Por conseguinte, a análise *infra* debruçar-se-ia no primeiro decreto, visto ser o diploma base para os restantes regulamentos que se prendem com a matéria em apreço.

Desta feita, seria construído um edifício que compreenderia os serviços de psiquiatria, sendo em Lisboa junto do Hospital Júlio de Matos, funcionando em pavilhões próprios — sempre com divisão por sexos —, envolvendo secções de crianças e pensionistas, consultas de oftalmologia, otorrinolaringologista, estomatologia e serviço de laboratório. Por outro lado, a observação, classificação ou estudos de doentes mentais menores era da competência do Instituto António Aurélio da Costa Ferreira.

No que toca aos asilos, foi destinado o asilo Miguel Bombarda para todos os modos de manifestar enfermidades psíquicas, funcionando, no mesmo, serviços destinados a doentes tranquilos, agitados, inválidos e crianças. Caso o doente também apresentasse patologia de doença infecciosa, seria reencaminhado para o respetivo serviço do Hospital Júlio de Matos. Tanto o serviço médico como o de enfermagem dos dois organismos citados seriam assegurados por pessoal especializado.

Com vista ao aperfeiçoamento da Assistência Psiquiátrica, de modo a garantir o equilíbrio mental a toda a população portuguesa, foi criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica, pelo Decreto-lei n.º 41759 de 25 de julho de 1958. Desta feita, o instituto foi incumbido de todas as responsabilidades dos organismos psiquiátricos, bem como a sua fiscalização, sendo aditado um novo organismo, as brigadas móveis. Estas, sempre na dependência e organização dos dispensários centrais ou regionais, garantiam o socorro direto da população, exercendo também uma ação preventiva.

Era da competência deste organismo, “orientar, coordenar, e fiscalizar a ação profilática, terapêutica e pedagógica, no combate às doenças e anomalias mentais, criar e manter estabelecimentos e serviços necessários, à observação, vigilância e tratamentos mentais dos doentes” (Decreto-lei n.º 41759, 1958, artº.4º).

Posto a explicação legislativa, decorridos três anos da publicação da lei de bases, estudos estatísticos — Publicados no *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, de 1949 da página 285 a 288 — revelam que o País dispunha de 15 dispensários na zona sul, 10 na zona centro e 7 na zona norte. Tendo em consideração o Hospital Conde Ferreira, a evolução apresentando-se extremamente positiva, visto que o número de curados aumentou de 1, em 1940 para 10 em 1947, numa relação de 376 doentes no primeiro ano apresentado e 408 doentes no último ano apresentado. Como refere o estudo:

Em 8 anos saíram do Hospital Conde Ferreira, 100 doentes, dos quais 23 curados, 38 melhorados e 39 no mesmo estado. No mesmo período faleceram no referido Hospital 182 doentes. A situação mudou. No primeiro trimestre do corrente ano o número de doentes que tiveram alta por cura clínica e por terem melhorado foi de 16, não excedendo a quarta parte o número de óbitos. (Negreiros, 1949, p. 286)

Os números são a resposta da conclusão extraída. Sem dúvida, que a promulgação de todos estes diplomas e a estipulação de um novo modelo sanitário a nível mental, contribuiu para “limar” algumas arestas do estado de saúde português na época. Desta forma, a saúde mental passou a estar plasmada como um direito abrangido no campo de ação da saúde, ainda que, a sua eficácia esteja no circuito fiscalizador e coordenador da Assistência Pública, justificada pelo facto de não existir, ainda, uma verdadeira separação destas duas concepções.

Por ora, o Governo submeteu à Assembleia Nacional a proposta de reorganização da assistência hospitalar, que incitou à publicação da lei n.º 2011 de 2 de abril de 1946, analisada *infra*.

2.5. Discussão Hospitalar: Criação e Organização Estrutural

Durante a submissão da Direção-Geral de Saúde em relação ao Ministério do Interior, muito pouco se criou e modificou no âmbito hospitalar. No entanto, várias foram as discussões da Assembleia Nacional sobre a possível organização nacional dos hospitais, facilitando, assim, a intervenção pública nesta matéria. No dia 6 de julho de 1945, os deputados da Assembleia Nacional reuniram-se em sessão extraordinária — *sessão n.º 187* — para deliberar, entre outros assuntos, a reorganização dos serviços hospitalares, cujo discurso ficou incumbido ao Sr. Deputado Rocha Páris. Desta feita, revelou-se que o Governo, naquele momento, enfrentava um grave problema da reorganização e reestruturação dos serviços hospitalares, onde operavam, a três comissões criadas pelo Ministério do Interior e das Obras Públicas e Comunicações, para o estudo dos hospitais centrais existentes (Lisboa, Porto e Coimbra), a rede de hospitais gerais e a rede de hospitais para tuberculosos. Já várias obras tinham sido feitas, como a criação das Colónias Agrícolas para Alienados em Coimbra, os Sanatórios para tuberculosos em Viseu e no Porto, entre outros. Desta forma, a reorganização dos hospitais, “representará um dos maiores títulos da glória do Governo do Estado Corporativo” (Diário das Sessões n.º 190, 1945, p. 758).

Por conseguinte, assiste-se em todo o discurso parlamentar uma certa exaltação da suposta perfeição do Estado Novo e, por consequência, do Estado Corporativo. É de ressaltar, que esta reorganização não estava só dependente do Subsecretário da Saúde, mas, sobretudo, do Subsecretário da Assistência, sendo o tema em análise, uma preocupação já exposta na Lei de Bases da Assistência n.º 1998, de 15 de maio de 1944. Por outro lado, o investimento realizado para esta obra foi, como refere o Sr. Deputado “sem dúvida, despesa abençoada por Deus!” (Diário das Sessões n.º 190, 1945, p. 759).

Todavia, na mesma discussão, analisa-se o problema concreto de Viana do Castelo, que como sendo uma capital de distrito, apresentava insuficiência hospitalar, isto é, o número de camas disponíveis era muito inferior ao previsto por lei, sendo uma questão urgente a ser resolvida.

Desta feita, a 2 de abril de 1946 foi publicada a Lei n.º 2011, que estipulava as bases da organização hospitalar efetiva no território nacional continental. Por conseguinte, o País foi dividido, em princípio, em zonas — norte com sede no Porto, centro com sede em Coimbra e sul com sede em Lisboa —, regiões — a capital de distrito seria a sede da região — e sub-regiões — divisão das regiões, podendo corresponder a um ou mais concelhos. As ilhas adjacentes ficavam incluídas na zona sul, mas na ilha da Madeira e Açores ter-se-iam em consideração condições particulares do meio, existindo uma certa descentralização. No entanto, a organização hospitalar de doenças mentais, leprosa, cancerosas e tuberculosa seria realizada de forma especial.³⁶ Conclui-se que a divisão estabelecida pela lei contribuiu para a regionalização do País.

Em cada zona foram concebidos,

- a) Hospitais centrais, regionais e sub-regionais;
- b) Postos de consulta e socorros;
- c) Centros de convalescença e de readaptação;
- d) Hospícios;
- e) Brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes. (Lei n.º 2011, 1946, Base VI, 1)

Os Hospitais centrais de Lisboa, Coimbra e Porto tinham, entre outras, a função de garantir a assistência da respetiva região, atendendo os casos clínicos não atendíveis pelos hospitais regionais e o exercício de formação sanitária dos centros universitários correspondentes. Os hospitais regionais, tinham como principal função garantir a” assistência médica e cirúrgica, os socorros de urgência e a clínica das especialidades que os seus meios lhes permitam” (Lei n.º 2011, 1946, Base VIII, 1). Já os hospitais sub-regionais destinavam-se a assegurar a assistência médica e cirúrgica, na sua sub-região, tendo em consideração os seus meios. Os postos de consulta tinham como principal objetivo a con-

³⁶ A organização hospitalar de doentes mentais, pela sua importância e complexidade foi analisada *supra*.

sulta externa, tratamentos e internamentos de doentes que não podiam receber esse tratamento em casa ou em regime de ambulatório. As brigadas móveis destinavam-se ao auxílio dos doentes e sinistrados das povoações, que pela distância não conseguiam dirigir-se ao hospital respetivo com facilidade.

Por conseguinte, os encargos da assistência hospitalar eram da competência do Estado e eram custeados em regime de cooperação, caso existisse outra entidade envolvida. Foi criada a Comissão de Construções Hospitalares competindo-lhe organizar os programas de construção, escolher os terrenos e prédios necessários, promover a elaboração de projetos, dirigir e assegurar o pagamento de despesas.

Em contrapartida, o Governo determinou as condições necessárias para a obtenção do título de médico especialista, sendo o corpo clínico dos hospitais centrais e regionais obtido por meio de concurso. Por sua vez, “o Estado prestará auxílio às iniciativas particulares que se proponham preparar enfermeiras, assistentes, visitadoras e outros agentes do serviço social” (Lei n.º 2011, 1946, Base XXV).

Paralelamente, o Decreto n.º 36600, de 22 de novembro de 1947 estipulou a divisão do território de Portugal Continental, arquipélago da Madeira e dos Açores para fins hospitalares. Desta forma, além da divisão tripartida de zonas, foram criadas 23 regiões que englobavam as respetivas sub-regiões. No entanto, as freguesias poderiam ser incluídas em sub-regiões diferentes a que fazem parte pela administração política, podendo, também, ser transferidas.

Por último, o hospital central correspondente à zona norte era o Hospital Santo António, da Santa Casa de Misericórdia do Porto, da zona centro o Hospital da Universidade de Coimbra e da zona sul os Hospitais centrais de Lisboa e o Hospital Santa Marta.

Consequentemente, o Decreto-lei n.º 39805, de 4 de setembro de 1954, determinou a responsabilidade pelo doente em caso de internamento. O projeto do decreto em apreço foi apresentado pelo Governo à Câmara Corporativa a 28 de janeiro de 1954, como Projeto de decreto-lei n.º 500. No mesmo, foram apresentadas as razões que levavam a uma modificação da responsabilidade pelos encargos hospitalares do doente, ou seja, quem tinha a obrigação de pagamento, realizando uma revisão à Base XXI da Lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944. Desta forma, pretendia-se eliminar a menção de responsabilidade dos organismos corporativos, e a aprovação do financiamento por parte do Estado, no plano mais amplo de subsídios, não respondendo de forma direta à responsabilidade de pagamento, no caso dos responsáveis primários não exercerem o seu dever. Por outro lado, esta revisão dever-se-ia ao facto da rede hospitalar se apresentar cada vez mais

densa, aplicando-se um regime de responsabilização às Câmaras Municipais, de forma a igualar o limite de responsabilidade para todos estes organismos, aplicando o princípio de justiça que não estava a ser cumprido no que toca à Câmara de Lisboa e do Porto, com responsabilidades acrescidas. Em consequência, e segundo o Parecer da Câmara Corporativa, pretendia-se determinar que a responsabilidade destes organismos seria “limitada a seis meses nos casos de internamento de doentes”, e poderia,” nos quinze dias seguintes, impugnar a sua responsabilidade pelos encargos de assistência a prestar” (Atas da Câmara Corporativa n.º 4, 1954, p. 124).

Todavia, no dia 24 de março do mesmo ano, foi elaborado o Parecer n.º 8/VI, do projeto de decreto-lei n.º 500, pela Câmara Corporativa. Na apreciação na generalidade, os problemas verificados prendiam-se com as normas que regulavam a classificação dos assistidos e as de regulamentação dos internamentos. Desta feita, ficavam excluídos de responsabilidade “os parentes além dos irmãos, os responsáveis pelo nascimento dos filhos ilegítimos, os organismos corporativos e, em forma direta, o Estado. Ficam sujeitos a ela os cônjuges dos assistidos e as pessoas que, segundo os princípios gerais, sejam responsáveis pela consequência do facto determinante da assistência” (Atas da Câmara Corporativa n.º 13, 1954, p. 176). Na mesma linha de pensamento, a saúde foi entendida, como um valor pessoal, cuja perda acarreta a sua procura. Já a assistência cessar-se-ia, quando o suposto assistido não se apresenta necessidade de amparo. Nesta linha, o indivíduo deve ser entendido como um membro de uma família, e esta sim, apresenta-se como a célula base da vida em comunidade, sendo responsável, em primeira linha, pelas despesas efetuadas no tratamento do membro doente. Desta forma, se o doente não apresentasse condições financeiras para satisfazer as suas necessidades sanitárias, então, em primeira linha responderia o cônjuge ou os parentes sujeitos à obrigação de alimentos, dentro dos limites impostos pelo art.º 171º do Código Civil em vigor à época. Caso esta responsabilidade não pudesse ser colocada em prática, então responderia a Câmara Municipal à questão. No entanto, é neste patamar que se colocam os mais variados entraves. Ora, a responsabilidade das Câmaras constituía um encargo enorme para as mesmas. De ano para ano, o número de internados tendia a aumentar, e as possibilidades da população, como é do conhecimento geral, eram deficitárias. Por esta razão, as Câmaras seriam as entidades mais responsabilizadas nestes casos, fazendo com que as suas receitas fossem canalizadas para o pagamento destes serviços. Por conseguinte, era evidente os encargos superiores das Câmaras de Lisboa e do Porto, relativamente às restantes, não fazendo *jus* ao Princípio de Justiça, como já foi analisado *supra*. Por outro lado, a retirada do Estado

da responsabilidade direta é uma alteração meramente formal para este órgão de soberania, pois não podendo acarretar com todas as responsabilidades, as instituições servir-se-iam dos subsídios prestados pelo Estado para reputar as medidas necessárias, passando o Estado de responsável direto, para indireto, somente.

No entanto, no exame na especialidade, foi aceite que a responsabilidade das Câmaras Municipais no caso de internamento psiquiátrico seria de seis meses, no entanto, era importante estabelecer o destino desses doentes findo o prazo. O prazo de impugnação por parte do município era de quinze dias, como foi referido *supra*, todavia, os deputados da Câmara Corporativa julgavam o prazo bastante curto, a ser ampliado para o dobro no mínimo, ou seja, 30 dias.

Em termos gerais, a Câmara Corporativa concedeu parecer favorável, na generalidade, mas expõe algumas modificações.

Finalmente, o Decreto-lei foi publicado em 4 de setembro de 1954, sendo projetado de forma a tornar mais eficaz a responsabilidade em caso de internamento e as formas de solidariedade familiar. Esta organização tinha em consideração o facto de todos os anos o número de doentes internados aumentar. Por outro lado, a maioria dos encargos eram suportados pelas Misericórdias, pelo Estado e pelas Câmaras Municipais. Por estas razões, tornar-se-ia imperativo inverter esta situação, distribuindo, de forma igualitária, os encargos e perceber quem de facto detinha responsabilidades neste âmbito. Como refere o diploma, no que toca à questão das Câmaras Municipais:

Nos termos do n.º 7º do artigo 751º do Código Administrativo, a responsabilidade das Câmaras circunscrevia-se às despesas de tratamento e de transporte relativas a doentes admitidos nos Hospitais Cíveis de Lisboa, Hospital Escolar, Hospital Santo António, do Porto, Hospital da Universidade de Coimbra, Maternidade Doutor Alfredo da Costa, Instituto de Oncologia e Instituto de Oftalmologia Doutor Gama Pinto. (Decreto-lei n.º 39805, 1954, preâmbulo)

Desta forma, podemos concluir que as Câmaras Municipais só eram responsáveis pelas despesas de tratamento e transportes relativas aos doentes da sua circunscrição, que pela falta de meios do hospital sub-regional e regional ou pela gravidade da doença em causa, em termos gerais.

Consequentemente, é determinado que a responsabilidade pelos encargos de assistência obedece à seguinte ordem:

1. Aos próprios assistidos ou, se forem menores sujeitos ao pátrio poder, a seus pais;
2. Ao cônjuge e aos parentes sujeitos à obrigação de alimentos;
3. Aos municípios, em relação aos assistidos indigentes e pobres com domicílio de socorro nos respectivos concelhos;
4. Às instituições que houverem prestado a assistência, pelos seus fundos e receitas. (Decreto-lei n.º 39805, 1954, art.º 1.º)

No entanto, a responsabilidade do cônjuge terminava quando a conduta do doente se mostrasse indigna e imoral a receber alimentos. A responsabilidade dos municípios foi limitada em 6 meses de internamento de doentes mentais e só decorridos 3 anos é que o doente poderia ser internado novamente. Todavia, a assistência prestada às pessoas com tuberculose, leprosos e demais doenças contagiosas, estava sujeita a um regime especial. A cooperação do Estado era realizada sob a forma de dotações orçamentais e subsídios.

O valor diário de cada estabelecimento hospitalar era fixado pelo Ministério do Interior, de forma periódica. Os assistidos mais pobres seriam classificados por escalões, tendo em consideração o seu rendimento familiar. Os municípios só pagariam uma percentagem de 25%, 30% ou 40% tendo em consideração um hospital sub-regional, regional ou central respetivamente³⁷. No entanto, o Ministério do Interior, de acordo com a situação financeira do município e da entidade ou Misericórdia que opera na região, poderia aumentar a percentagem para 50%.

No tocante à admissão hospitalar, poderia ser ordinária ou de urgência. No caso da primeira, existia uma organização do respetivo processo do doente, na segunda pelo estado grave que o doente se encontrava ou pelo perigo de contágio que incorria, a hospitalização era imediata, ou seja, sem organização processual prévio. No caso desta última, a admissão teria de ser submetida à direção ou entidade competente no prazo de vinte e

³⁷ Redação atribuída Decreto-lei n.º 43754, de 24 de julho de 1961, *Diário do Governo*, I Série. Todavia, o mesmo diploma irá revogar algumas disposições na Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946 e no Decreto n.º 36600, de 22 de julho de 1947. Desta forma, sempre que fosse imprescindível, os hospitais sub-regionais funcionariam como extensão dos hospitais regionais, demandados por portaria do Ministério da Saúde e Assistência — aquando da publicação do diploma já existia este Ministério, tendo sido criado em 1958. A extensão ou apoio podia ser limitado aos serviços pretendidos.

quatro horas, e se admitida, comunicada no prazo de oito dias seguidos à Câmara Municipal do domicílio. A mesma, tinha 30 dias seguidos para impugnar a admissão.

Todavia, a divisão territorial do plano hospitalar, a nível prático, não sortiu os efeitos espectáveis. Desde logo, os hospitais sub-regionais foram criados em locais e números desproporcionados e os hospitais regionais com instalações reduzidas, faziam com que a população se dirigisse aos hospitais centrais para questões de gravidade reduzida. Esta população não deveria ser socorrida pelos hospitais centrais, visto que os hospitais hierarquicamente inferiores tinham função de triagem, mas devido à falta de planeamento esse momento não era possível. Desta forma, o Estado economizava em situações de importância galopante e gastava em momentos de importância reduzida, concluindo que não existia uma eficiente e eficaz programação e estudo de investimento de capital.

2.6. Caracterização Geral

Em suma, vários foram os esforços por parte do Estado Novo para garantir, pelo menos, os socorros mais urgentes a todas as pessoas, especialmente à população com maiores dificuldades e, por isso, mais dependentes da assistência estadual.

Desta feita, é possível compreender certa preocupação estadual com a saúde pública, isto é, a aplicação de conhecimentos (médicos ou não), com o objetivo de organizar sistemas e serviços de saúde, controlar a incidência de doenças nas populações através de ações de vigilância e intervenções governamentais³⁸, numa perspetiva, por assim dizer, mais preventiva, deixando à margem, as preocupações curativas e terapêuticas, ou seja, a esfera privada, tendo em conta a panóplia de documentos legislativos sobre esta matéria. No início da década de 20 “a mortalidade vai de foz em fora — em Lisboa e Porto atinge o dobro e o triplo da de Londres” (Correia, F.d, 1953, p. 12). Em contrapartida, inicia-se em 1929, por intervenção e pressão dos subdelegados de saúde a inspeção de matadouros, mercados, a criação de escolas, hospitais, maternidades, rede de esgotos, vias de comunicação e transportes, desenvolvimento de um potencial fornecimento de energia elétrica, entre outros. Por este motivo, o Estado começa a criar modelos de intervenção corporativa no âmbito da saúde, criando formas de Previdência, que tinham como objetivo o auxílio

³⁸ Esta é a definição tradicional, mas que foi seguida até à implantação da democracia em Portugal (1974). Atualmente, saúde pública é, pelas palavras de Kickbusch “...a ciência e a arte de promover saúde (...), com base no entendimento de que a saúde é um processo que envolve o bem-estar social, mental, espiritual e físico. A Saúde Pública intervém com base no conhecimento de que a saúde é um recurso fundamental do indivíduo, da comunidade e da sociedade como um todo e que deve ser sustentada por um forte investimento nas condições de vida que criam, mantêm e protegem a saúde.” Ver <http://www.arsnorte.min-saude.pt/saude-publica/>.

dos contribuintes das mesmas em situação de desemprego, velhice, invalidez e doença. Este ponto, faz-nos concluir que os trabalhadores tinham algum tipo de apoio em caso de doença, porém, os indigentes e a restante população que não se enquadravam nos “modelos” existentes ficavam à mercê da proteção prestada pelas Misericórdias, como instituição privada.

Por outro lado, é de salientar a excessiva centralidade do Estado. Este detinha o controlo de toda a sociedade e dos órgãos que a compunham, porém, no tema em análise, não adotavam medidas concretas e eficazes para tornar a saúde eficiente. Seria necessário criar um organismo próprio que tivesse como principal interesse, as concretizações sanitárias e responder em tempo útil as necessidades da população. Esta “vitória” só foi conseguida em 1958, todavia contendo também a assistência, no mesmo ministério. Consequentemente, foi criada, em sintonia com outras matérias, a polícia sanitária que tinha como principal objetivo a fiscalização social no âmbito da saúde pública. De facto, esta vigilância teve a sua importância, mas era necessário mais e de forma mais célere.

Por conseguinte, é visível a importância atribuída à educação sanitária declarada por grande parte dos médicos portugueses, contribuindo para o desenvolvimento da Saúde Pública e autonomização da mesma no curso de medicina das diversas Universidades Portuguesas.

Consequentemente, como refere o Doutor José Alberto de Faria, citado pelo Doutor Fernando da Silva Correia,

Passados 25 anos sobre essas minhas propostas ao Governo, quando não havia qualquer incentivo, o mais modesto que fosse, para instituir ou auxiliar a montagem duma instalação de águas ou de uma drenagem de esgotos nas várias terras portuguesas verifica-se hoje que raríssimos serão os concelhos onde não estejam efetuados trabalhos dessa ordem, de maneira muito razoável no ponto de vista da técnica e da economia pública e privada. Foi verdadeiramente estonteadora a velocidade com que se chegou a tão relativo estado de perfeição. Acompanhámos, seguimos e colaborámos, como pudemos, na intensa e extensa aplicação de atividades que o Ministério das Obras Públicas desenvolveu duma maneira ingente, magnífica, que se impôs à consciência de todos os portugueses. (Correia, F.d, 1953, p. 14)

Por outro lado, todos os ministros louvavam os desenvolvimentos levados a cabo pelo Governo do Estado Novo, considerando, na base da propaganda salazarista,

(...) a experiência realizada pelo Doutor Oliveira Salazar é muito mais séria do que julga quem só a avalia pelos êxitos que dependem da mera publicidade, a que o Presidente do Conselho tem tanto horror, pois não pode conformar-se que confundam com os que apenas buscam a popularidade procurada, bem diferente da sua, pois esta se funda no exame de consciência sereno e severo do dever cumprido, com horizontes mais elevados e nobres do que os dos que os limitam às simples vaidades humanas. (Correia, F.d, 1953, p. 17)

Não obstante, na minha opinião a população portuguesa, no fim da década de 50, não tinha à sua disposição uma rede hospitalar perfeita, como o Governo queria transparecer para a cena internacional. A taxa de mortalidade tendia a apresentar-se elevada e a questão das doenças contagiosas, como a tuberculose, lepra e sífilis ainda não estava solucionada com a eficácia pretendida.

Capítulo 3 — Influência da Organização Mundial de Saúde na Estrutura Sanitária do Estado Novo

Após o insucesso inicial de Portugal na adesão à ONU devido à manutenção do império colonial e ao veto da URSS, eis que no ano de 1955, Portugal, e mais 15 países, aderem a esta organização.

Não obstante, Portugal adere à OMS, em 1947, ou seja, antes da sua candidatura ser aceite pela Assembleia Geral da ONU. Este facto prende-se com a possibilidade de adesão a agências especializadas de Estados não-membros da ONU, como é prova o art.º 3º *a contrario* da Constituição da OMS.

Esta mesma Constituição consagrou, pela primeira vez, a definição de saúde, tendo em consideração a sua perspetiva positiva e negativa, como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doenças ou de enfermidade³⁹” (Carta de Confirmação e Ratificação da Constituição da Organização Mundial de Saúde, 1948, preâmbulo). Na mesma, caracterizou o direito à saúde como um direito fundamental de todo e qualquer Ser Humano. A função do médico seria procurar dominar “ou pelo menos aliviar o sofrimento, seja por meios terapêuticos, seja, não poucas vezes, pelo ascendente moral que envolve a figura do verdadeiro médico em auréola de prestígio que comunica à sua simples presença a virtude de trazer calma e conforto a espíritos desasossegados” (Travassos A. d., 1950, p. 83). No entanto, de acordo com a conceção do Professor Edward Grzegorewsky e pelas palavras de Miller Guerra,

(...) a caracterização genética da saúde é muito complexa, sendo o critério subjetivo “bem-estar”, que está na base do conceito da Organização Mundial de Saúde, insuficiente para a definir, porquanto, “se o nem estar físico e mental são difíceis de utilizar para esse fim, muito mais o é ainda o bem-estar social, pois ele depende de múltiplos fatores que só longinquamente têm relação com a saúde”. (Guerra, 1960, p. 8;20)

³⁹ A saúde não deve ser encarada, somente, de forma preventiva, mas também curativa e terapêutica.

Porém, é de ressaltar que a saúde proporciona ao indivíduo a sensação de bem-estar físico, liberdade e otimismo, sendo incompatível com a doença, e deve ser garantido independentemente de ser trabalhador ou não, pois todos estão sujeitos à doença, sem especificação de classes.

Por conseguinte, o diploma referido foi aprovado pelo Governo e ordenada a sua ratificação pelo Decreto-lei n.º 36406, de 10 de julho de 1947, publicado pelo *Diário do Governo*. No entanto, esse mesmo direito nunca foi aditado à Constituição de 1933, sob a forma de revisão.

A organização tem como fim promover a saúde de todos os cidadãos dos Estados-Membros, em especial, a criança e mãe — puericultura —, como proclamado na conferência realizada em junho e julho de 1946, em Nova Iorque, à qual assistiu o Professor Cambournac, como representante de Portugal, alertando para o facto de “o desenvolvimento normal da criança é duma importância fundamental; a aptidão para viver adaptado a um meio em plena transformação é essencial a esse desenvolvimento” (“Organização Mundial de Saúde — Os seus princípios”, 1947, p. 80), promover o melhoramento das condições de higiene, segurança no trabalho, estimular o aperfeiçoamento das condições para por fim a doenças epidémicas, endémicas caso existam, cooperar com os grupos científicos e profissionais de forma a desenvolver os estados de saúde, ampliar estudos e estatísticas, entre outros. Desta forma, caberia aos Governos garantir o cumprimento deste Direito, delineando todas as medidas sanitárias e sociais apropriadas para este fim.

Porém, a alínea *c* e *d* do art.º 2.º da Constituição da OMS de 1946 levantam algumas dúvidas. Em primeiro lugar, pelo corpo da lei, retira-se a conclusão de que a OMS só auxilia os Estados, caso os Governos assim o pedirem, e em segundo lugar, o fornecimento de assistência técnica adequada só é enviada caso seja solicitada ou consentida pelos Governos dos Estados-membros. Desta forma, concluímos que a OMS só interviria nestes domínios caso a vontade fosse partilhada também com o Governo do País em questão, não apresentado autonomia para intervir⁴⁰.

Em primeira linha, foi publicada a Portaria n.º 13748, de 23 de novembro de 1951, a fim da adoção de nomenclaturas de doenças e causas de morte, fazendo que tais situações fossem entendíveis em qualquer parte do mundo e por qualquer médico, permitindo a uniformização médica. As mesmas foram publicadas pelo Regulamento n.º 1 da OMS,

⁴⁰ É esta a realidade de todas as organizações internacionais. É de ressaltar que nenhum Estado pretende, com a adesão a uma organização, perder a sua soberania. Desta forma, a intervenção da instituição ocorre, só e só se, for solicitada pelo Estado-Membro, sendo condição *sine qua non* para a anuência do mesmo.

que só seria aprovado por Portugal mais de dois anos depois. Por outro lado, na Portaria n.º 14252, de 9 de fevereiro de 1953, mandava que fossem aplicados os modelos de impressos em todos os casos relatados pelo Regulamento Sanitário n.º 2, da OMS — certificado de desratização ou de isenção de desratização e certificado de vacinação ou revacinação de certas doenças contagiosas, como a febre-amarela, cólera e varíola.

Por conseguinte, foi aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde o Regulamento n.º 1 da OMS, relativo à nomenclatura de doenças e causas de morte e o Regulamento n.º 2 da OMS, sob a designação de Regulamento Sanitário Internacional, em 1948 e 1951 respetivamente. No entanto, a ratificação por parte de Portugal foi realizada para o Regulamento n.º 1 em 1954, por ordem do Decreto n.º 39721, de 3 de julho de 1954, e para o Regulamento n.º 2 em 1953, por disposição do Decreto n.º 39193, de 2 de maio de 1953, ratificando, desta forma, em primeiro lugar o n.º 2 e depois o n.º 1⁴¹.

Por outro lado, o Regulamento n.º 1 apresentou uma lista onde classifica todas as doenças até então conhecidas, numerando-as. Foi definido que todos os Estados-Membros estavam abrangidos pelo regulamento, salvo se notificassem o diretor-geral da organização da sua recusa. Já o Regulamento n.º 2, numa primeira parte, definia uma panóplia de conceitos, a fim de atingir um consenso face a todos os Estados-Membro, de modo a facilitar a comunicação entre os mesmos. São exemplos disso, o conceito de “administração sanitária”, “foco”, “isolamento”, “época de peregrinação”. Ficou definido a obrigação de notificação da autoridade sanitária caso se verificasse um surto epidémico, apresentando, o mesmo regulamento, uma série de formalidade e procedimentos a adotar caso o surto ocorra. De seguida, apresentou um conjunto de procedimento a serem aplicados pelos portos de chegada e de partida, transporte internacional de mercadorias, bagagens e correio, bem como, a situações de peregrinação. Evidencia a importância e a forma como deveria ser promovida a quarentena em caso de doenças infecciosas, como a varíola, tifo, cólera, entre outras. Por outro lado, o Decreto-Lei n.º 41304, de 1 de outubro de 1957, ordenava ratificar, por aprovação do Governo, o Regulamento Adicional de 1953, elaborado na 9ª Assembleia Mundial de Saúde, a fim de alterar as disposições do Regulamento n.º 2 referentes ao modelo de certificação da vacinação ou revacinação contra a varíola.

Todavia, todos os diplomas referentes ao Regulamento n.º 2, inclusive o Decreto-lei que ordenava a sua ratificação, foram revogados pelo Decreto-Lei n.º 299/71, de 13 de

⁴¹ Concluo que este desfasamento de datas se reporta à maior importância atribuída ao Regulamento n.º 2, face ao Regulamento n.º 1.

julho, que determinou uma nova redação deste regulamento, aprovado em Boston, pela XXII Assembleia Mundial de Saúde em 25 de julho de 1969. Desta feita, foram definidos novos conceitos técnicos mais modernos, como “bomba aerossol”, “caso transferido”, “contentor”, “isolamento”, “zona infetada” que substituiu o conceito de circunscrição, entre outras. A nível geral, atentou-se a uma modernização das nomenclaturas e ações de prevenção do contágio das várias doenças contagiosas — peste, cólera, febre amarela e varíola. Atribuiu-se prioridade às comunicações realizadas pelas administrações sanitárias para a organização, pela urgência de informação de algum foco de propagação. O tifo foi excluído do leque de doenças emanadas pelo regulamento, devido à diminuição de zonas infetadas e pelo controlo, na década de 70, da propagação desta doença.

É de salvaguardar que por força do artº.109º n.º 2 da Constituição Política Portuguesa de 1933⁴², a aplicabilidade do tratado ou convecção internacional não é direta, terá sempre de ser aprovada pelo Governo, sendo esta uma competência do mesmo⁴³.

Com a ratificação dos presentes regulamentos, o Estado ficou obrigado a seguir todos os seus trâmites, contribuindo para a melhoria do estado de saúde no País, bem como, o desenvolvimento positivo da saúde, a nível mundial, devido à comunicação, pelo menos, dos Estados-Membros. Desta feita, todos os conhecimentos que permitiram desenvolver soluções para o combate de doenças epidémicas eram reportados a todos os Estados, a fim de combater, de forma eficiente, as mesmas.

Em contrapartida, a 8 a 13 de dezembro de 1952, foi realizada uma conferência em Nancy, França, sobre o ensino de Higiene, da medicina preventiva e da medicina social aos estudantes de Medicina, organizada pela OMS. É conclusivo o reconhecimento que a maioria dos futuros médicos se dedicariam à medicina geral, sendo de máxima importância uma formação mais equilibrada. Para tal, seria necessária a criação de um curso breve de Introdução à Medicina durante o primeiro ano de estudos, lecionação da Higiene e da Medicina Preventiva e Social, nos anos seguintes, sendo estes, adaptados ao local onde a lecionação fosse realizada e às necessidades urgentes da população local ou nacional. É de importância superior, a inter-relação do ensino às situações e aos casos clínicos correntes.

Na conferência em apreço, esteve presente o Professor de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, António Meliço Silvestre. O mesmo

⁴² Nova redação da Constituição Política da República Portuguesa, atribuída pela Lei n.º 2009, de 17 de setembro de 1945, do *Diário do Governo*, Série I.

⁴³ É notória a superioridade atribuída ao Governo em função da Assembleia Nacional durante o período do Estado Novo, comparativamente ao que sucede nos nossos dias.

reconheceu que nas últimas décadas ocorreram modificações profundas na mentalidade de todos os povos, que permitiu o reconhecimento irrefutável do direito à saúde a todo o Ser Humano. Desta forma, todas as conferências que tinham como matéria principal a saúde, não se poderiam remeter ao simples aspeto curativo. A saúde era muito mais do que isso, pois “a formação do médico do nosso tempo exige mais do que nunca desenvolvimento do espírito preventivo e social” (Silvestre, 1952, p. 298). Em contrapartida, as sugestões enviadas por Portugal à OMS foram aplaudidas pelos representantes na Conferência.

Várias considerações foram retidas. No momento da conferência, em Inglaterra não existia, em nenhuma faculdade de medicina, a cadeira de medicina social e preventiva como disciplina autónoma, entendendo, desta forma os ingleses que esta matéria não deve ser abordada de forma individualizada. Em França, a Medicina Social desenvolveu-se de forma favorável, devido ao Professor Parisot, titular da cadeira de Higiene e Medicina Social. Na Alemanha estas questões eram aprofundadas em clínicas especializadas, tendo em consideração as condições específicas de cada doente. Todavia, o ensino português encontrava-se ainda muito pouco desenvolvido nesta área. Os médicos ainda eram preparados de forma antiquada, não atendendo às necessidades e desenvolvimentos atuais. Era necessário reestruturar o ensino médico de modo a inserir a temática médico-social. “Os problemas da tuberculose, da proteção materna e infantil, a sífilis, da lepra, da diabetes, da higiene mental, até então encarados apenas sob o ponto de vista clínico, passaram a ser tratados também sob o ponto de vista médico-social” (Silvestre, 1952, p. 302). Era exigível ao nosso Governo reestruturar o ensino sanitário de acordo com as diretrizes elencadas na Conferência de Nancy, de modo a que a Europa Ocidental reconheça, a uma só voz, todas as vertentes do mais recente direito à saúde.

Finalmente, a 4 de abril de 1970 foi publicado o Decreto-lei n.º 138, que aprovava, para ratificação, o novo Regulamento da OMS elaborado pela 8ª revisão internacional de 1969, dedicado à classificação una das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte. No mesmo ano foi notificada uma epidemia de cólera que assombrou países como a Checoslováquia, Turquia, ex-URSS e casos, considerados isolados, em França e Inglaterra. Um ano depois, a epidemia já se tinha alastrado até Portugal. Desta feita, o Comité Regional da OMS reuniu-se em Madrid, em setembro de 1971, para planear estratégias de combate a esta doença, com colaboração de todos os Estados-Membros. Assim, foi declarada, uma vez mais, a importância da vacinação, limitaram-se as viagens e as importações de bens

alimentares. Por outro lado, a falta de notificação ou o atraso das mesmas e medidas excessivas de circulação de pessoas e mercadorias, fragilizou o mecanismo de apoio a países epidémicos e causou dificuldades às companhias aéreas e outros organismos. No entanto, estas medidas não foram eficazes, tendo em conta o panorama avassalador, sendo da máxima importância impor medidas sociais para abrandar a propagação da enfermidade, como a criação de saneamento, abastecimento de água, higiene pessoal, tentando tornar o ambiente salubre e apto ao desenvolvimento humano. Desta forma, seria necessário criar mecanismos de apoio ao doente, como camas em hospitais, transportes, um sistema eficaz de vigilância e exames às condições pessoais e laborais da população. Por conseguinte, as águas superficiais e residuais deveriam, antes e depois do foco epidémico, sofrer exames bacteriológicos com o objetivo de detetar algum tipo de bactéria ou reaparição de cólera. Por fim, a Conferência do Comité Regional determinou que a OMS deveria ajudar “os países de Região Europeia a organizarem, para uma melhoria da luta contra a cólera, cursos de formação para quadros profissionais de todas as categorias, incluindo sanitaristas de diversos graus, pessoal de exploração de redes e estações de tratamento e outros agentes qualificados do saneamento do ambiente” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1972, p. 277).

Capítulo 4 — Novos Paradigmas do Estado e Estruturação Ministerial da Saúde

Após a criação do Ministério da Saúde e Assistência, várias foram as modificações e reformas realizadas no âmbito da saúde, visto que não existia um modelo sanitário apto para resolver os problemas de saúde existentes. O Plano Intercalar de Fomento⁴⁴ a ser aplicado de 1 de janeiro de 1965 a 31 de dezembro de 1967, promulgado pela Lei n.º 2123, de 14 de dezembro de 1964, já projetava a concretização de objetivos relacionados com a saúde, tanto no continente como nas ilhas adjacentes.

Em 1968, aquando do acidente de Oliveira Salazar, Marcelo Caetano torna-se, por nomeação, Presidente do Conselho de Ministros. Inicia-se uma vaga de entusiasmo de introdução de mudanças e desenvolvimento político, social e cultural do País. No entanto, a designada opinião pública, ou mais propriamente “opinião política de oposição” expunha o seu descredito face ao poder exercido, em todas as instituições políticas, pela União Nacional. Contudo, o período do Estado Novo deixa de se denominar de “salazarismo” para ser designado de “marcelismo”, que se afigurava como uma “Evolução na Continuidade”⁴⁵. No entanto, as alterações realmente verificaram-se no período de 1970 a 1972, com a constituição de um novo Governo em 15 de janeiro de 1970, nomeando, Marcelo Caetano, elementos bem informados, com visões diferentes dos membros tradicionais da Ação Nacional Popular (anterior União Nacional), mas considerados como tecnocratas. Todavia, manteve nos lugares de liderança pessoas da sua inteira confiança, visto que Marcelo Caetano entendia que o País necessitava de novas estruturas, mais evoluídas, permitindo atenuar o atraso face a outros países europeus, sendo este o caminho para o progresso e desenvolvimento.

No entanto, na década de 70 ainda não existia um serviço moderno de saúde. Com a remodelação ministerial ocorrida em janeiro de 1970, Marcelo Caetano convida para Ministro Coordenador das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência o

⁴⁴ Este Plano Intercalar tinha a durabilidade de três anos, ou seja, muito mais reduzido a nível temporal do que os Planos de Fomento, com durabilidade de cinco anos, devido às grandes incertezas financeiras, às dificuldades de unificação de mercados internacionais e à questão da tentativa de adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, atual União Europeia (Ferreira F. G., 1985).

⁴⁵ Esta seria a forma utilizada por Marcelo Caetano para satisfazer todas as pretensões políticas existentes. Por um lado, “evolução” para que os liberais acreditassem na boa vontade do Estado em alterar algumas realidades mais conservadoras e fascizantes, “continuidade” para acalmar as hostes mais conservadoras que viam, nesta revolução um perigo contra o Estado Novo.

Doutor Baltazar Rebelo de Sousa, iniciando-se um período de exigentes mudanças, caminhando desta forma para o que atualmente denominamos de segurança social e sistema nacional de saúde. Muito do que foi realizado após o 25 de abril de 1974, teve na sua base, estudos, estruturas e esquemas desenvolvidos no período de vigência deste ministério, mesmo contra vozes que muitas vezes contradizem estes factos.

Tabela 2: Índices comparativos a nível sanitário em janeiro de 1970

	Portugal	Suécia	Holanda	Espanha
Mortalidade infantil	59	12	13	25
Mortalidade materna	0,8	0,01	0,02	0,4
Esperança média de vida à nascença	67	74	74	70
Esperança de vida ao fim de 1 ano de idade	70	74	74	72

Nota: Adaptado de *15 Anos da História Recente de Portugal (1970-1984)*, Gonçalves Ferreira, 1985, p.280.

Face aos dados estatísticos fornecidos por Gonçalves Ferreira podemos concluir que Portugal face a países como a Suécia, Holanda e Espanha se encontrava muito pouco evoluído, apresentando uma esperança de vida à nascença inferior à dos países referidos e taxa de mortalidade infantil e adulta muito superior. É notório que a esperança média de vida ao fim de 1 ano de idade e esperança média de vida à nascença apresentam valores distintos, isto é, uma diferença de três anos, ocorrendo uma diferença similar somente com Espanha — dois países politicamente ditatoriais, em que o Estado intervém de forma minimalista no domínio social. No tocante à mortalidade infantil, são conclusas as disparidades entre a mortalidade infantil com menos de 1 ano de idade e entre 1 e 4 anos de idade, apresentando a primeira um valor de 59 e a segunda 3. Estes problemas prendem-se com o facto do nosso País apresentar medidas ineficazes e ineficientes no âmbito da saúde materno-infantil, mesmo com a panóplia de diplomas legislativos publicados até à data. Os indicadores de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias apresentam-se bastante elevadas, assim como a mortalidade por diarreias infantis — questão problemática já existente no início do Estado Novo —, assimetria dos meios urbanos e rurais no tocante à existência de médicos, entre outros.

Tabela 3: Taxas de mortalidade específica (por 100 000 habitantes) por algumas doenças evitáveis, de 1960 a 1972.

Doenças	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Febre tifoide	0,60	0,55	0,31	0,34	0,35	0,37	0,29	0,29	0,22	0,19	0,20	0,30
Gastroenterite e enterite	71,74	106,91	81,88	65,09	66,61	51,06	50,93	40,34	40,92	31,58	31,61	27,19
Tosse convulsa	0,70	0,56	1,20	0,99	1,02	0,39	0,78	0,43	0,25	0,12	0,15	0,28
Sarampo	1,35	4,61	2,97	1,95	2,72	2,11	2,22	2,00	2,61	1,36	2,85	2,30
Pneumonia e broncopneumonia	79,65	88,91	89,96	98,49	80,60	86,13	89,39	79,93	81,92	97,52	83,83	65,46
Infeções agudas das vias respiratórias	84,44	95,57	95,45	106,21	86,40	93,65	95,88	84,40	86,44	105,27	91,36	94,44
Infeções do parto e do puerpério	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,17
Doenças na gravidez, do parto e do estado puerperal	5,35	5,51	5,45	3,92	3,84	3,73	3,61	3,53	3,03	3,18	2,72	2,21
Certas doenças de primeira infância	74,47	77,03	70,25	58,98	57,73	51,70	51,03	49,23	47,59	46,87	43,47	25,49

Nota: Adaptado de *Doenças Evitáveis Dominantes (Situação em Portugal no início da década de 1970)*, de L. Cayolla da Motta & Margarida Moura Theias. 1974, p.90. © 1974 de Arquivo do Instituto Nacional de Saúde.

Por conseguinte, “a saúde da população, no sentido de ser vigiada, apoiada e melhorada, continuava a ser considerada pelos políticos e governantes como realidade secundária que não precisava de estar na primeira linha de pensamento” (Ferreira, F.G , 2015, p. 281), mesmo com as diretrizes e disposições da OMS ratificadas pelo Governo do Estado Novo. Também a OCDE, desde 1971 nas suas reuniões, em especial a reunião de Florença de 8 a 10 de novembro desse mesmo ano, tinha como objetivo discutir os novos modelos de cuidados de saúde, na matéria da prestação de serviços, planeamento e programação de atividades. Nesta medida, torna-se fundamental definir o conceito de Bem-Estar, conceção aclarada por Pedro Morais Barbosa no seu artigo sobre Política Nacional de Saúde em 1972, sendo uma característica intrínseca à pessoa humana, existente muito antes da própria criação do Estado, cuja manifestação apresenta-se como sendo individual e espontânea (Barbosa, 1972).

Com a maior intervenção por parte de vários Estados europeus no tocante à saúde e à assistência, o “problema da saúde” é entendido em várias vertentes, tendo relações fundamentais com a indústria, o urbanismo, a habitação, a poluição, entre outros, apresentando-se como um “pré-requisito essencial, e o mais básico, para que cada indivíduo possa realizar o seu papel de elemento ativo da comunidade” (Ferreira F. G., 1974, p. 13). Falta de saúde passou a ser considerado sinónimo de atraso, e Portugal vivenciava essa realidade. Os sistemas de saúde eram considerados as estruturas, que pela sua extensão, orientavam e vigiavam a saúde dos indivíduos e da coletividade, assegurando a eficácia das medidas técnicas e administrativas a serem colocadas em prática⁴⁶. Por outro lado, entende-se por sistemas de cuidados de saúde a totalidade de recursos que as populações reúnem na prestação de serviços de saúde, independentemente do tipo de cuidado previsto pelo Estado, podendo este ser, nacional, seguro ou pré-pagamento, cabendo ao futuro INSA realizar estudos e investigações para o desenvolvimento próximo de um novo sistema de saúde. Contudo, a saúde em todas as suas vertentes, reclamava, deste modo, a criação de um sistema unitário de cobertura geral, garantindo a universalidade e generalidade que caracteriza este mesmo direito fundamental. Pelas palavras de Pedro Morais Barbosa, “A Saúde não corresponde a estas características e o sistema de Previdência, que parcialmente a tem exercido, contraria-as em aspetos fundamentais” (Barbosa, 1974, p. 32). Estas são conceções defendidas e definidas no decorrer da década de 70, que deviam ser implementadas nos novos projetos sanitários e assistenciais.

Na década de 60 vários diplomas foram elaborados e aprovados, mas quase sempre sem consequências positivas. Desta feita, a 13 de abril de 1962, era criado o *Boletim do Ministério da Saúde e Assistência*, pelo Decreto-lei n.º 44277, apresentando como principal objetivo a divulgação de problemáticas doutrinárias e científicas relacionadas com os dois domínios acima expressos. Desta forma, o *Boletim dos Serviços de Saúde Pública* e o *Boletim da Assistência Social* seriam incorporados nesta nova criação.

Neste contexto, foram regulados os preços dos medicamentos e manipulações, pela Portaria n.º 19240, de 18 de junho de 1962. Como é espectável o diploma foi apreciado, numa primeira fase pela Comissão Permanente para a Elaboração e Revisão dos Preços dos Medicamentos, como dispunha o art.º 15º, n.º 26 do Decreto-lei n.º 35108 de 7 de novembro de 1945. Desta feita, o preço de venda ao público seria calculado de acordo com os preços das substâncias utilizadas para o fabrico do medicamento e os honorários

⁴⁶ Não se apresentava de forma muito diferente do que é na atualidade e comprova-se que, a criação de um sistema nacional de saúde estava a ser pensado/idealizado.

dos farmacêuticos, salvo se existisse proposta da comissão em contrário. No tocante às ilhas adjacentes, foi aumentado em 10% o preço dos medicamentos. Já as instituições de assistência autorizadas a vender fármacos, usufruíam de um desconto de 20%. Em todas as receitas fornecidas ao utente, tornou-se obrigatória a colocação do carimbo da farmácia, o número de ordem do seu registo no respetivo livro, de forma a fiscalizar e impedir a falsificação de receitas médicas. Em último, é publicada a tabela de honorários das manipulações e as tabelas dos preços das substâncias, de modo a que não ocorressem erros no preço dos medicamentos e que todas as vendas obedecessem a estes trâmites.⁴⁷

4.1. A Questão da Existência de Casas de Toleradas

Não obstante a importância dos diplomas analisados *supra*, as preocupações verdadeiras relativas à saúde vão surgir, em meados de 1962, devido, em parte ao início da guerra colonial. Com a guerra colonial⁴⁸ e a existência de doenças contagiosas, a nível sexual ou não, como é o caso da malária, o Estado Novo preocupou-se em criar mecanismos, muitas vezes com pouco eficácia, para tentar travar a propagação destas doenças. Com a ida de milhares de homens portugueses para as “províncias ultramarinas”, a probabilidade de contrair uma doença venérea era elevada, devido à falta de condições dos próprios soldados, as condições precárias em que viviam nos acampamentos militares, a falta de medicamentos e apoio de profissionais de saúde, como médico, enfermeiras e de condições aptas a cuidar dos feridos, falta ou inexistência de locais próprios para enterrar os mortos e exposição ao ócio militar.

A 19 de setembro de 1962 foi publicado o Decreto-lei n.º 44579 que proibia o exercício da prostituição a partir de 1 de janeiro de 1963. No entanto, esta preocupação já era antiga, visto que em 1911 o Governo planeou a publicação de um Decreto. Todavia, o dito projeto foi elaborado durante o Governo Provisório por decisão do Ministro do Interior, António José D’Almeida, mas “não chegou, porém a termos de promulgação; a reforma frustrou-se; mantendo-se a chamada policia sanitária mais ou menos nas condições do *statu quo ante*” (Jorge, 1947, p. 209). Desta forma, o regime policial das prostitutas reclamava o seu fim, bem como o poder administrativo com caráter absoluto, nesta matéria, ultrapassando as garantias previstas e consagradas pelo Direito Civil e Penal. A panóplia

⁴⁷ Desta forma, é evidente a intervenção do Estado no tocante à fixação dos preços dos produtos, desenvolvendo o seu dirigismo económico e antiliberal, não possibilitando o desenvolvimento da lei da oferta e da procura.

⁴⁸ De relembrar que a Guerra Colonial teve início em 1961 e terminou a 1974.

de multas e corrupção que existia, era para a “realeza” e seus privilegiados uma “renda” que não queriam perder⁴⁹, sendo imperativo acabar com qualquer tipo de casa de toleradas, clandestinas ou não. O verdadeiro ato de ilegalidade está na exploração alheia de prostituição, ou no exercício do “míster de medianeiro da devassidão” (Jorge, 1947, p. 214). Seria necessário intervir procurando a família da prostituta e incentivar à promoção de um emprego honesto, utilizando estabelecimento de proteção social ou mesmo procedendo à prisão, exercendo um poder paternal, educativo e cívico de modo a possibilitar todos os meios de integração social. Desta feita, “a pessoa detida por provocações em público tem de sujeitar-se ao exame sanitário e, no caso de infetada, ao tratamento médico no dispensário ou no hospital” (Jorge, 1947, p. 217). Por outro lado, era necessário combater o preconceito das ditas doenças “vergonhosas”, “males secretos” e todos os médicos serem obrigados ao sigilo profissional verdadeiro, pois só assim é que as prostitutas iriam recorrer à assistência médica (hospitais e dispensários) sem qualquer obrigação por parte da autoridade competente. Jurisdições estrangeiras já tinham penalizado total ou parcialmente este tipo de exercício imoral, como na Suíça e Dinamarca, nos finais do século XIX. No entanto, o projeto apresentado pelo Doutor Ricardo Jorge era fortemente penalizador, radical e dedicava maior atenção às doenças venéreas.

A prostituição era considerada um exercício que colocava em causa a moral e os bons costumes portugueses, apresentado uma série de problemas de difícil resolução, sendo produto de causas fisiológicas e sociais possivelmente inultrapassáveis. Para controlar a higiene e salubridade das “casas de toleradas”, foi decretado o encerramento daquelas que não possuísem as normas de higiene ou que constituíssem focos de infeção e perigo grave para a saúde pública, previsto pela base XV da Lei n.º 2036, de 9 de agosto de 1949, no âmbito das doenças contagiosas. Por outro lado, já em 1910 e 1933, convenções internacionais proibiam o tráfico de brancas, matéria que foi revalidada pela Assembleia Geral da ONU em 1949. Por esta razão, vários foram os países que consolidaram, na sua legislação, a proibição das casas de toleradas e de todas as formas de exploração sexual, como a França, a Bélgica, Roménia, entre outras. No entanto, havia quem defendesse a existência destas casas, argumentado que, desta forma, seria mais simples o controlo das doenças venéreas, proibindo somente as casas clandestinas e a alienação pública pelas prostitutas.

⁴⁹ Note-se que para não ocorrer a suspensão da matrícula de exercício da prostituição e se passar de teúda e manteúda, na última década do século XIX, era necessário pagar em Lisboa 6\$000 reis e no Porto 12\$000 reis. É notória a corrupção envolvente, não só da realeza, mas também dos próprios agente de policia que lucravam com multas e coimas que eram aplicadas a estas mulheres.

Porém, nenhum país, com a permissão da existência das referidas casas, teve controlo na existência dos problemas, que *a priori* iria resolver. A inspeção periódica não se tornou capaz de reduzir o contágio, as casas clandestinas não desapareceram e a alienação pública era uma constante nas principais cidades europeias, não tendo, a autoridade policial de vigilância, domínio na exploração de mulheres. Deste modo, foi declarada a insuficiência e ineficácia das políticas profiláticas no tocante a esta questão.

Desta feita, o ato normativo define como prostitutas as “raparigas e mulheres que habitualmente se entregam à prática de relações sexuais ilícitas com qualquer homem, delas obtendo remuneração ou qualquer outro proveito económico” (Decreto-Lei n.º 44579, 1962, art.º 1.º n.º 2). Todos os livretes, livros e matrículas seriam queimados a partir da data acima indicada.

No entanto, a nível prático, a diminuição do número de mulheres matriculadas correspondeu, somente, a um aumento do número de prostitutas clandestinas, das medidas policiais que deveriam ser adotadas e o número de pessoas que lucravam com a clandestinidade do ócio.

4.2. Do Sistema Nacional de Vacinação à Criação de um “Sistema de Cuidados de Saúde”⁵⁰

Com a criação do Ministério da Saúde e Assistência foi necessário legislar sobre as bases e os princípios orientadores deste novo gabinete, revendo o Estatuto que se encontra em vigor — Lei n.º 1998, de 15 de maio de 1944. Desta forma, foi aprovada a Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, revogando a legislação quer à época delimitava os objetivos e princípios encabeçados pelo gabinete da Saúde e Assistência, criando, desta forma, um novo Estatuto. No entanto, fazendo *jus* à sua competência consultiva, a Câmara Corporativa deu o seu parecer acerca da proposta de lei para o novo Estatuto do “mais novo” Ministério da Saúde e Assistência. No entanto, como denota o parecer, o órgão consultivo

⁵⁰ Não podemos entender esta expressão como o que atualmente entendemos por SNS. Na verdade, no momento em apreço, ainda existiam vários modelos de saúde, mas a legislação a ser analisada tende a tomar a direção para o que nos é apresentado hoje. Todavia, era impossível para o legislador, mesmo sendo essa a sua vontade, colocar de lado todas as instituições previdenciais criadas para garantir os serviços de saúde no caso de doença dos seus trabalhadores. Por outro lado, o Estado não poderia, repentinamente, abandonar a sua posição minimalista ou subsidiária, para adotar uma postura maximalista ou de intervenção total na sociedade em causa. Era necessário ter em consideração os institutos existentes e toda a evolução até ao ponto em questão. Como afirma Gonçalves Ferreira, nesta conceção está implícito “que os tipos de cuidados de saúde a prestar pelos diversos órgãos, que são as suas partes, pressupõe a existência de uma estrutura na qual a população e os recursos utilizados são agrupados em subsistemas, ou escalões funcionais, que facilitam, (...) a prestação de todos os tipos de serviços de saúde desejáveis” (Ferreira F. G., 1974, p. 15).

já detinha a sua tarefa facilitada, pois só teria de rever, tendo em conta o parecer anterior — Diário das Sessões, n.º 45, de 24 de fevereiro de 1944 — uma ou outra afirmação, corrigindo ou atualizando. Desta feita, para o órgão em apreço, o Estatuto deve dar relevância às atividades preventivas e recuperadoras, em relação às atividades curativas, definindo ou atualizando os princípios orientadores, visto que, a sua maioria já estavam plasmados na lei antecedente. No projeto-lei, a assistência estava definida de forma ampla e essa amplitude relacionar-se-ia com o indivíduo propriamente dito, a sua família, a comunidade ou vizinhança e a categoria profissional que exerce, tendo em consideração, que o Homem, como afirmou o Papa Pio XI, “vale muito mais que o imenso universo inanimado”⁵¹ (Atas da Câmara Corporativa n.º 133, 1961, parte I, capítulo II, ponto 3). Desta feita, o Homem, mesmo cumprindo a sua missão em sociedade, adquiria, à nascença, direitos fundamentais que não podiam ser violados nem ultrapassados face a justificações de interesse público. Determinou, mais uma vez, a importância da família e a sua relevância face ao desenvolvimento do Ser Humano, tanto pessoal como social.

Da mesma forma que apelou pela maior intervenção do Estado em 1944, a Câmara, nesta apreciação na generalidade, invoca uma maior intervenção no que toca às matérias de saúde e assistência. O Estado, até então delegava nos institutos privados a prestação concreta dos serviços assistenciais, ou seja, permitiu que as Misericórdias⁵², outras instituições privadas e as Caixas de Previdência deliberassem em tudo o que dissesse respeito à assistência e aos seus beneficiários. O Governo só intervinha de forma subsidiária para amparar os mais necessitados, ou seja, aqueles que não tinham uma fonte de rendimento nem emprego para estarem salvaguardados por um sistema previdencial, apresentado um exercício meramente minimalista. No entanto, por imperativo do art.º 6º e 14º da Constituição Política da República Portuguesa — defesa e concretização dos direitos e garantias dos cidadãos, bem como promoção e auxílio das corporações morais — e pelo facto da saúde ser um direito público de interesse particular e geral, caberia ao Estado organizar planos gerais, pois só este dispõe dos elementos e condições necessárias os para realizar⁵³.

⁵¹ São várias as referências religiosas invocadas pela Câmara Corporativa neste parecer. Desde apresentar como função familiar a oração, até o apelo à população para a realização de obras de caridade cristã. Este facto só demonstra a concretização do Estado Novo como uma realização política cuja religião oficial era o catolicismo.

⁵² Em 1961 existia, em Portugal, 368 Misericórdias.

⁵³ No entanto, quando desempenhava as funções de provedor da Misericórdia de Coimbra, em entrevista ao Jornal de Notícias em 6 de março de 1922, Oliveira Salazar defendia que o Estado não deveria controlar nem exercer isoladamente a assistência, pois, desta forma, as instituições privadas, mais propriamente as Misericórdias, iriam desaparecer, bem como a sensibilidade moral. No entanto, a realidade em 1961 era outra. O património de algumas instituições privadas não parava de crescer devido às contribuições estaduais, aos donativos e oferendas de particulares.

No entanto, a questão que se colocava era até que ponto, no âmbito das instituições privadas, existia liberdade e autonomia.

No que toca às doenças venéreas, a descoberta do antibiótico deveria ter contribuído para o bloqueio do avanço destas doenças. Porém, em vários países do mundo, como por exemplo os Estados Unidos da América, o número de casos de sífilis e blenorragia aumentou consideravelmente de 6516 para 8178 e 216 476 para 237 318, respetivamente, de 1950 a 1957 (Atas da Câmara Corporativa n.º 133, 1961, p.1434). Em Portugal, o Governo legislou nesse âmbito em 1949, destacando-se a criação de 44 dispensários e 31 899 indivíduos observados e tratados até 1958.

Desta forma, a lei, agora publicada determinou que a política da saúde e assistência tinha como principal objetivo “o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais” (Lei n.º 2120, 1963, Base I, n.º1), sendo o primeiro diploma normativo que faz referência às três conceções de saúde, ou seja, a ação preventiva, curativa e recuperadora/terapêutica, considerando-se preferencial a primeira. São referidas as noções a ter em consideração para a execução destas políticas, a saber,

- a) A natureza unitária da pessoa humana e a necessidade de respeitar a sua dignidade e integridade moral;
- b) A missão fundamental da família, como meio mais adequado à vida e ao desenvolvimento integral do homem e primeiro responsável pelo bem-estar dos seus membros;
- c) A necessidade de formação moral e cívica e de educação social e sanitária dos indivíduos e seus agrupamentos;
- d) O dever do trabalho, como base da sustentação e dignificação do homem. (Lei n.º 2120, 1963, Base II)

No entanto, ficou determinado que era da competência do Estado determinar os planos gerais para as atividades deste ministério, orientar, coordenar, fiscalizar e organizar os respetivos serviços, fomentar a criação de instituições particulares e exercer a ação meramente supletiva em relação às iniciativas de particulares. As instituições e serviços podiam, no que toca ao âmbito territorial, ser nacionais, regionais ou locais e, quanto à administração e a orientação de verbas poderiam ser oficiais, quando eram geridos pelo Estado ou entidades públicas e particulares, se a gestão fosse exercida por entidades privadas. De forma específica, as atividades de saúde compreendiam,

- a) A educação sanitária da população;
 - b) O saneamento do meio ambiente;
 - c) A higiene materno-infantil, infantil, escolar, da alimentação e do trabalho;
 - d) A higiene mental;
 - e) A profilaxia das doenças transmissíveis e sociais;
 - f) A defesa sanitária das fronteiras;
 - g) A hidrologia médica e as estações balneares;
 - h) A fiscalização da produção e comércio de medicamentos e a sua comprovação ou verificação da sua eficiência.
- (Lei n.º 2120, 1963, Base IX)

As atividades de assistência tinham como objetivo principal a proteção de indivíduos que não estivessem assegurados pelos planos de Previdência. Por fim, a responsabilidade pelo pagamento de serviços seria em primeira instância aos assistidos, de seguida às suas famílias e, em último recurso, aos concelhos, sendo por esta razão despesa a ser paga pela Câmara Municipal⁵⁴.

Por conseguinte, o sistema nacional de vacinação só foi criado a 5 de novembro de 1965 pelo Decreto-Lei n.º 46628, sendo considerado um dos “principais meios de exercício da medicina preventiva” (Decreto-Lei n.º 46628, 1965, preâmbulo). A criação deste sistema deve-se ao facto do mesmo constituir um mecanismo que iria reduzir, de forma considerável, a taxa de mortalidade e morbilidade, através da prevenção de várias doenças infectocontagiosas, como a tuberculose, a varíola, tétano, difteria, entre outras. Todavia, a vacinação implicava onerosos encargos a serem considerados. No entanto, o Estado Novo tinha por base “obter o maior rendimento sanitário alcançável com o menor esforço económico possível” (Decreto-Lei n.º 46628, 1965, preâmbulo), devendo, desta forma, criar mecanismos organizados de modo a planificar e orientar a ação de vacinação, em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian⁵⁵. Ficou determinado que a aquisição de vacinas seria realizada a partir das verbas da Direção-Geral de Saúde ou de subsídios recebidos, porém as empresas que tivessem seu cargo a vacinação obrigatória dos funcionários, deveriam proceder, por sua conta, as respetivas dosagens. A níveis estatísticos,

⁵⁴ A questão da responsabilização da Câmara Municipal pelo pagamento de despesas hospitalares no caso do assistido e da sua família não apresentarem possibilidades para tal foi analisada no capítulo dois (2), no tocante à discussão hospitalar (2.5), discutida na década de 50, mas sem solução prática apresentada.

⁵⁵ É conclusa a falta de verbas por parte do Estado para desenvolver determinadas medidas, recorrendo, desta forma, a privados para serem satisfeitas as necessidades da população e o próprio progresso nacional.

a morbidade causada pela difteria reduziu de 20%, em 1950 para 2,62 % em 1970 e mesmo a tuberculose, cuja morbidade era muito elevada, decresceu 27,93 por cada 100 000 habitantes.

Tabela 4: Taxas médias de morbidade (por 100 mil habitantes), de algumas doenças de notificação obrigatórias entre 1949-1951, 1959-1961 e 1969-1971

Doenças	Taxas de Morbidade		
	<u>1949-1951</u>	<u>1959-1961</u>	<u>1969-1971</u>
Brucelose	2,94	2,66	3,47
Difteria	19,66	23,13	2,62
Escarlatina	8,05	6,97	2,59
Febre Tifoide	53,23	28,95	14,09
Lepra	1,75	0,20	0,04
Tosse Convulsa	27,76	19,85	2,34
Tracoma	9,00	6,79	0,48
Tuberculose	Não apurado	155,02 ⁵⁶	127,09
Varíola	0,01	0,00	0,00
Sífilis	9,47	1,68	14,68

Nota: Adaptado de *Doenças Evitáveis Dominantes (Situação em Portugal no início da década de 1970)*, de L. Cayolla da Motta & Margarida Moura Theias. 1974, p.88. © 1974 de Arquivo do Instituto Nacional de Saúde.

No entanto, devido ao regresso de alguns militares da guerra do ultramar, doenças como a malária e outras parasitoses, aumentaram a sua frequência. Desta forma, é notório que a publicação do diploma e o desenvolvimento do sistema nacional de vacinação contribuíram para um progresso na redução da maior parte das causas de morte evitáveis, ou seja, decorrentes da infeção de doentes venéreas. Todavia, até ao fim do Estado Novo a mortalidade por este tipo de doenças ainda constituía um problema bastante relevante na sociedade portuguesa, não estando de todo ultrapassado pelos desenvolvimentos da vacinação e pela intervenção, cada vez maior, do Estado. Em comparação com alguns países europeus, como Itália, França e Suécia, Portugal ainda apresenta valores bastante elevados. Em 1970, morreram 25,79% de homens e 17,54% de mulheres fruto do contágio de

⁵⁶A informação é de 1962, pois esta doença passou a ser de notificação obrigatória a 1 de janeiro de 1961.

doenças contagiosas, em contraposição com percentagens que variam entre os 14 e os 10% nos países em apreço.

Tabela 5: Percentagem de óbitos por algumas doenças evitáveis no total de óbitos em 1970, em alguns países da Europa.

Países	% total de óbitos por algumas doenças evitáveis no total de óbitos em 1970	
	<u>Homens</u>	<u>Mulheres</u>
Jugoslávia	20,01	12,54
Itália	14,47	10,96
Portugal	25,79	17,54
França	15,12	12,40
Suécia	13,17	10,46

Nota: Adaptado de *Doenças Evitáveis Dominantes* (Situação em Portugal no início da década de 1970), de L. Cayolla da Motta & Margarida Moura Theias. 1974, p.94. © 1974 de Arquivo do Instituto Nacional de Saúde

O Governo definiu, em decreto próprio, em que circunstâncias os médicos e forças militares estacionadas estrangeiras poderiam exercer a prática médica em território nacional. Desta forma, o Decreto-lei n.º 48110, de 18 de dezembro de 1967, determinava que os profissionais de saúde que exercessem serviços para as forças militares estacionadas em território nacional poderiam exercer a atividade médica aos militares daquelas forças e aos membros dos elementos civis e pessoas que os acompanhassem. Paralelamente, o Ministério da Saúde e Assistência poderia autorizar, por condição especial, o fornecimento de medicamentos e prescrição de receitas.

Por outro lado, a 27 de dezembro de 1967, pelo Decreto-lei n.º 48166 foi publicado o estatuto da carreira de enfermagem, por imposição da Base XXV da Lei n.º 2120. No momento em questão, já tinham sido criadas várias escolas de enfermagem pela urgência de pessoal qualificado para exercer este tipo de funções nos hospitais públicos e a responsabilidade que a profissão acarreta, fatores importantes que apelavam à organização legislativa neste âmbito. Em consequência, ficou determinado que poderiam ser criadas

especialidades de enfermagem e foram estabelecidas categorias na profissão, que poderiam ser,

a) Carreira hospitalar:

Enfermeiros: enfermeiro-superintendente, enfermeiro-geral, enfermeiro-chefe, enfermeiro-subchefe, enfermeiro de 1ª e enfermeiro de 2ª;

Auxiliares de enfermagem: de 1ª ou de 2ª.

b) Carreiras de saúde públicas:

Enfermeiros: chefe de serviço de enfermagem regional, subchefe de serviço de enfermagem regional e enfermeiros de saúde pública.

c) Carreira de ensino: diretor de escola, monitor-chefe, enfermeiro-professor, monitor e auxiliar de monitor. (Decreto-lei n.º 48166, 1967, artº.2º)

Por sua vez, o Ministro da Saúde e Assistência seria a autoridade reguladora dos concursos de ingresso ou promoção que deveriam obedecer, as compensações a atribuir pelo trabalho noturno, as autorizações de acumulação de funções em estabelecimentos do Ministério e as compensações para atrair os profissionais a se fixar em áreas periféricas.

Várias foram as remodelações de determinados conceitos base no que se refere à matéria de saúde, como cuidados de saúde que se deveria entender como,

(...) o conjunto de medidas de ordem prática médica e paramédica organizadas coordenadamente para toda a população ou para grupos especiais desta, com o objetivo de conseguir o melhor nível possível de saúde para os indivíduos, promovendo e vigiando a saúde de cada um, individualmente e na comunidade, tratando e curando rapidamente os que adoecem e reabilitando os diminuídos e inferiorizados até ao nível da sua capacidade potencial. (Ferreira F. G., 1972, p. 16)

Desta forma, os cuidados de saúde já não abordavam a vertente preventiva e curativa, mas também a terapêutica e reabilitativa, não só do indivíduo, mas de toda a comunidade que o rodeia. De igual forma, a vigilância em caso de doença, não deve ser realizada somente no período em que se desenvolve ou seria provável desenvolver determinada doença, mas sim em todas as fases da vida humana, procurando conhecer as influências

físicas e biológicas do indivíduo em questão, traçando um plano de desenvolvimento favorável para o mesmo. A saúde preventiva, como parte integrante do sistema de cuidados deveria ter em consideração “a avaliação do estado de saúde dos indivíduos e da população (...) e do ambiente, elaboração de métodos e medidas de promoção da saúde, estímulo dos fatores ambientais favoráveis para a eliminação de fatores perigosos, (...) e a regulação da natalidade e de outros fatores demográficos” (Ferreira F. G., 1972, pp. 16-17). Em paralelo, seria fundamental proceder à criação de um novo modelo de saúde que controlaria toda a população a nível sanitário. A nível internacional, os modelos de saúde evoluíram de acordo com um de dois modelos totalmente antagónicos, o *medicare*, ou seja, o sistema de saúde que abarca os contribuintes — modelo desenvolvido pelos Estados Unidos da América — ou o *medicaid*, isto é, o sistema que socorre os necessitados independentemente da sua contribuição, responsabilizando o Estado em todo ou em parte. No que toca à Europa, as experiências realizadas após a II Guerra Mundial, com a criação e aplicação do Estado-Providência demonstravam que o sistema de saúde integrado e coordenado em sistemas de cuidados de saúde eficazes e disponíveis a toda a população, independentemente de o indivíduo contribuir ou não para o Estado ainda estava muito longe de se alcançar, pela dificuldade em criar serviços altamente especializados à escala nacional. Desta forma, para responder aos problemas existentes em Portugal e na Europa, o Estado teria de optar por uma fusão destes dois sistemas e não pela escolha unitária, tendo sempre em consideração a possibilidade do doente recorrer ao serviço de saúde sem estar efetivamente doente bastando os sintomas iniciais ou as preocupações com a saúde. A título de curiosidade, previa-se que em 2070, médicos especialistas desapareceriam e surgiriam doenças mais complicadas, mas que não dependeriam do tratamento hospitalar (Ferreira F. G., 1972, p. 27).

Na década de 70 vários foram os diplomas que pretendiam criar um modelo de saúde moderno, assemelhando-se ao moderno sistema de saúde. Com a remodelação ministerial principiada no primeiro ano desta década, o ministro Doutor Baltazar Rebelo de Sousa elucida a necessidade urgente de proceder a uma organização dos serviços de saúde, ajustada às necessidades da população, tendo em consideração a evolução demográfica verificada, as preocupações médico-sanitárias das principais cidades portuguesas (Lisboa e Porto) e “estabelecimento de uma nova orgânica do Ministério, que assentaria num conjunto de estruturas funcionais, cobrindo toda a população, apoiadas em normas administrativas de trabalho e de estudos” (Ferreira F. G., 1985, p. 283). Porém, seria necessário

ao gabinete ter à sua disposição todas as informações relevantes para proceder ao levantamento de todas as questões urgentes e reconhecer a importância e iminência de um acompanhamento interministerial e a necessidade de assegurar os recursos financeiros mínimos para levar avante estas reestruturações. Assim, torna-se perentória a elaboração de três objetivos prioritários que podem ser agrupados em reconhecimento do direito à saúde de todo o cidadão desde o seu nascimento, como um direito natural e inalienável, a organização de órgãos hierarquicamente superiores com capacidade para dirigir as realizações práticas da saúde e assistência, como por exemplo a criação da Secretaria-Geral e a criação de serviços capazes de execução, de forma eficaz as tarefas de saúde e assistência, de acordo com programas objetivos e de forma a resolver problemas concretos e imediatos.

Em 20 de dezembro de 1967, foi publicada a Lei n.º 2133 que estruturava o III Plano de Fomento. Paralelamente, antes da sua publicação, a Câmara Corporativa apresentou o seu parecer, publicado a 2 de novembro do mesmo ano⁵⁷, que contemplava um parecer subsidiário sobre o programa especial da saúde. O mesmo, defende o extraordinário progresso científico que contribuiu para o desenvolvimento da medicina e, consequentemente, da pessoa humana resultando diferentes técnicas hospitalares, maior e melhor preparação profissional, novas terapias e instalações modernas e aptas a desenvolver as mais recentes descobertas científicas. No mesmo, os deputados desta Câmara apelavam à delimitação de prioridades, visto que os recursos financeiros não eram elevados, e desta forma resolver-se-iam os problemas urgentes. Ficou determinado que o Plano de Fomento em apreço tinha como objetivo o desenvolvimento económico de todo o País, a formação de uma economia nacional, o progresso social e a repartição equitativa dos rendimentos. Este plano deveria ser executado de forma rigorosa e completa, mas com alguma flexibilidade para adequação às situações momentâneas.

No tocante à saúde, o parecer explane as questões cujo Plano Intercalar de Fomento não conseguiu resolver. Estes problemas prendiam-se com as realizações previstas para os hospitais psiquiátricos e gerais, construções que ficaram inacabadas e foram transferidas para os objetivos deste novo plano. Assim, seria necessário a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência, coordenação de todas as medidas elencadas,

⁵⁷ Parecer n.º 9/IX, de 2 de novembro de 1967, sobre o projeto do III Plano de Fomento, para 1968-1978 — continente e ilhas. No entanto, além do conteúdo do parecer, é importante realçar as conclusões extraídas do seu anexo XIII — Parecer subsidiário da secção de interesse de ordem espiritual e moral sobre o capítulo XII “Saúde”, do título II “Programas sectoriais”.

formação de pessoal em número suficiente e criação de condições favoráveis à sua fixação⁵⁸.

A nível económico, e de acordo com o diploma, no período de 1959-1965 assistiu-se a um aumento das despesas absolutas, passando de 1 013 413\$ para 1 897 100\$, mas mesmo com o acréscimo, este não ultrapassava os 2 por cento do rendimento nacional bruto (RNB). Por outro lado, a contribuição do Tesouro público diminuiu no que toca às verbas concedidas a este Ministério, aumentando os serviços de saúde que não estavam sob o domínio do ministério.

Tabela 6: Gastos em Saúde e Assistência entre 1959 e 1965

Anos	Gastos em saúde e assistência
	<u>Valor absoluto</u>
1959	1 013 413
1960	1 259 996
1961	1 412 531
1962	1 502 427
1963	1 511 186
1964	1 594 740
1965	1 897 100

Nota: Adaptado de *Parecer n.º 9/IX — Projeto do III Plano de Fomento, para 1968-1978 — Continente e Ilhas*, 1967, Anexo III, Parte II, ponto 10. Lisboa, Diário do Governo. © 2017 de Diário da República.

A nível técnico, e por determinação da OMS, todos os países tinham de apresentar, na sua estrutura sanitária, pelo menos, 1 médico por 1000 habitantes. A nível mundial “para os 2700 milhões de habitantes em que se calcula a população mundial, há, presentemente, 1 236 000 médicos, o que corresponde a 1 médico por cada 2184 pessoas” (Atas da Câmara Corporativa n.º 133, 1961, p.1415). No nosso País, em 1964, a relação médico por habitantes, era de 1140 habitante por médico. A nível europeu, só a Finlândia, a Suécia e a Jugoslávia é que apresentavam valores superiores a 1000 habitantes, mas muito próximos do de Portugal. A nível nacional, como é espectável, Lisboa, Porto e Coimbra apresentavam o número mais reduzido na relação médico/habitante, sendo 762, 464,

⁵⁸ Para tornar possível o cumprimento dos objetivos do novo Plano de Fomento, seria necessário a “estruturação de carreiras médicas de saúde pública e hospitalar e de carreiras de enfermagem hospitalar, de saúde pública e ensino; reorganização geral dos hospitais, mediante a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais” (Atas da Câmara Corporativa n.º77, 1967, p.1465).

618⁵⁹, respetivamente. No entanto, as assimetrias regionais eram mais flagrantes no que toca ao número de médicos a exercerem atividade, visto que,

No distrito de Lisboa exercem a sua atividade profissional 152 médicos, ou seja, 40 por cento dos médicos existentes no País. No que respeita às especialidades, os números são ainda mais expressivos, porquanto dos 2879 médicos inscritos na Ordem como especialistas, 1347, ou seja, 46 por cento, exercem clínica em Lisboa. (Atas da Câmara Corporativa n.º 77, 1967, p.1475)

Tabela 7: Distribuição de algumas Especialidades médicas por Distrito em 1964

Especialidades/Distrito	Beja	Braga	Bragança	Castelo Branco	Coimbra	Évora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Viana do Castelo	Vila Real	Angra do Heroísmo	Horta	Ponta Delgada
Análises Clínicas	1	2	1	-	10	1	2	2	2	117	2	43	-	-	-	1	-
Anatomia Patológica	-	-	-	-	1	-	-	-	-	12	-	6	-	-	-	-	-
Cardiologia	-	2	-	1	9	-	1	-	1	46	-	16	-	9	-	-	-
Cirurgia Geral	1	7	2	4	24	2	6	5	5	139	4	66	1	-	1	2	8
Cirurgia Torácica	-	-	1	1	2	-	-	-	-	16	-	4	-	-	-	-	-
Dermatovenereologia	1	-	-	-	7	-	1	-	-	38	-	12	1	-	-	-	1
Doenças Tropicais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-
Endocrinologia	-	1	-	-	1	-	-	-	-	13	-	6	-	-	-	-	-
Gastrenterologia	-	2	-	-	4	1	-	-	-	16	-	17	-	-	-	-	-
Ginecologia	-	6	-	4	16	1	6	1	3	113	1	63	2	-	-	1	-
Neurologia	-	1	-	-	7	-	-	-	-	44	-	9	-	-	-	-	-
Neurocirurgia	-	-	-	-	1	-	-	-	-	5	-	1	-	-	-	-	-
Neuropsiquiatria infantil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	4	-	-	-	-	-
Obstetrícia	-	5	1	4	13	1	4	-	-	82	1	44	2	2	-	-	-
Oftalmologia	2	4	-	2	12	4	3	3	3	54	1	28	3	3	-	-	5
Ortopedia	-	1	-	-	4	-	-	-	1	34	1	15	-	-	-	-	-
Otorrinolaringologista	1	3	2	2	15	4	2	1	2	53	2	27	-	-	-	-	-
Pediatria	2	7	-	4	17	5	5	1	2	138	2	56	1	2	1	-	2
Pneumologia	-	3	1	3	13	1	4	8	5	61	5	32	2	1	-	-	-
Psiquiatria	-	2	-	-	14	-	1	-	-	46	-	23	-	-	-	-	-
Radiologia	1	4	-	3	7	2	2	1	3	46	2	24	3	3	-	1	3
Radioterapia e medicina nuclear	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Urologia	1	1	-	1	8	1	1	1	2	42	1	24	-	-	1	-	1

Nota: Adaptado de Parecer n.º 9/IX — Projeto do III Plano de Fomento, para 1968-1978 — Continente e Ilhas, 1967, Anexo III, Parte II, ponto 14. Lisboa, Diário do Governo. © 2017 de Diário da República.

⁵⁹ Tendo em conta esta zona hospitalar do centro, a relação de médico por habitante diferia entre zona urbana e rural. Na zona urbana a relação era de 1 médico por 253 habitante. Já na zona rural era de 1 médico por 2704, de acordo com o *Boletim da Ordem dos Médicos*, volume IX, n.º4, p. 310.

Por outro lado, a nível de especialidades, aquelas que apresentavam as mais baixas atividades no total de distritos eram a Radioterapia e medicina nuclear, Neurocirurgia, Doenças Tropicais, Neuropsiquiatria infantil, Anatomia Patológica, Endocrinologia e Nutrição, Cirurgia Torácica, Radiodiagnóstico, Gastrologia e Fisioterapia, por ordem crescente de exercício. A nível distrital os que apresentavam menores atividades especializadas eram Horta, Angra do Heroísmo, Bragança, Beja, Viana do Castelo, Vila Real, Ponta Delgada, Portalegre, Guarda, Évora, Castelo Branco, Leiria e Faro.

Já no que se refere à enfermagem, os problemas cresciam. Em 1964, existia uma enorme insuficiência de enfermeiros por mil habitantes, não satisfazendo as exigências da OMS, que ditavam a relação de 1 enfermeiro por 500 habitantes. Em Portugal a relação era de 2104 habitantes por enfermeiro ou 2010 habitantes por cada auxiliar de enfermagem, ultrapassando em larga medida a recomendação da OMS.

Consequentemente, o parecer invocava a importância de contemplar no novo plano não só a proteção materno-infantil, a luta contra a tuberculose, a saúde mental e oncológica, mas também as doenças cardiovasculares e reumáticas⁶⁰, ampliando os cuidados profiláticos, aos curativos e recuperadores.

Nota-se a importância atribuída ao recente Plano Nacional de Vacinação e ao combate às doenças parasitárias, colocando em foco os militares que regressavam do Ultramar, atribuindo especial cuidados. Por término, era um dos grandes objetivos do III Plano de Fomento a “correção progressiva dos desequilíbrios regionais de desenvolvimento” (Atas da Câmara Corporativa n.º 77, 1967, p.1476).

De acordo com o III Plano de Fomento executado entre 1968 a 1973⁶¹, foi aprovado o diploma que tem por base a criação de verdadeiros centros de saúde. A 24 de março de 1971, é aprovado o Decreto-lei n.º 102, que tem como principal objetivo a criação de “uma rede de centros de saúde localizados nas sedes dos concelhos em articulação com os serviços médico-sociais da Previdência e instalados, de preferência nos hospitais sub-regionais” (Decreto-Lei n.º 102, 1971, preâmbulo). Já se encontravam em futura instalação quarenta e cinco centros de saúde, no referido ano, mas previa-se a criação destes

⁶⁰ Estas duas doenças eram consideradas doenças de trabalho, e tendo em consideração o âmbito de desenvolvimento económico, mas também social do plano, não faria sentido, tendo em conta os deputados da Câmara Corporativa, excluí-las do role de preocupações sanitárias, pois eram consideradas um flagelo social, que poderia levar à invalidez parcial ou total.

⁶¹ Não concluiu a sua execução devido à Revolução do 25 de Abril de 1974, que revogou todos os diplomas legislativos publicados entre 1933 e 1974.

centros em todos os concelhos. Estes institutos tinham personalidade jurídica e apresentavam-se como serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência.

De forma continuada, a 27 de setembro de 1971 foi publicado o Decreto-Lei n.º 413 que tinha como principal intuito a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e da Assistência, pela urgência do desenvolvimento de atividades de saúde pública, promoção social e “condenação das iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações” (Decreto-Lei n.º 413/71, 1971, preâmbulo), que só se tornou possível com um conhecimento sólido e coerente de ordem científico e técnico. Deste modo, torna-se essencial indicar quais as diretrizes de uma política de saúde atualizada, obedecendo,

- 1ª — estabelecimento de meios de informação científica e técnica, que habilitem à tomada de opções;
- 2ª — definição do modelo de serviços de saúde que hão de assegurar as atividades técnicas e administrativas adequadas à realização dos objetivos estabelecidos e definição da sua estrutura funcional.
- 3ª — formação de profissionais especificamente orientados para uma unidade de atuações, definida pelo objetivo nuclear de Saúde e modelo de serviços (...);
- 4ª — coordenação de formação mencionada na diretriz 3ª com a informação preconizada na diretriz 1ª (...);
- 5ª — planeamento de atividades, segundo a orientação que decorre das diretrizes anteriores (...);
- 6ª — unidade de trabalhos, nos vários momentos da política de saúde (conceção, planeamento, execução), implicando:
 - a) Equipas unitárias de trabalho;
 - b) Atribuições definidas e exclusivas para cada conjunto autonomamente definível de órgãos ou serviços;
 - c) Integração de serviços, a todos os níveis.
- 8ª — portanto, finalmente, conjugação das estruturas orgânicas com esquemas profissionais compatíveis. (Barbosa, 1972, pp. 39-40)

Desta feita, a reforma elaborada em 1971 tinha como principais objetivos a conjugação do sistema orgânico e do regime de carreiras profissionais, a pluridisciplinaridade, a investigação e ensino, o planeamento e a integração de serviços, a nível central até à extrema periferia.

Por conseguinte, torna-se essencial o combate à doença e a preservação e reparação das carências dos indivíduos, assegurando o bem-estar social e o reconhecimento do direito à saúde como foi defendido pela Constituição da OMS que Portugal ratificou. Para o Governo, era necessário criar soluções definitivas para os problemas sanitários de Portugal, tendo por base atividades como,

- a) a promoção da saúde e prevenção da doença;
- b) tratamento dos doentes e reabilitação;
- c) proteção e defesa da família;
- d) proteção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade. (Decreto-Lei n.º 413/71, 1971, artº.3º)

Paralelamente, o indivíduo ainda é considerado no seio da sua família e esta deve ser apreciada como a estrutura básica do desenvolvimento integral e completo de qualquer Ser Humano, concedendo, da mesma forma que nas décadas passadas, importância reforçada às Misericórdias, pois estas, pelo seu espírito e missão, devem assegurar o funcionamento dos seus serviços de saúde e assistência, de acordo com as perspetivas do Estado. O País continuava dividido em regiões, distritos e concelhos para fins sanitário e assistenciais.

No que toca à orgânica sanitária, foram criados os serviços centrais, locais e especiais. Aos primeiros competia prestar apoio, fiscalização, orientação, apresentando, também, funções de natureza consultiva, incorporando os órgãos de investigação e ensino (o Instituto Nacional de Saúde do Doutor Ricardo Jorge e a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical) e os órgãos de orientação, ou seja, a Direção-Geral de Saúde, Hospitais e Assistência Social. Foi criado um órgão novo, a Secretaria-Geral que tinha como principal função a coordenação e apoio técnico-administrativo central. O INSA foi criado por este decreto, em substituição ao Instituto Superior de Higiene do Doutor Ricardo Jorge, competindo coordenar e estimular a realização de estudos e investigação científica, prestar apoio científico e técnico aos serviços do Ministério ou outros que se debruçassem sobre o mesmo assunto, desenvolver funções laboratoriais de saúde pública, comprovar os medicamentos, prestar apoio ao ensino do setor de saúde pública, promover o intercâmbio científico, estabelecer um arquivo de documentação e comunicação, desenvolver relatórios estatísticos com o auxílio do Instituto Nacional de Estatística e realizar

todos os trabalhos suscitados com outros Ministérios.⁶² Já a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical seria da competência dos Ministérios do Ultramar, até ser transferida para a competência do Ministério da Educação Nacional. À Direção-Geral de Saúde foi atribuída a competência de preparar, colaborar, fiscalizar todos os planos de saúde e seus programas, bem como fiscalizar todas as instituições sanitárias privadas de modo a garantir o pleno funcionamento dos mesmos e coordenar e promover a criação e reorganização dos Hospitais nacionais. Foram reafirmadas as Inspeções já existentes, como a Inspeção Superior de Salubridade, a Inspeção Superior de Medicina Social, que incorpora a Direção de Serviços de Saúde Materno-Infantil, entre outros.

Já aos segundos, ou seja, aos serviços e órgãos locais cabia a execução de normas deliberadas pelos serviços centrais, sendo os centros de saúde os responsáveis diretos pela salvaguarda da aplicação da política de saúde, pois são os mesmos que trabalham diretamente com a população tendo possibilidade de aplicar medidas de tratamento e reabilitação, promovendo, de forma eficaz, a prevenção da doença. Desta forma, os centros de saúde eram serviços oficiais do Estado, como foi explicado *supra*, com o objetivo primordial de garantir os cuidados médico-sanitários da população da área que lhes correspondia⁶³. Todos os centros de saúde eram criados por portaria específica, tendo os “centros de saúde distritais” autonomia administrativa, limitada às despesas com material e pessoal. Os centros de saúde concelhios tinham as atividades de coordenar a higiene do meio ambiente, a higiene materno-infantil, profilaxia de doenças contagiosas, a saúde mental, a enfermagem de saúde pública, a educação sanitária, os serviços sociais e registos estatísticos, enquanto que os centros de saúde distritais eram responsáveis, além destas valências, pelo laboratório distrital de saúde pública e pela profilaxia de cárie dentária, cegueira, surdez e cancro.

Por último, os serviços especiais estavam intimamente relacionados com o bem-estar do pessoal dos serviços do Ministério, definindo a forma de preenchimento dos quadros, o regime de trabalhos e as formas de transferência entre os diversos cargos. Este diploma

⁶² Paralelamente, é anexada uma secção de bacteriologia de tuberculose no laboratório de bacteriologia da delegação do INSA no Porto, que já tinha sido criada em 1963, tendo em consideração que o índice de mortalidade por tuberculose era, aproximadamente, 15,2%. No entanto, é conclusivo que o edifício do departamento bacteriológico da INSA no Porto respondia, favoravelmente, às necessidades do trabalho a desenvolver pelos profissionais do setor da tuberculose.

⁶³ No entanto, poder-se-ia constituir postos de saúde em algumas freguesias ou em conjuntos de freguesias, mas sempre na dependência do respetivo concelho.

revoga todos os anteriores que definiam ou regulavam, em primeira linha, a Direção-Geral de Saúde e depois o Ministério da Saúde e Assistência⁶⁴.

4.2.1. Do Descontentamento Médico ao Diploma das Carreiras Médicas

Inicialmente, a profissão médica coadunava-se de forma completa com as normas que regiam a ordem social, visto que era um imperativo social a proteção dos mais necessitados, ou seja, daqueles que não tinham recursos económicos para realizarem tratamentos, sendo os médicos aqueles que fixavam, de acordo com a lei da oferta e da procura, o valor cobrado pelo seu serviço. No entanto, os hospitais, com o desenvolvimento da medicina e com a própria consciencialização da saúde como um bem e direito fundamental, deixam de revestir somente uma função primitiva, deixando de ser instituições de caridade, passando a admitir a maior parte da população. Deste modo, tornam-se modernos, eficientes quanto ao diagnóstico de doenças, tornando-se, pouco a pouco, o centro universal de tratamento sendo acessível a todas as classes sociais. No entanto, esta abertura do Estado, deveria ser ajustada também aos médicos, visto que, os serviços prestados pelos hospitais não são gratuitos, logo os profissionais deveriam ser remunerados de acordo com a função que ocupavam⁶⁵.

Não obstante, tendo em consideração a questão das carreiras médica, ou mais propriamente a falta de organização legislativa e prática do corpo de médicos de todo o território Português, a Ordem dos Médicos chamou à colação a elaboração de um Relatório sobre as Carreiras Médicas em Portugal, publicado por este organismo em 1961. Posto, pretendia-se o reconhecimento científico e social dos médicos, a reforma dos serviços de saúde e o planeamento dos recursos tendo em consideração a sociedade moderna. Estes objetivos eram defendidos quer pelos grupos hierarquicamente superiores em matéria de medicina, como era o caso do próprio Bastonário da Ordem dos Médicos na altura, o Professor Jorge da Silva Horta, quer dos médicos em início de carreira devido às dificuldades vividas no desenvolvimento da profissão. Deste modo, após a realização de um ciclo de conferências realizadas na Faculdade de Medicina de Lisboa, intitulada de *Problemas da Medicina em Portugal*, entre março e abril de 1958, várias reuniões ocorreram, originando a grande Assembleia Regional de Lisboa, realizada no Hospital dos Capuchos, em julho do mesmo ano, elegendo uma comissão que teria como missão a elaboração do Relatório

⁶⁴ É flagrante o facto de o diploma em análise ainda não contemplar um único sistema de saúde, mas abre caminho para a sua criação, dando vista a uma reorganização também do sistema previdencial.

⁶⁵ Como refere Miller Guerra e F. Tomé, “o hospital é hoje, e sê-lo-á daqui em diante, o poderoso concorrente do médico isolado” (Guerra & Tomé, 1964, p. 636).

sobre as Carreiras Médicas da Seção Regional de Lisboa, rapidamente alargada para Porto e Coimbra. O Ministro Doutor Martins de Carvalho “considerou-o como um documento ímpar na história da nossa Administração. Representa a maior contribuição que até hoje (...) alguma profissão deu ao Governo para a resolução dos seus problemas” (Guerra & Tomé, 1964, pp. 624-625). De acordo com o Bastonário as práticas de medicina praticadas em Portugal na altura apresentavam-se arcaicas face aos países da Europa Central, sendo necessário apostar na qualidade dos profissionais, liderando uma reorganização da estrutura universitária no que toca ao ramo da medicina. De referir que, segundo este documento, sem a prévia reforma médica, a reorganização das estruturas hospitalares não seria eficaz, pois o número de profissionais seria inferior ao espectável e sem preparação adequada, as tarefas que supostamente iriam realizar, seriam dotadas de ineficácia e imprecisão.

Por conseguinte, as medidas elencadas no Relatório das Carreiras Médicas, ou seja, a reorganização do ensino superior, a especialização médica, a reorganização dos partidos rurais e as garantias nas carreiras, seria necessário que todos os objetivos vigorassem em todo o País e os mesmos sejam adaptados às circunstâncias de cada meio, a fim de não se tornarem obsoletas. Assim, “encarar isoladamente as Carreiras Médicas, estabelecendo-as no estado em que se encontram os serviços, equivale a trancar a iniciativa da Ordem, comprometendo do mesmo passo a instauração do Serviço de Saúde”, sendo que “o valor da assistência está no valor dos médicos que tiver ao seu serviço” (Guerra & Tomé, 1964, pp. 626-627).

A Saúde Pública não se tornava atrativa para o exercício da prática da medicina, visto que era uma função meramente administrativa (estatísticas, mapas e ofícios), tendo sido politizada. Estes eram também médicos municipais, com pesados encargos, mas com remuneração diminuta, não podendo, devido ao excesso de trabalho se dedicar à clínica livre — essa com remuneração de acordo com o serviço prestado. No entanto, os subdelegados de saúde eram imprescindíveis ao desenvolvimento da saúde pública, sendo membros de uma carreira médica própria, a Carreira de Saúde Pública⁶⁶, e desta forma o Estado importava a reforma educativa e financeira para este tipo de cargo.

Consequentemente, existia a necessidade de mais médicos-sanitários, devido, sem dúvida, ao crescente êxodo rural, visto que, ocorria a difusão do conhecimento, o indivíduo

⁶⁶ Na análise do Relatório sobre as Carreiras Médicas é notória a divisão estabelecida entre Carreiras de Saúde Pública, que englobava subdelegados de saúde, médicos municipais e Carreiras Hospitalares, ou seja, todos os médicos que se encontravam a exercer funções no hospital.

estava mais informado sobre os sintomas de certas doenças, queria retirar a máxima rentabilidade do seu trabalho, adquiria a “consciência da saúde”, tornando-se mais exigente, ou seja, cidadão.

Desta forma, é publicado o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de setembro, por imposição do art.º 63º n.º 2 do Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro, onde a organização das carreiras médicas é tida como o “método que se afigura mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compreensão dos esforços exigidos aos funcionários, a desejável justiça nos respetivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento” (Decreto-Lei n.º 414/71, 1971, preâmbulo)⁶⁷. Assim, esta organização iria responder às aspirações de todos os profissionais envolvidos na matéria da saúde pública, tornando estas profissões seguras, satisfazendo as expectativas dos seus profissionais. No entanto, não podemos esquecer a vertente municipal que estas atividades apresentaram durante longas décadas, sendo necessário, por isso, maiores responsabilidades no que diz respeito às decisões políticas presentes e futuras relativamente à hierarquização dos cargos.

Desta feita, o diploma atribui maior atenção aos problemas das carreiras médica, pois entende-se que, quando vários jovens visam ingressar no curso de medicina, não se pode nem se deve negar todas as possibilidades de atuação no quadro destas instituições. Da mesma forma, foram definidos dois tipos de carreiras médicas — a carreira médica hospitalar e a carreira médica de saúde pública. A carreira médica hospitalar deveria ser subdividida em quadros permanentes e quadros provisórios. Tendo em conta o novo regime, nos quadros permanentes estariam os médicos especializados e os quadros provisórios todos os médicos que estivessem no período de internato, ou seja, na preparação pós-licenciatura e aqueles que apresentassem uma graduação menor que a especialização. Já os médicos de saúde pública, ou seja, os que desenvolvem métodos de prevenção e tratamento de doenças sem necessidade de recorrer ao internamento hospitalar, seriam os médicos dos centros de saúde e constituíam um novo sistema de cobertura médico-sanitária.

Assim, as carreiras profissionais organizavam-se da seguinte forma:

Tipo 1 – de profissionais com habilitação de licenciatura universitária;

⁶⁷ No que toca às carreiras médica dos hospitais escolares, foi publicado o Decreto-lei n.º 33/73, de 6 de fevereiro, que estabelecia a sua hierarquia, desde o interno de policlínica até ao professor catedrático. Por outro lado, esta função era ordenada tendo em consideração a licenciatura em medicina, os cursos de pós-graduação e formação, e a “reciclagem” de profissionais.

Tipo 2 – de profissionais com habilitação técnica devidamente titulada;
Tipo 3 – de profissionais com habilitação para cargos de pessoal administrativo. (Decreto-Lei n.º 414/71, 1971, art.º 2º)

Sendo estabelecidas as seguintes carreiras:

Do Tipo 1: Carreira médica de saúde pública; Carreira médica hospitalar; Carreira farmacêutica; Carreira de administração hospitalar; Carreira de técnicos superiores de laboratório.
Do Tipo 2: Carreira de ensino de enfermagem; Carreira de enfermagem de saúde pública; Carreira de enfermagem hospitalar; Carreira de técnicos terapeutas; Carreira de técnicos de serviço social; Carreira de técnicos auxiliares de laboratório; Carreira de técnicos auxiliares sanitários. (Decreto-Lei n.º 414/71, 1971, art.º 4º n.º1)

As carreiras profissionais de tipo 3 eram aplicáveis ao pessoal administrativo.

Por conseguinte, foi determinado que a carreira médica tinha início no momento do internato, existindo dois graus, o internato de policlínica e o internato de especialidades. A primeira modalidade de internato era aberta para licenciados em medicina com idade inferior a 35 anos e teria a duração mínima de quatorze meses, com exame final. Caso o médico não fosse aprovado pelo serviço ou pelo exame perderia todo o vencimento do período de repetição, sendo este único. Na segunda modalidade, a admissão efetuava-se através de provas entre os médicos que tenham obtido classificação positiva no internato geral ou de policlínica há menos de três anos. As vagas seriam fixadas em despacho ministerial próprio.

Paralelamente, ficaram determinados os pressupostos essenciais para a carreira farmacêutica, de enfermagem e administrativa hospitalar. Da mesma forma, foram aprovados os graus, categorias e vencimentos de todos os funcionários hospitalares.

Por conseguinte, com a reorganização do sistema de saúde é possível afirmar que o bem-estar passa a ser entendido como uma “aspiração natural da pessoa humana, o qual, muito antes de o Estado assumir os propósitos da Política Social, se exprimiu em atuações originalmente ou por tendência predominante individualizadas e espontâneas” (Barbosa, 1972, p. 41). Por outro lado, é afirmável que segurança social e saúde pública são campos verdadeiramente autónomos, no entanto, a saúde insere-se num fim do primeiro conceito.

Para os sanitaristas da década de 70, era evidente a urgência da criação de uma segurança social que proporcionasse e estabelecesse meios para salvaguardar o direito à saúde, tal e qual como ela foi concebido e defendido pela OMS. Assim, “as prestações relativas ao conceito de saúde, pela sua especificidade, por motivos técnicos e em ordem a conseguir devida funcionalidade e alcançar desejáveis resultados, devem, no aspeto de execução direta ser entregues a um sistema unitário de saúde” (Barbosa, 1972, p. 43), cabendo à assistência social matérias relacionadas com a infância, juventude, idosos e pessoas mais carenciadas socialmente, compreendendo as funções básicas de saúde.

Por fim, a 22 de novembro de 1971 era publicado o Decreto-lei n.º 511/71 que visava solucionar os problemas latentes aos socorros, ocorrência de sinistros e doentes, criando o SNA. O diploma, no seu preâmbulo reconhece as atividades desenvolvidas pelos bombeiros voluntários e todas as entidades privadas que dispõem de meios para socorrer a população nas situações enunciadas. Por outro lado, em 1965 já tinha sido criado, em Lisboa, um serviço de prestação de primeiros socorros a nível público, o denominado “115”, que se estendeu ao Porto, Coimbra, Aveiro, Setúbal e Faro. Paralelamente, também a Guarda Nacional Republicana viu as suas competências serem alargadas em 1970, tendo, a partir desse ano, “a missão de prestar, por iniciativa própria ou a pedido, auxílio aos utentes das estradas, promovendo com urgência o socorro dos doentes e sinistrados pelo modo mais adequado” (Decreto-Lei n.º 511/71, 1971, preâmbulo), tendo ao seu dispor serviço de ambulâncias de modo a cobrir todas as zonas que não tivessem meios de socorro. Desta forma, o SNA ficava a cargo de um conselho constituído pelo secretário-geral do Ministério do Interior, o diretor-geral dos hospitais, pelos comandantes-gerais e pelos chefes dos serviços de saúde da Guarda Nacional Republicana, pelos inspetores de incêndios das zonas norte e sul, por um representante da Direção-Geral da Aeronáutica Civil e da Cruz Vermelha Portuguesa.

4.3. Novos Paradigmas Assistenciais

Paralelamente às alterações ocorridas no âmbito da saúde, no campo da assistência também se legislou de modo a modernizar e atualizar, à luz do desenvolvimento levado a cabo pelos países liberais europeus, as estruturas assistenciais. Como já referido, saúde e assistência eram, agora, conceções autónomas que se podiam congregar somente a nível de complementaridade.

No entanto, a Ordem dos Médicos sempre alertou para o facto dos Serviços Médico-Sociais não terem em consideração os direitos dos doentes e as garantias que deveriam

ser concedidas aos médicos que estavam ao seu dispor. Por outro lado, os médicos contestavam as más condições de trabalho proporcionado pela Federação das Caixas de Previdência, pelo excesso de doentes por cada profissional e pela baixa remuneração paga aos mesmos. Apesar do acordo estabelecido entre Previdência e Assistência, o que é certo é que os internamentos só poderiam ser realizados em última instância. As regiões rurais continuavam isoladas no âmbito assistencial do resto do País, devido ao seu baixo nível económico, falta de meios de comunicação, falta de recursos técnicos, apresentando taxas de mortalidade extremamente elevadas.

Desta forma, a 23 de setembro de 1960, foi publicada uma Portaria que ampliava o modelo de comparticipação de medicamentos aos beneficiários e seus familiares. Anteriormente, só os beneficiários da Previdência é que detinham direito de comparticipação aquando da compra de medicamentos, no entanto era momento de alargar o regime a toda a sua família de forma a salvaguardar os interesses do beneficiário e de toda a comunidade, visto que, desta forma, a família também gozava do acompanhamento necessário da Caixa em questão.

Por outro lado, foi publicada a Reforma da Previdência Social pela Lei n.º 2115 de 18 de junho de 1962, que revoga, desta forma, a Lei n.º 1884 de 16 de março de 1935, que apresentava como principal objetivo a coordenação da Previdência em sintonia com a política social, mais propriamente a saúde, criando o Conselho Social, constituído pelo Presidente do Conselho de Ministros — na altura António de Oliveira Salazar — e Ministro das Finanças, Ultramar, Corporações e Previdência Social, Saúde e Assistência. São reconhecidas quatro categorias de instituições, que se reduzem em,

2. Pertencem à 1ª categoria as instituições de Previdência de inscrição obrigatória fundamentalmente destinadas a proteger os trabalhadores de conta de outrem, as quais se classificam nos seguintes tipos:

- a) Caixas sindicais de Previdência;
- b) Casas do Povo;
- c) Casas dos Pescadores;

3. Pertencem à 2ª categoria as Caixas de reforma ou de Previdência, considerando-se como tais as instituições de inscrição obrigatória das pessoas que, sem dependência de entidades patronais, exercem determinadas profissões, serviços ou atividades.

4. Pertencem à 3ª categoria as associações de socorros mútuos, considerando-se como tais as instituições de Previdência de inscrição facultativa, capital indeterminado, duração indefinida e número ilimitado de sócios, tendo por base o auxílio recíproco.

5. Pertencem à 4ª categoria as instituições de Previdência do funcionalismo público, civil ou militar, e demais pessoas ao serviço do Estado e dos corpos administrativos, criadas ao abrigo de diplomas especiais. (Lei n.º 2115, 1962, Base III)

Comparativamente à lei n.º 1884, este diploma não apresenta nenhuma novidade quanto à divisão estabelecida. No entanto, as Caixas Sindicais, doravante, não só se preocupam com a proteção na doença, maternidade, invalidez, na velhice, como também amparar em caso de morte do trabalhador, dos familiares a seu cargo, apresentando, desta forma, uma preocupação mais acrescida que vai ao encontro com as questões sociais e familiares da época, não vislumbrando o indivíduo como um ser independente, mas um membro de uma comunidade, mais especificamente de uma família. Todavia, as instituições de Previdência da 1ª, 2ª, 3ª categorias estavam subordinadas ao Ministério das Corporações e Previdência Social. A tuberculose passa a ser considerada uma doença individualizada e com regime autónomo, da mesma forma que as doenças profissionais, sendo ordenada a criação de uma entidade reguladora.

Ficou determinada a existência e constituição de três tipos de Caixas: as Caixas de Previdência e abono de família “destinadas à proteção dos beneficiários e seus familiares na doença e na maternidade e à concessão de abono de família” (Lei n.º 2115, 1962, Base XII), as Caixas de Pensões e as Caixas de Seguros destinadas à cobertura de riscos especiais. Em suma, o diploma abrangia não só as Caixas de Previdência, mas também, o abono de família e Caixas de Pensões, as Caixas de Seguros, aspetos que não estavam plasmados em diplomas anteriores do âmbito da organização assistencial.

Seguidamente, a 10 de dezembro de 1962 foi publicada a Portaria n.º 19555 que regulava a questão da comparticipação de medicamentos estrangeiros por parte das Caixas de Previdência. Desta forma, os medicamentos só eram comparticipados quando “se trate de produtos nacionais ou originários de países que por acordo ou convenções em que Portugal seja parte contratante tenham direito ao tratamento nacional e possam ser adquiridos nas mesmas condições (...)” (Portaria n.º 19555, 1962, único). Todavia, o diploma em apreço constituiu uma mera alteração à Portaria n.º 17964, de 23 de setembro de 1960, apresentando nova redação para os seus n.ºs 1,2,3 e 4.

Paralelamente, a 23 de setembro de 1963, foi elaborado o Decreto n.º 45266 que tinha como principal objetivo reorganizar as Caixas Sindicais, dando cumprimento à Base XXXIII da Lei n.º 2115, de 18 de julho de 1962. Tornava-se urgente a

(...) reestruturação das atuais Caixas de Previdência, Caixas de reforma ou de Previdência com entidades patronais contribuintes e federações de umas e outras Caixas numa organização de conjunto centrada na Caixa Nacional de Pensões para os seguros de feridos, e em Caixas regionais de Previdência e abono de família, coordenadas por uma federação, para os seguros imediatos (doença e maternidade). (Decreto n.º 45266, 1963, preâmbulo)

Por outro lado, o decreto tinha como objetivo a coordenação dos esquemas e modelos dos diversos setores sociais. No tocante à doença, modalidades de prestação das Caixas Sindicais seria a prestação pecuniária, até 60% do salário médio, calculado agora com base na remuneração dos últimos 12 meses e não do último mês⁶⁸ como acontecia com o regime que vigorava até à publicação deste diploma, ou seja, subsídio no período impeditivo de trabalho e, para além deste, usufruiria de prestação em espécie, isto é, assistência médica, medicamentosa e, se fosse caso, internamento hospitalar. No entanto, a primeira modalidade de prestação só seria concedida ao beneficiário ativo, não sendo extensivo à sua família⁶⁹, mas já a segunda modalidade, pela evolução dos tempos passou a ser aplicada aos órfãos do beneficiário de acordo com os mesmos trâmites que se alargou o âmbito de aplicação do abono de família. Foi ampliada o internamento hospitalar para todas as modalidades necessárias, acabando com o exclusivo da cirurgia geral, continuando o sistema de senha no que toca às consultas e comparticipação de medicamentos.

De forma simples, é necessário distinguir no prazo de concessão das prestações, o prazo de espera e o prazo de duração. O primeiro diz respeito ao período de espera pelo beneficiário para iniciar o pagamento do subsídio, sendo este reduzido pelo regulamento para três dias. Já o segundo diz respeito ao período que o beneficiário tem direito a receber o referido subsídio, tendo sido alargado de 270 para 360 dias. Após os 360 dias, o subsídio é reduzido para 30% do salário médio, e caso a alta não seja prescrita no prazo de três anos, o beneficiário era considerado inválido e aplicar-se-ia o regime próprio. Porém, para ter direito ao subsídio seria necessário estar inscrito há pelo menos 1 ano, cessando o

⁶⁸ Caso o doente seja titular de um subsídio de tuberculose ou maternidade, cessa a possibilidade de usufruir do subsídio comum de doença temporária impeditiva.

⁶⁹ Para os respetivos efeitos, família compreende “o cônjuge que não exerça profissão remunerada e as restantes pessoas pelas quais o beneficiário tenha direito a abono de família” (Decreto n.º 45266, 1963, art.º38º n.º 2). Caso o familiar inicie uma profissão remunerada é mantido o direito pelo período de um ano.

direito quando estiver em causa doenças profissionais⁷⁰ ou resultantes de acidentes de trabalho ou se a doença foi internacionalmente provocada pelo beneficiário. Às prestações em espécie não é fixado qualquer prazo de durabilidade. Os serviços médicos abrangiam consultas de clínica geral, serviços especializados, intervenções cirúrgicas, internamento hospitalar.

No caso da maternidade, é necessário ter em consideração duas ideias. A inclusão do parto no seguro de doença e a obrigatoriedade de a entidade patronal conceder licença de maternidade por ocasião do parto e respetiva remuneração. Esta última, compreende 30 dias e a remuneração deve ser igual a 100% do vencimento ou ordenado. No tocante a tudo que esteja fora destes 30 dias, é concedido o subsídio semelhante ao da doença para as suas beneficiárias, e as mesmas têm direito a este subsídio pelo período de 60 dias pelo momento do parto⁷¹. No entanto, a beneficiária deveria estar inscrita há pelo menos 1 ano aquando do parto.

Já a tuberculose seria regulada em regime especial. No entanto, é de referir que o subsídio de doença por tuberculose, anteriormente idêntico a qualquer outra doença, ascendeu para 80% do salário para os doentes que se encontravam em tratamento ambulatorio e variava entre os 30 e os 60%, dependendo dos encargos familiares, para os doentes que se encontravam internados.

O problema do “mundo rural” foi tido em consideração, impondo o Governo às várias Casas do Povo⁷² a organização de um esquema de socorros e assistência mínima, como os subsídios de doença, no casamento, no nascimento de filhos, na invalidez, na morte para além das prestações em espécie — assistência médica e medicamentosa. Tudo isto para, pouco e pouco, os trabalhadores rurais, pescadores e independentes, pudessem realizar a sua inscrição nas Caixas Regionais e Caixa Nacional de Pensões.

Por outro lado, o decreto ampliava os direitos dos beneficiários das Caixas, garantindo a existência de um sistema de comunicação mais ativo e próximo das populações, de forma a esclarecer a situação de cada um. Seriam elaboradas de três em três anos listas das remunerações creditadas pelos beneficiários, tendo as mesmas, valor probatório em

⁷⁰ A proteção das doenças profissionais era realizada de acordo com o Decreto-Lei n.º 44307, de 27 de abril de 1962 publicado pelo *Diário de Governo*.

⁷¹ Caso a beneficiária, no momento do parto ainda exercer alguma atividade remunerada e continuar logo após o parto, perde o direito do subsídio da Caixa de Previdência. Por outro lado, o aborto espontâneo é considerado como parto para os efeitos legais em causa.

⁷² As Casas do Povo eram financiadas através dos seus fundos que englobavam as cotas dos sócios efetivos, as cotas dos sócios protetores, os proventos de qualquer atividade exercida e autorizada pelo Estado e das atribuições financeiras estatais, de acordo com o Decreto-lei n.º 23051, de 23 de setembro de 1933, publicado pelo *Diário do Governo I Série*.

caso de litígio. As Caixas Sindicais de Previdência poderiam dispor de serviço social especializado próprio.

Até final de 1961 o número de beneficiários ativos das Caixas Sindicais de Previdência era de 970 000. De acordo com o Governo português,

Modestamente, porém, se deve reconhecer que ainda uma vez, não foi necessário fazer milagres para fazer justiça, pois bastou que acima dos interesses individuais se tivesse sempre colocado o “bem comum” e que em função deste tivesse sido sempre conformado a atuação da Previdência. (Decreto n.º 45266, 1963, preâmbulo, ponto 11)

Todavia, em 1963 a taxa de mortalidade infantil era ainda de 73,1 por mil e a mortalidade materna de 7,5 por dez mil. No entanto, assistia-se a um grave problema em Portugal visto que, em várias localidades do interior o óbito por doença sem certificação médica era superior a 50%, como exemplo de Boticas de 80,6%, Castro Daire 74,6% e Montalegre de 74,8% (Guerra & Tomé, 1964, p. 632), concluindo, deste modo, que a questão dos partidos rurais ainda não estava solucionado e com baixa probabilidade de o ser, tendo em consideração as várias medidas legislativas em vigor, mas com praticabilidade remota.

Paralelamente, a 23 de setembro foi publicado o Decreto-Lei n.º 446/70 que cria o Conselho Superior da Ação Social. De acordo com o III Plano de Fomento, o Estado Português deveria, aliado ao produto nacional, desenvolver todas as valências que tornassem mais correta a distribuição entre todos os que participavam na produção de riqueza para o País. Desta forma, seria necessário unir esforços entre os dois Ministérios — Previdência Social e Saúde e Assistência — a fim de estabelecer uma política social global. Esta criação também tornar-se-ia possível com o alargamento progressivo do seguro constituindo a única solução que permitia o aproveitamento de todo o pessoal. O Conselho Superior da Ação Social foi criado nos dois ministérios e substituiu os órgãos sectoriais existentes nos mesmos. A este organismo caberia “o exercício de funções de natureza consultiva, repartidas pelas matérias que diretamente interessam à cooperação entre os serviços dos dois departamentos e por aquelas que respeitam aos vários setores das respectivas competências” (Decreto-Lei n.º 446/70, 1970, preâmbulo, ponto 3). Este conselho

foi dividido em secções, sendo a 2ª secção que contempla as temáticas da saúde e assistência, dando prevalência aos problemas de higiene e salubridade geral⁷³, onde se reuniam os diretores-gerais da saúde, enfermeiro-mor dos hospitais civis, diretores do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge (agora INSA), entre outros.

Por outro lado, o Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro⁷⁴, aborda a reorganização do Ministério da Saúde e Assistência. Desta forma, era da competência da Direção-Geral da Assistência Social a promoção e valorização da família como instituição fundamental, fomentar a integração social de todos os indivíduos, tendo em especial atenção os jovens, deficientes físicos e psíquicos e apelar à participação da população idosa na comunidade envolvente. Esta devia ter especial atenção à tutela dos assistidos, a tutela administrativa de todas as instituições privadas com setores assistenciais, criar estabelecimentos e dar pareceres sobre os seus estatutos, fomentar o aperfeiçoamento técnico de todos os funcionários e profissionais relacionados com a assistência social, entre outros. A mesma compreende a Inspeção Superior da Tutela Administrativa, que tem como base a inspeção administrativa de todas as instituições de assistência privadas e o Instituto de Família e Ação Social, que teria como objetivos a coordenação e fiscalização de todas as atividades de instituições ou estabelecimentos de assistência social.

4.4. Novos Paradigmas Hospitalares

Apesar de organizado, o sistema hospitalar português a nível público ainda não dava respostas eficazes aos problemas vivenciados no País, apresentando-se como meio supletivo de socorro os doentes. A importância do hospital moderno tem variado consoante as fases de desenvolvimento dos grupos populacionais, sendo influenciados pelas necessidades e desejos que prevalecem na ordem económica, social e educativa. Originalmente, o hospital era entendido como a instituição que cuidava dos pobres que não tinham recursos económicos para realizar o seu tratamento. Vários hospitais centrais tinham sido criados e remodelados, mas era necessária uma reforma que fosse ao encontro com os objetivos definidos pela OMS e conseguisse responder a todas as questões da população, nas suas três vertentes já enunciadas: preventiva, curativa e terapêutica. Desta feita, no Plano

⁷³ Na 2ª secção estavam presentes subsecções que diziam respeito à salubridade e higiene geral, medicina social, organização hospitalar e medicina do trabalho.

⁷⁴ Referida e analisada no que toca ao âmbito da saúde no subcapítulo anterior.

Intercalar de Fomento⁷⁵, ficou plasmada a intenção da reorganização do sistema hospitalar, aprovando-a financeiramente. No entanto, as alterações ao plano hospitalar já se tinham iniciado no início da década de 60.

Desta forma, em 1961, foi criada a Direção-Geral dos Hospitais pelo Decreto n.º 43853, de 10 de agosto, com o objetivo de orientar, fiscalizar e coordenar as ações de todos os locais que exercessem atividades hospitalares, quer fossem públicos quer privados. Esta Direção foi criada pelo facto de existirem, à época, bastantes hospitais e o esforço por parte do Estado para o aumento de serviços tentando obter um melhor rendimento possível face aos investimentos realizados pelo Governo. Por outro lado, o Estado estava a reunir esforços para não só implementar e salvaguardar a atividade médica, com finalidade recuperativa e terapêutica, mas também desenvolver uma vertente social, dotando os hospitais de equipas aptas a cooperar na prevenção de certas doenças, bem como no ensino do pessoal médico e de investigação.

Seria da competência desta Direção a preparação de planos de atividade hospitalar, fomentar as iniciativas de particulares, organizar os serviços hospitalares, entres outras. Foi criada a comissão inter-hospitalar de Coimbra com jurisdição hospitalar do Centro, cabendo às comissões do Porto e de Lisboa, somente a jurisdição da zona Norte e Sul, respetivamente. No entanto, o presente diploma não abrangia o Instituto Maternal, o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e o Instituto de Assistência Psiquiátrica. O novo organismo encontrava-se na dependência do Ministério da Saúde e Assistência, como consta no Decreto-Lei n.º 44320, de 30 de abril de 1962, publicado pelo *Diário do Governo*.

Tendo em consideração o recrutamento de pessoal desde o início do Estado Novo até ao momento, apresentava uma forma precária — regime de simples prestação de serviços —, mas o Governo entendeu que este procedimento de admissão deveria ser revisto, de modo a normalizar as situações disparidades remuneratórias. Desta feita, pelo Decreto-lei n.º 46309, de 27 de abril de 1965, determinava que os quadros do pessoal dos hospitais deveriam ser revistos com o auxílio do Ministro das Finanças, de modo a estabelecer categorias e vencimentos uniformes, e inserir os funcionários no regime adequado.

Por conseguinte, o Decreto-lei n.º 46310, da mesma data, fixava as categorias do pessoal que seria destacado para a Direção-Geral dos Hospitais, cabendo ao Ministério da Saúde e Assistência em parceria com o Ministério das Finanças, a sua organização. Os

⁷⁵ Lei n.º 2123, de 14 de dezembro de 1964, publicado pelo *Diário do Governo*, I série.

funcionários centrais, sempre que necessário, seriam deslocados para as direções de zona. Por outro lado,

(...) a Direção-Geral dos Hospitais compreenderá os seguintes serviços: Inspeções Superiores de Planeamento e Organização, de Gestão, de Medicina, de Serviços Farmacêuticos e de Inspeções e Equipamento; Inspeções de Enfermagem e de Ação Social, Gabinete de Estudos Médico-sociais; Repartição Administrativa; Direções de Zona e Comissões Inter-hospitalares. (Decreto-lei n.º 46310, 1965, art.º 2º)

Seguidamente, a 13 de dezembro de 1967, foi publicado o Decreto-lei n.º 48110 que tinha como objetivo regular a prática médica por estrangeiros e forças militares estacionadas em território nacional, visto que os diplomas existentes sobre a presente matéria⁷⁶, presumiam condicionamentos, que poderiam originar derrogações para casos excecionais. Desta feita, a norma determinava que os médicos, enfermeiros e técnicos auxiliares que pertencessem às forças armadas estacionadas em território nacional, poderiam exercer as práticas de medicina aos seus militares ou aos civis e pessoas a seu cargo, podendo ser autorizado em condições especiais, o abastecimento de medicamentos e aviamento de receitas, de acordo com o Decreto n.º 19331, de 6 de fevereiro de 1931, que regula a importação e venda de medicamento especializados de origem estrangeira.

Porém, a reorganização hospitalar tornava-se urgente. A Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946 tinha estabelecido, pela primeira vez em Portugal, um sistema hospitalar organizado a nível nacional, mas com pouca eficiência. No entanto, devido a motivos de várias ordens, como por exemplo a publicação do Relatório sobre as Carreiras Médicas e suas “denúncias” sanitárias, a Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, definia, na Base X, que o sistema hospitalar deveria ser dividido, na sua organização em três níveis, o nível central, regional e sub-regional, incorporando os postos de consultas, socorros e serviços auxiliares no conteúdo da organização hospitalar. O momento em apreço, parece ser o oportuno para o Estado reorganizar o sistema hospitalar português, visto que ocorreram as renovações dos edifícios dos hospitais centrais e regionais, a Previdência Social, com a reorganização da década de 60 começava a demonstrar os seus reais benefícios para os seus

⁷⁶ Como por exemplo, a Lei n.º 1976, de 10 de abril de 1939, o Decreto-lei n.º 38884, de 28 de abril de 1952 e o Decreto n.º 19331, de 6 de fevereiro de 1931, todas publicadas pelo *Diário do Governo*, I série.

contribuintes, a carreira de enfermagem foi revista, bem como a profissão de auxiliar dos serviços clínicos. Por outro lado, e não menos importante, foi criada a Direção-Geral dos Hospitais e o facto das populações aceitarem, mais facilmente, a deslocação a um hospital, devido à consciencialização da importância da saúde, sua prevenção e confiança pelo pessoal clínico. Não obstante, tornou-se imperativo a conceção da tarefa profissional que é a gestão hospitalar e a urgência de dotar os hospitais de equipas que soubessem gerir eficazmente o serviço, para que gastos desnecessários não ocorressem novamente. Deste modo, estabeleceu-se dois princípios, o da existência de planos anuais de gerência e a aplicação de métodos económicos de gestão, em relação à natureza e interesses do hospital em causa.

No entanto, vários eram os problemas que existiam no sistema hospitalar nos anos 60. Os hospitais centrais continuavam com as camas completamente lotadas, enquanto que nos hospitais sub-regionais existiam um enorme desaproveitamento de camas, só estando ocupadas 50,87 por cento em 1964, face aos 100,06 por cento de ocupação nos hospitais centrais (Atas da Câmara Corporativa n.º 77, 1967, p.1472). Por outro lado, e tendo em conta o que demonstra o Parecer n.º 9/IX, de 2 de novembro de 1967 da Câmara Corporativa, os hospitais regionais criados ao abrigo da Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1964 estavam sob a administração de Misericórdias, enquanto que os sub-regionais pertenciam a instituições de assistência particular. A solução para o problema dos hospitais sub-regionais, aparentemente o mais importante no momento em questão, seria não atribuir a verba que estava estipulada para a criação de mais centro de saúde, mas instalá-los nos hospitais sub-regionais que já existiam. No entanto, esta não foi a solução colhida pela Assembleia Nacional, atribuindo as instalações dos hospitais sub-regionais aos centros de saúde, quando os primeiros apresentassem um número de camas inferior a 50 camas, de acordo com o art.º 5º n.º 2 *a contrario* e art.º 120º n.º 2 do Decreto-lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968.

Desta feita, a 27 de abril de 1968 foi publicado o Decreto-lei n.º 48357 que determina as diretrizes da organização hospitalar. Desta forma, o diploma deve ser entendido, na sua essência, como um verdadeiro estatuto. Seguidamente, ficou deliberada a programação de uma adequada planificação hospitalar, de modo a permitir uma maior e ampla cobertura em todo o País, criar carreiras para médicos e outro pessoal técnico e a reorganização das estruturas e serviços já existentes, abarcando a gestão hospitalar, ou seja, as infraestruturas essenciais a toda a atividade médica, os serviços de assistência médica e todos os serviços que, direta ou indiretamente, pretendiam responder às necessidades da população

a nível de saúde a nível público, pois as instituições privadas que exerciam esta atividade, como era o caso da Santa Casa da Misericórdia, continuavam com os seus fins e utilidade particular, só devendo articular e atualizar os respetivos estabelecimentos com as novas normas emanadas.

Apresentava, como objetivo, a harmonia e ligação da rede hospitalar com os institutos médico-sociais, reconhecendo a importância dos transportes de doentes, bem como a criação de grupos ou centros hospitalares, obra já iniciada com a criação dos SUCH⁷⁷, retomando, desta forma, o princípio da unidade funcional do sistema, contemplada pela Lei n.º 2120, tendo este planeamento carácter permanente. Por outro lado, os serviços hospitalares, não só desenvolveriam uma função médica, mas também social, entendendo por ação médica “a cura e a reabilitação dos doentes e ainda a prevenção da doença, o ensino e a investigação científica, definindo o papel dos serviços hospitalares nestas diferentes atividades.” (Decreto-lei n.º 48357, 1968, preâmbulo, ponto 5), porém a reabilitação e o tratamento, ou seja, cura, continuavam a ser as prioridades dos serviços hospitalares, considerando o internamento uma medida extrema. Já a ação social tinha como principal objetivo estabelecer relações com os familiares do doente, de modo a promover a salubridade do meio em que viveria o indivíduo.⁷⁸ Após a alta, o hospital devia manter contato com o doente até que este voltasse, saudavelmente, à sua vida ativa. Ficava salvaguardada a possibilidade de relação entre hospitais públicos e clínicas privadas sempre que a situação concreta o exigisse.

Por outro lado, institui-se a responsabilidade dos serviços, sendo responsáveis, quer os médicos, quer os administrativos com o objetivo da realização de um trabalho comum, desenvolvendo, cada um a sua função com a máxima eficiência e eficácia possível, tendo em conta o “mais económico aproveitamento dos meios de ação e postos ao seu dispor” (Decreto-lei n.º 48357, 1968, preâmbulo, ponto 6). Por conseguinte, foi criado o Conselho de Disciplina Hospitalar e a instalação de carreiras médicas, vencendo, desta forma, a dualidade de estatutos, “o dos funcionários públicos, vigente nos hospitais do Estado, e o das pessoas coletivas de utilidade pública administrativa, aplicado na Misericórdia (...) através dos quadros intercomunicantes e da inscrição do pessoal abrangido por carreiras profissionais na Caixa de Previdência dos Empregados da Assistência” (Decreto-lei n.º

⁷⁷ Criação legislada pelo Decreto-lei n.º 46668, de 24 de novembro de 1965, publicado pelo *Diário do Governo, Série I*.

⁷⁸ É de ressaltar que, pelo art.º 82º da legislação em apreço, os prognósticos graves poderiam ser ocultados legitimamente aos doentes, mas deveriam ser relevados à família.

48357, 1968, preâmbulo, ponto 7). Deste modo, como se afirma no Relatório das Carreiras Médicas, “a simples instauração de uma carreira, só por si, não elimina todas as deficiências do sistema, nem é remédio para a totalidade dos seus males” (Decreto-lei n.º 48357, 1968, preâmbulo, ponto 7).

No entanto, é flagrante o facto dos direitos dos doentes serem apresentados em último plano, apresentando, antes, um enorme legado económico, como comprova o Decreto n.º 45266, de 23 de setembro de 1963. Desta feita, constatamos, que ainda na década de 60 o direito da saúde começou a ser defendido, mas sempre com a cautela económica, sendo este um dos fatores determinantes para o desenvolvimento sanitário do País.

De acordo com o art.º 91º do Decreto-lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968, é seguidamente publicado o Decreto n.º 48358, da mesma data, de forma a aprovar o Regulamento Geral dos Hospitais. Desta forma, ficou definido que os hospitais tinham de ser entendidos como serviços de interesse público, com o objetivo de prestar assistência médica a toda a população. É novamente referida a divisão geográfica dos hospitais em centrais, regionais e sub-regionais, a nível de serviços podiam ser gerais ou especializados e a responsabilidade poderia ser oficial (pública) ou particular. Os hospitais centrais representavam as sedes da zona, sendo gerais ou especializados. Os hospitais regionais e sub-regionais eram classificados de acordo com o número de camas que poderiam disponibilizar, podendo ser os hospitais sub-regionais mais pequenos considerados centros de saúde. Os hospitais gerais concediam assistência médica e serviço de cirurgia geral, apresentando algumas especialidades, tendo em consideração o seu grau na hierarquia hospitalar. Já os hospitais especializados tinham como objetivo proporcionar um ou mais serviços médicos especializados.

Por outro lado, os serviços hospitalares estavam divididos em dois grupos, sendo um destinado à assistência médica *lato sensu*, ou seja, serviços de ação médica, enfermagem, farmacêutica, entre outros e outro destinado à ação social, englobando os serviços administrativos, instalações, equipamentos e mais. Para estabelecer relações de proximidade entre os vários hospitais, foram criadas comissões permanentes, como a comissão de farmácia e terapêutica — revogada pelo Decreto-lei n.º 499/70, de 24 de outubro publicado pelo *Diário do Governo*⁷⁹ —, a comissão de escolha de mercadorias e a comissão de recepção de mercadorias, não podendo nenhum funcionário fazer parte destas duas últimas

⁷⁹ É de ressaltar que várias normas do Decreto analisado foram alteradas pelo Decreto n.º 499/70, de 24 de outubro, sendo este um decreto revogatório.

comissões em simultâneo. De encontro, ficou determinada a criação de um sistema de fiscalização do funcionamento eficaz e satisfatório dos serviços prestados no hospital.

No tocante à carreira médica hospitalar, estas foram agrupadas em,

- a) Nos hospitais centrais:
 - 1) Interno geral;
 - 2) Interno complementar;
 - 3) Graduado;
 - 4) Assistente;
 - 5) Diretor de serviço.
- b) Nos hospitais regionais:
 - 1) Assistente do hospital regional;
 - 2) Diretor de serviço do hospital regional. (Decreto n.º 48358, 1968, art.º 42º)

É de salientar que a reforma de 1968, como refere o Gonçalves Ferreira, ao delimitar e compor as Carreiras Médicas, “abriu o caminho duma experiência de que ainda não foram colhidos os resultados favoráveis possíveis, por insuficiente aproveitamento dos meios de cobertura médico-clínica e da saúde pública de toda a população então criados” (Ferreira, F.G, 2015, pp. 1066-1067).

Ficou determinado que a assistência ao doente podia ser realizada através de internamento, semi-internamento em forma de “hospital de dia” ou “hospital de noite”, consultas externas ou tratamento ao domicílio. A admissão do doente poderia ser ordinária, ou seja, com organização do respetivo processo clínico ou de urgência, quando ocorre fundamento sério para o internamento do doente mesmo sem a organização do processo. O mesmo poderia revestir a forma de pedido, quando o próprio doente ou familiares pretendessem o internamento do indivíduo e compulsivo quando a lei assim o determinava. Quando à determinação do tipo de doentes estes eram classificados quanto à responsabilidade em comum ou privado e quanto à comparticipação nos encargos estavam divididos em pensionistas, porcionistas e gratuitos. De acordo com o Decreto-lei n.º 46301, de 27 de abril de 1965 eram pensionistas os doentes que tinham condições económicas para custear os gastos realizados com o internamento, porcionistas aqueles que só tinha possibilidades para satisfazer uma parte e gratuitos quem não tinham qualquer possibilidade para se responsabilizar pelos encargos hospitalares. Equipara-se o doente privado ao pensionista sempre que o primeiro acorra ao hospital para ser assistido.

Por último, os hospitais centrais gerais seriam,

- a) Em Lisboa: os Hospitais Civis de Lisboa e o Hospital de Santa Maria;
- b) No Porto: o Hospital Escolar de S. João e o Hospital Geral de Santo António;
- c) Em Coimbra: os Hospitais da Universidade de Coimbra.
(Decreto n.º 48358, 1968, artº. 79º)

O Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais não regularam totalmente a questão dos hospitais escolares, assumindo, os mesmos, um estatuto especial nos quadros da organização hospitalar portuguesa. Eram os hospitais escolares que colaboravam ativamente na formação do pessoal médico, sendo de importância máxima a revisão do modelo organizacional dos funcionamentos destes organismos especiais. Desta forma, foi criado um conselho de direção em todos os hospitais escolares, com competência de orientação, coordenação e fiscalização de todo o seu funcionamento. O cargo de diretor hospitalar não era compatível com o de diretor da Faculdade de Medicina em questão, competindo-lhe presidir o conselho de direção, representar o hospital, assegurar o cumprimento das suas deliberações e decidir em todos os assuntos direcionados para o conselho de direção.

Os problemas que abalavam a organização dos hospitais, de acordo com Gonçalves Ferreira estavam circunscritos ao aumento da atividade hospitalar, bem como do número de serviços especializado, impondo a necessidade de formação permanente, o aumento dos riscos face à administração de medicamentos e as crescentes consequências económicas decorrentes da modernização e exploração dos hospitais. Desta forma, é imperativa a discussão sobre o papel do hospital, sendo a mesma complexa, concluindo que era necessário harmonizar o diagnóstico com o tratamento técnico, implicando a criação ou reestruturação de organismos de forma organizada, dando importante relevo à formação de equipas médicas especializadas.

O Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro, por revestir a estrutura de lei de bases e reorganização do Ministério da Saúde e Assistência, tem em consideração o sistema hospitalar. Assim, o Governo tinha como principal objetivo a fusão da Direção-Geral dos Hospitais nos serviços da Direção-Geral de Saúde, mas tendo em consideração a situação precoce da evolução hospitalar, considerou-se que tal união só seria possível no futuro.

Desta forma, a Direção-Geral dos Hospitais abrangia, somente, a organização dos hospitais centrais, regionais — a partir daquele momento, distritais —, sendo da competência da Direção-Geral de Saúde a coordenação do exercício dos centros de saúde, de modo a possibilitar à primeira direção uma atuação eficaz e pertinente.

Desta feita, os cuidados de saúde estavam divididos em cuidados primários ou de base, sendo serviços de saúde de 1º escalão, (centros de saúde) tendo como objetivos promover a saúde, prevenir a doença e realizar um prévio diagnóstico ao utente e cuidados secundários, ou seja, serviços de saúde de 2º escalão onde o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação eram diferenciados. No entanto, a cobertura médico-sanitária em Portugal era realizada de forma pública, com a criação dos centros de saúde, mas também de forma privada, através de instituições que prestavam cuidados de saúde e assistência à população, como já foi referido *supra*. Nesta primeira fase, o objetivo era estabelecer um contacto direto com o doente ou com a população, de modo a prestar localmente os cuidados de promoção de saúde ou prevenção de doença. Porém, quando o estado se agravava, quando os recursos técnicos deste escalão não se apresentavam suficientes ou os processos de diagnóstico ou tratamento necessitavam de uma estrutura mais específica, então o doente seria encaminhado para o 2º escalão, ou seja, o hospital. Desta forma, e de acordo com as palavras do Doutor Aloísio M. Coelho,

Este tipo de dispositivo operacional, que atua em várias fases — contacto ativo com a população; triagem desta; prestação dos cuidados adequados a uma parte e encaminhamento apropriado da parte restante — possibilita a reabilitação de um dos princípios básicos em que assenta a atual conceção dum sistema para a prestação de cuidados de saúde; o de este assegurar, de forma eficaz, a cobertura de toda a população. (Coelho, 1974, p. 46)

No seu seguimento, os cuidados de 2º escalão, de acordo com a legislação de 1971, estavam divididos em cuidados entregues aos hospitais distritais e cuidados entregues aos hospitais centrais. Por outro lado, inicialmente estava previsto que, com a criação do Instituto da Previdência, o ónus de escolha entre o sistema público ou privado pertencia aos beneficiários das respetivas Caixas de Previdência Social. No entanto, os mesmos, devido às ineficiências das mesmas, continuavam a recorrer aos hospitais das redes estatais, fazendo com que aumentassem cada vez mais as listas de espera e dificultando, deste modo

o internamento. É uma constatação que a seleção económica que ocorria no setor privado era a forma mais rápida de triagem e drenagem de doentes para as suas habitações, contrapondo-se à acumulação de utentes, com mais dificuldades a nível económico, nos hospitais públicos.

Todavia, em 1973 as dificuldades vividas pelas populações rurais no tocante à matéria de saúde continuavam inultrapassáveis. Pelas palavras de Domingos Braga da Cruz “os senhores subdelegados de saúde sem meios mínimos de atuação, mas que sempre deram provas, tantos deles, do regular cumprimento das múltiplas obrigações dos seus cargos” (Cruz, 1974, p. 24), comprovam a defesa da atuação dos subdelegados de saúde atribuindo-lhes o mérito pela aplicação célere do programa nacional de vacinação entre 1966 e 1967.

Conclusão

O sistema sanitário de Portugal, ao longo do período estudado, é tão vasto que não é possível desenvolver de forma abrangente numa dissertação. Neste quadro procurei focar as linhas político-legislativas de base, dando especial relevo aos diplomas legislativos que pretendiam determinar as bases e influenciar positivamente o desenvolvimento da saúde em Portugal.

O regime político instaurado pelo Estado Novo, e mais propriamente o período Salazarista, caracteriza-se por uma intervenção mínima do Estado que reservava para si alguns hospitais públicos, como era o caso do Hospital de São José em Lisboa. O mesmo atribuiu competências em caso de doença às Caixas Sindicais de Previdência no caso da população que se dedicava, a nível laboral ao comércio e à indústria. A população rural era assistida pelas Casas do Povo, enquanto que a população passiva (população que não trabalhava) encontrava-se entregue à assistência tradicional das Misericórdias que viam ressarcidas as suas despesas pelas Câmaras Municipais, contribuindo para agravar o orçamento das mesmas. Desta forma, Salazar pretendia afastar da responsabilidade do Estado todas as questões de saúde privada, ou seja, doenças não contagiosas e laborais, pois as mesmas não intervinham com o bem-estar da sociedade, não sendo considerado, por isso um perigo iminente, ou uma calamidade de saúde pública, como é referenciado na obra de Gonçalves Ferreira. Logo após o início da tomada de posse do seu novo cargo como Presidente do Conselho de Ministros, Oliveira Salazar, encetou pela elaboração de diplomas legislativos de base, como o reconhecimento das instituições de Previdência Social, estipulando as “bases” das Caixas Sindicais de Previdência e Caixas de Reforma ou Previdência. No entanto, não pode ser esquecido a anterior criação da Direção-Geral de Saúde e sua reestruturação em 1926, só revogado, na sua totalidade, após o 25 de abril de 1974⁸⁰, o Instituto de Puericultura no Porto e medidas para o combate do sezonismo, ou seja, diminuição da existência de insetos como as moscas e os mosquitos, visto que os mesmos estavam na base da difusão de muitas doenças. Paralelamente, estipula as linhas orientadoras da assistência à família, sendo esta uma concretização da importância atribuída a esta instituição plasmada na Constituição de 1933 e sendo um importante veículo de proteção, vigilância e amparo do doente. No entanto, e em muitas obras referenciado de forma sumária e pouco convicta, criou-se o Instituto Maternal, que albergava grávidas, que pela sua condição económico-social não podia ter o seu filho em casa, ou pelo risco

⁸⁰ Diploma revogado pelo Decreto-Lei n.º 569/76, de 19 de julho.

que se revelava o seu estado para a própria ou para o bebé, demonstrando a preocupação do Estado com a saúde materno-infantil e com a saúde da criança com menos de 1 ano de idade.

Desta feita, é notório, como vários autores indicam o ínfimo comprometimento da Nação Institucionalizada com as várias variantes de doença do foro privado, visto que, de acordo com a ideologia política deste regime, o lar era o local ideal para a convalescença do indivíduo, e só em casos de extrema necessidade é que o mesmo seria hospitalizado, tendo sempre em consideração a possibilidade de pagamento do mesmo. Por esta linha de raciocínio, a melhor forma de salvaguardar estes infortúnios foi, numa primeira linha a criação dos seguros obrigatórios, anterior ao Estado Novo, e após a criação da figura das Caixas Sindicais de Previdência, aliando o esforço da entidade patronal e do trabalhador, de forma a garantir a desresponsabilização do Estado. Estes modelos assistenciais tinham como principal objetivo a criação de condições sanitárias para a população ativa, tendo em consideração a contribuição do mesmo para a Caixa, mas que pouco a pouco foi sendo regulado pelo Estado de forma a eliminar desigualdades existentes na prestação de assistência. Na mesma linha de pensamento, as “regalias” concedidas aos beneficiários das Caixas, foram alargados aos seus familiares diretos, ou seja, esposa e filhos, de forma a garantir que todos os trabalhadores e seus dependentes estavam abrangidos por esta intervenção privada, em alguns casos, e não recorreriam ao setor público, que funcionaria em *ultima ratio*.

Paralelamente, e tendo em consideração a saúde mental como forma de insanidade que se reflete na estruturação de uma sociedade, o Governo esforça-se por lançar as diretrizes para a criação de um sistema nacional de saúde mental, apto a solucionar os problemas vivenciados em Portugal, querendo chamar a si essa responsabilidade, tentando acabar com os anteriores cuidados dispersados. No entanto, a partir da análise legislativa é evidente que a base da assistência psiquiátrica eram os hospitais psiquiátricos e a segregação, estando, por isso Portugal muito distante do modelo europeu que visava a integração do doente na sociedade e um contato contínuo com a população.

Por outro lado, o Estado Novo, com a intenção de (re)estruturar os modelos sanitários existentes, procedeu à organização hospitalar. No entanto, a mesma não passou de uma mera encenação, talvez para transparecer internacionalmente algum tipo de preocupação com a saúde privada e não só a nível de higiene pública, pois a administração dos hospitais criados ou reorganizados foi entregue às Misericórdias, ou, para camuflar conflitos de interesses de antigos diretores e administradores destas instituições privadas. Desta

forma, organismos públicos, construídos e organizados com capital público, passam a ser geridos e administrados por entidades privadas, com interesses últimos também privados.

No tocante à entrada de Portugal na OMS, não causou o desenvolvimento esperado pela maioria dos médicos portugueses. A nível constitucional, nada foi alterado, nem tampouco adicionado um artigo, no título referente aos direitos dos cidadãos, relacionado com a saúde, com o seu conceito e alcance. Por outro lado, todos os regulamentos transpostos para o direito nacional, não passavam de regulamentos que pretendiam estabelecer as diretrizes essenciais para os casos de transporte de pessoas ou migrações, para que epidemias existentes em alguns países não se tornassem reais noutros. Mesmo com a participação de emissários portugueses em reuniões e conferências internacionais, como foi o caso da Conferência de Nancy em 1952, sobre saúde, todas as suas conclusões eram positivas, afirmando que o nosso País estava muito desenvolvido a nível sanitário. No entanto, essas conclusões não passavam de meras formas de propaganda do regime, pois os índices demográficos analisados, ao longo deste trabalho, demonstram que existiam enormes dificuldades em Portugal a nível sanitário, a começar pela panóplia de micro-sistemas existentes para solucionar a assistência na doença e a acabar com a permanência de focos de propagação de doenças como a tuberculose, lepra, sarna.

Consequentemente com a nomeação de Marcelo Caetano para Presidente do Conselho de Ministros, o regime político sofreu algumas alterações, bem como uma maior abertura e a tomada de consciência da necessidade de solucionar vários problemas, entre os quais a saúde, quer na sua esfera pública quer privada. Desta forma, assistiu-se a uma reorganização dos ministérios, verificando-se um progresso significativo no âmbito da saúde e assistência. O ministro Baltazar Rebelo de Sousa e Gonçalves Ferreira elaboraram uma autêntica revolução neste âmbito, conjugando, por um lado os interesses dos médicos, tendo por base os seus apelos no Relatório das Carreiras Médicas, elaborado pela Ordem dos Médicos em 1961, e por outro as necessidades imediatas dos indivíduos. Desta forma, e como bem reflete Gonçalves Ferreira em todas as suas obras que abordam o tema da saúde em Portugal, os trabalhos realizados por ele e por Rebelo de Sousa foram a base que sustentou o atual sistema nacional de saúde. Desta forma, realizou-se uma verdadeira reforma no Ministério da Saúde e Assistência, tentando uma incorporação da Federação das Caixas de Previdência nesta nova orgânica, acabando com a dependência da população aos microssistemas existentes, criando um único sistema de saúde. No entanto, era necessário fazer a integração dos serviços Médico-Sociais nos novos Serviços de Saúde, mas esta transição não podia ser momentânea, sendo interrompida pelo 25 de abril.

Sumamente, a presente dissertação pretendeu apresentar uma retrospectiva das medidas sanitárias em Portugal, elencando as questões de maior relevo debruçando-se sobre as soluções apontadas pelo Estado, à luz da filosofia político-administrativa da época, deixando para um futuro próximo o estudo de questões individualizadas e específicas, como é o caso da tuberculose e da lepra, cuja panóplia de diplomas legislativos possibilita um estudo centrado nessas questões. Por outro lado, reflete igual interesse o desenvolvimento das políticas de saúde após o início do regime democrático português até à atualidade, que muitas questões têm suscitado, mesmo com a criação formal do SNS.

Fontes

Corpus Legislativo

Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública. (24 de dezembro de 1901). *Boletim dos Serviços Sanitários do Reino*, n.º 1, 1902.

Decreto n.º 5636. (10 de maio de 1919). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 12477. (12 de outubro de 1926). Diário da República: I série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 13166. (18 de fevereiro de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 13700. (31 de maio de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 5049. (8 de outubro de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 14433. (18 de outubro de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 5105. (12 de dezembro de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 14803. (30 de dezembro de 1927). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 16595. (13 de março de 1929). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de junho de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 6114. (23 de abril de 1929). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 17213. (10 de agosto de 1929). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de agosto de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 18186. (10 de abril de 1930). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DESPECHO MINISTERIAL n.º 235. (09 de outubro de 1930). Diário da República: I série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 19015. (7 de novembro de 1930). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 20285. (7 de setembro de 1931). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 12 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 20828. (28 de janeiro de 1932). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de julho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 22241. (22 de fevereiro de 1933). *Constituição Política da República Portuguesa*. Diário do Governo: I Série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 24316. (8 de agosto de 1934). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de junho de 2017, de www.dre.pt

DESPACHO MINISTERIAL n.º 238. (10 de outubro de 1934). Diário da República: I série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 24876. (9 de janeiro de 1935). Diário da República: I série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DESPACHO MINISTERIAL n.º 52. (6 de março de 1935). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de dezembro de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 1884. (16 de março de 1935). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 25935. (12 de outubro de 1935). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 25936. (12 de outubro de 1935). Diário do Governo: I série. Obtido em 20 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 27610. (1 de abril de 1937). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 28321. (27 de dezembro de 1937). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 28493. (19 de fevereiro de 1938). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de março de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 9041. (20 de julho de 1938). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de março de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 1998. (15 de maio de 1944). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2006. (11 de abril de 1945). Diário do Governo: I Série. Obtido em maio de 11 de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 34502. (18 de abril de 1945). Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 34534. (26 de abril de 1945). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 34547. (28 de abril de 1945). Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 35108. (7 de setembro de 1945). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 24 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2011. (2 de abril de 1946). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 36049. (18 de dezembro de 1946). Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 36361. (20 de junho de 1947). Diário da República: I série. Obtido em 20 de abril de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 36600. (22 de novembro de 1947). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

Carta de Confirmação e Ratificação da Constituição da Organização Mundial de Saúde. (1 de julho de 1948). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 20 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2036. (9 de agosto de 1949). Diário do Governo: I Série. Obtido em 20 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 37762. (24 de fevereiro de 1950). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 38331. (4 de julho de 1951). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 12 de julho de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 13748. (23 de novembro de 1951). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 39193. (2 de maio de 1953). *Regulamento n.º 2 da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 39721. (3 de julho de 1954). *Regulamento n.º 1 da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 22 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 39805. (4 de setembro de 1954). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 41401. (27 de novembro de 1957). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 21 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 16523. (27 de dezembro de 1957). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 22 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 41498. (2 de janeiro de 1958). Diário do Governo: I Série. Obtido em 20 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 41759. (27 de julho de 1958). Diário do Governo: I Série. Obtido em 1 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 41825. (13 de agosto de 1958). Diário do Governo: I Série. Obtido em 20 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 17964. (23 de setembro de 1960). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 43754. (24 de junho de 1961). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 22 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 43853. (10 de agosto de 1961). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 4 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 44277. (13 de abril de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 44308. (27 de abril de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 24 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2115. (18 de junho de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 19240. (18 de junho de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 44579. (19 de setembro de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 3 de maio de 2017, de www.dre.pt

PORTARIA n.º 19555. (10 de dezembro de 1962). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 3 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 44320. (30 de abril de 1963). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 4 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2120. (19 de julho de 1963). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 45266. (23 de setembro de 1963). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 45283. (1 de outubro de 1963). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 4 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2123. (14 de dezembro de 1964). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 46309. (27 de abril de 1965). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 6 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 46310. (27 de abril de 1965). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 6 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 46628. (5 de novembro de 1965). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 48110. (13 de dezembro de 1967). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 5 de maio de 2017, de www.dre.pt

LEI n.º 2133. (20 de dezembro de 1967). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 23 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 48166. (27 de dezembro de 1967). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 48357. (27 de abril de 1968). Lisboa: Diário do Governo. Obtido em 5 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 48358. (27 de abril de 1968). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 6 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 138/70. (4 de abril de 1970). *Novo Regulamento das Doenças, Traumatismos e Causas de Morte da Organização Mundial de Saúde, de 1967 (8.ª revisão internacional)*. Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 22 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 270/70. (15 de junho de 1970). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 24 de junho de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 446/70. (23 de setembro de 1970). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 7 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO n.º 499/70. (24 de outubro de 1970). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 9 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 102/71. (24 de março de 1971). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 299/71. (13 de julho de 1971). *Regulamento Sanitário Internacional*. Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 24 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 413/71. (27 de setembro de 1971). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 414/71. (27 de setembro de 1971). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 12 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 511/71. (22 de novembro de 1971). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

DECRETO-LEI n.º 33/73. (6 de fevereiro de 1973). Lisboa: Diário do Governo: I Série. Obtido em 2 de maio de 2017, de www.dre.pt

Debates Parlamentares

Diário das Sessões n.º 48. (25 de fevereiro de 1944). Lisboa: Assembleia Nacional. Obtido em 23 de maio de 2017, de <http://debates.parlamento.pt>

Diário das Sessões n.º 190. (6 de julho de 1945). Lisboa: Assembleia Nacional. Obtido em novembro de 6 de 2017, de <http://debates.parlamento.pt>

Atas da Câmara Corporativa n.º 4. (28 de janeiro de 1954). *Projeto de decreto-lei n.º 500*. Lisboa: Secretaria da Câmara Corporativa. Obtido em 23 de novembro de 2017, de <http://debates.parlamento.pt>

Atas da Câmara Corporativa n.º 13. (24 de março de 1954). *Parecer n.º 8/VI — Projeto de decreto-lei n.º 500*. Lisboa: Secretaria da Câmara Corporativa. Obtido em 23 de novembro de 2017, de <http://debates.parlamento.pt>

Atas da Câmara Corporativa n.º 133. (24 de maio de 1961). *Parecer n.º 42/VII — Projeto da proposta de lei n.º 514 — Estatuto da Saúde e Assistência, 133*. Lisboa: Secretaria da Câmara Corporativa. Obtido em 23 de janeiro de 2018, de <http://debates.parlamento.pt>

Atas da Câmara Corporativa n.º 77. (2 de novembro de 1967). *Parecer n.º 9/IX — Projeto do III Plano de Fomento, para 1968-1978 — Continente e Ilhas*. Lisboa: Secretaria da Câmara Corporativa. Obtido em 1 de janeiro de 2018, de <http://debates.parlamento.pt>

Publicações Periódicas

Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, mais tarde Instituto Nacional de Saúde

- Barbosa, P. M. (1972). Política Nacional de Saúde. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, I*, pp. 37-46. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Barbosa, P. M. (1973). Políticas de Saúde e Reforma dos Serviços de Saúde. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, II*, pp. 17-30. Obtido em 6 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Barbosa, P. M. (1974). Sistema de Previdência. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, III*, pp. 27-32. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Correia, F. d. (1946). A Lição da História (Evolução Geral do Instituto de Higiene). *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, I*, pp. 40-47. Obtido em 22 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Correia, F. d. (1946). O Papel Moderno do Subdelegado de Saúde. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, I*, 117-138. Obtido em 20 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Correia, F. d. (1949). Um Grave Problema Sanitário — As Criadas-portadoras da saúde e da doença. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, IV*, pp. 55-77. Obtido em 20 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Correia, F. d. (1951). Esboço da História da Medicina Social em Portugal. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, VI*, pp. 241-317. Obtido em 22 de junho de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Correia, F. d. (1953). O que a Saúde Pública deve ao Doutor Oliveira Salazar. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, VIII*, pp. 10-17. Obtido em 2 de novembro de 2017, de <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1013>
- Cruz, D. B. (1974). Sistemas Nacionais e Cobertura Geral da População. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, III*, pp. 23-26. Obtido em 30 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Ferreira, F. G. (1972). Perspetivas na Organização de Cuidados de Saúde — Doutrina, planeamento e programação. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, I*, pp. 15-36. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Ferreira, F. G. (1973). Política de Investigação em Saúde. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, II*, pp. 7-15. Obtido em 5 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Ferreira, F. G. (1973). Modernas Condições de Saúde, Habitação e Urbanismo. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, II*, pp. 31-38. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>

- Ferreira, F. G. (1974). Estudo dos Sistemas de Saúde. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, III*, pp. 13-16. Obtido em 2 de junho de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Ferreira, F. G. (1974). Estudo das Modernas Condições de Saúde. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, III*, pp. 61-65. Obtido em 8 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Furtado, C. D. (1946). Administração Sanitária e Salubridade. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, I*, pp. 161- 181. Obtido em 20 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Homem, F. F. (1946). Higiene Pré-Natal e Puericultura. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, I*, pp. 188-205. Obtido em 20 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Jorge, R. (1947). Prostituição e Profilaxia Antivenérea. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, II*, pp. 209-224. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Jorge, R. (1949). Discurso proferido na sessão de homenagem aos beneméritos do Hospital de Tomar (1928). *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, IV*, pp. 27-35. Obtido em 20 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Marques, M. G. (1974). Ligações dos Serviços de Cuidados Primários com os Serviços Hospitalares. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, III*, pp. 55-57. Obtido em 1 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Motta, L. C., & Theias, M. M. (1974). Doenças Evitáveis Dominantes (Situação em Portugal no início da década de 1970). *Arquivo do Insitituto Nacional de Saúde, III*, p. 94. Obtido em 1 de maio de 2017 de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1972-2001/>
- Negreiros, J. T. (1949). I Reunião dos Delegados de Saúde — Discurso do Subsecretário de Estado da Assistência. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, IV*, pp. 275-291. Obtido em 23 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Nina, C. (1948). Medicina Preventiva e Saúde Pública. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, III*, pp. 402-419. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- “Organização Mundial de Saúde — Os seus princípios.” *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge, II*, pp. 79-80.
- Organização Mundial de Saúde[OMS]. (1972). A Cólera no Mundo Durante o Ano de 1971. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, I*, pp. 275-277. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Pereira, M. F. (1973). Organização de uma Secção de Bacteriologia da Tuberculose no Laboratório de Bacteriologia de Delegação do ISNA no Porto. *Arquivo do Instituto Nacional de Saúde, II*, pp. 317-328. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>

- Sampaio, N. (1949). Sarna e Tinha. *Boletim do Instituto Superior De Higiene Doutor Ricardo Jorge*, IV, pp. 36-46. Obtido em 22 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>
- Silvestre, A. M. (1952). Ecos da Conferência de Nancy. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, VII, pp. 276-303. Obtido em 23 de novembro de 2017, de <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1013>
- Travassos, A. d. (1950). 2ª Reunião de Delegados de Saúde (1950). *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, V, pp. 81-101. Obtido em 2 de abril de 2017, de <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Biblioteca/BiblioDigit/Paginas/ArquivosICT.aspx>
- Travassos, A. d. (1950). Declaração obrigatória das doenças contagiosas. *Boletim do Instituto Superior de Higiene Doutor Ricardo Jorge*, V, pp. 238-242. Obtido em 2 de maio de 2017, de <http://www.insa.min-saude.pt/arquivos-do-instituto-nacional-de-saude-1912-2001/>

Outras Fontes Hemerográficas

- IV Congresso das Misericórdias. (1959). *Atas, III*. Lisboa.
- Grilo, J. F. (Junho e Dezembro de 1919). Legislação social Portuguesa. *Boletim de Previdência Social*, 21.
- Relatório sobre as Carreiras Médicas. *Ordem dos Médicos*. Lisboa 1961
- Sacadura, C. (1943). Relatório da Ação da Maternidade do Doutor Alfredo da Costa na Primeira Jornada das Mães de Família. *Boletim da Assistência Social* (1), 21-31. Lisboa: Subsecretariado de Estado da Assistência Social.

Bibliografia

- Almeida, A. d. (2017). *A Saúde No Estado Novo De Salazar (1933-1968)*. Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa: Tese de Doutoramento. Obtido em 23 de janeiro de 2018, de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/30337>
- Alves, J. F. (2008). Ricardo Jorge e a Saúde Pública em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 22(2-3), pp. 85-90. Obtido em 2 de outubro de 2017, de <http://www.scielo.mec.pt/scielo>
- Alves, J. F., & Carneiro, M. (2013). Estado Novo e Discurso Assistencialista (1933-1944). *Estudos do Século XX*, 13, pp. 333-353. Obtido em 14 de janeiro de 2017, de <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/handle/10316.2/36812>
- Arnaut, A. (2005). História do Serviço Nacional de Saúde. *Estudos do Século XX*, 5, pp. 107-114. Obtido em 12 de maio de 2017, de <https://www.uc.pt/iii/ceis20/Publicacoes/Revista>
- Bjornson, O. (1999). A Fundação do Estado Providência na Noruega. *Ler História*(37), pp. 23-43. Lisboa: Ler História.
- Caetano, M. (1972). *Manual de Ciência Política e Direito Constitucional* (6ª ed., Vol. I). Coimbra: Coimbra Editora.
- Caetano, M. (2008). *Manual de Direito Administrativo* (10ª ed., Vol. I). Coimbra: Livraria Almedina.
- Campina, A., & Tomás, S. (2016). *Portugal, o Estado Novo, António de Oliveira Salazar e a ONU: Posicionamento(s) e (I)legalidades no Pós II Guerra Mundial (1945-1970)*. Porto: IHC. Obtido em março de 14 de 2018, de <http://hdl.handle.net/11328/1811>
- Campos, A. M. (2013). Assistência Médica e Desigualdade Social no Estado Novo. *Estudos do Século XX*, 13, pp. 355-370. Obtido em 14 de janeiro de 2017, de <https://digitalis-dsp.uc.pt/jspui/handle/10316.2/36813>
- Carneiro, M. (2008). *Ajudar a Nascer. Partejas, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)* (1ª ed.). Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Castaño, D. (2017). Portugal e a ONU: Primeira Aproximação. *Relações Internacionais (R:I)*, pp. 009-038. Obtido em 23 de março de 2018, de <http://www.scielo.mec.pt/scielo>
- Ferreira, F. G. (1985). *15 Anos de História Recente de Portugal (1970-1984)*. Lisboa.
- Ferreira, F. G. (2015). *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento *** História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal* (Vol. III). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, T. S. (novembro de 2017). *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Dissertação de Mestrado. Obtido em 23 de janeiro de 2018, de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/109421>
- Guerra, M. (1960). O que é a Saúde? *Jornal o Médico*, pp. 1-30.
- Guerra, M., & Tomé, F. (1964). A Profissão Médica e os Problemas da Saúde e Assistência. *Análise Social, II*, pp. 623-651.
- Herrero, B. d., & Alves, J. F. (setembro de 2015). Comunicação Social e sanitarismo entre as duas grandes guerras — Os cartazes da Liga de Profilaxia Social (Porto-Portugal). (CITCEM, Ed.) Portugal. Obtido em 27 de novembro de 2017, de <https://www.researchgate.net>

- Jabot, F., & Loncle, P. (2007). Dimensions Territoriales des Politiques de Santé Publique et Influences sur les Métiers. Em *Santé Publique* (Vol. 19, pp. 19-35). França: S.F.S.P. Obtido em 13 de maio de 2017, de <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-21.htm>
- Joël, M.-È. (3 de setembro de 2000). Des soins à la Santé Publique. França. Obtido em 13 de maio de 2017, de <http://www.revue-projet.com/articles/des-soins-a-la-sante-publique/>
- Miguel, J. P. (2013). A Saúde em Tempos de Transição (1968-1974). (A. N. Portugal, Ed.) *Anais da Academia Nacional de Medicina de Portugal*, 3. Obtido em 14 de janeiro de 2017, de <http://www.academianacionalmedicina.pt>
- Nazareth, J. M. (1985). A demografia portuguesa do século XX: principais linhas de evolução e transformação. *Análise Social*, XXI (3.º-4.º-5.º), pp. 963-980.
- Nunes, J. A. (2009). Saúde, Direito à Saúde e Justiça Sanitária. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 87, pp. 143-169. Obtido em 14 de janeiro de 2017, de <https://rccs.revues.org/1588>
- Pereira, M. H. (1999). As Origens do Estado-Providência em Portugal: as novas fronteiras entre o público e o privado. *Ler História*, 37, pp. 47-75. Obtido em 20 de março de 2017, de http://www.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/RBR_MA_14214.PDF
- Pereira, P. T. (2015). *O Estado Novo e a Construção da sua Política Social*. Porto: Universidade do Porto.
- Piovesan, F. (2013). *Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional* (14ª ed.). São Paulo: Editora Saraiva.
- Pita, J. R. (2006). Práticas científicas à volta de 1900: Química, Microbiologia e saúde pública em Portugal. *A natureza as suas Histórias e os seus Caminhos*, pp. 39-51. Obtido em 12 de maio de 2017, de <https://www.uc.pt>
- Pommier, J., & Grimaud, O. (2007). Les Fonctions Essentielles de Santé Publique: Histoire, Définition et Application Possibles. Em *Santé Publique* (Vol. 19, pp. 9-14). França: S.F.S.P. Obtido em 13 de maio de 2017, de <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-9.htm>
- Rodrigues, A. (2003). *Da Assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: o Papel da Enfermagem (1926-2002)*. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa: Tese de Doutoramento. Obtido em 20 de abril de 2017, de <https://run.unl.pt/handle/10362/10616>
- Simões, J. et al. (2010). *30 Anos de Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Almedina.
- Veloso, A.J. Barros (coordenador) (2017). *Médicos e Sociedade. Para uma História da Medicina em Portugal no século XX*. Lisboa. By The Book — Edições.