

---

OCTÁVIO GONÇALVES LOPES

Director do S.I.E.  
Hospitais da Universidade de Coimbra

---

## PLANEAMENTO EM SAÚDE PARA A HISTÓRIA DA EVOLUÇÃO DAS ESTRUTURAS DE SAÚDE EM PORTUGAL

---

99

*Estabelecida a ditadura em 1926 e após a entrada de Salazar no Governo, a ideologia corporativa no domínio da saúde começa a fazer-se sentir a partir de 1930 e, de face mais descoberta, com a publicação da Constituição de 1933. A procura do condicionamento da realidade existente pela ideologia desenvolve-se até fins da 2.ª Guerra Mundial. A partir de 1946, razões de vária*

*ordem obrigam à «resolução» de situações de profunda contradição com os princípios do regime. Numa amálgama de decisões em diversos planos do social (saúde, assistência, previdência), por vezes caótica, em que o Estado se assume interventor, impõe a necessidade de mudanças racionalizadoras das estruturas da saúde numa mais correcta adequação às realidades.*

**S**Ó uma metodologia que tenha em conta uma função relacional no tempo entre os parâmetros característicos dos processos, permite, de alguma maneira, conhecer melhor a dinâmica destes e as soluções de continuidade que geram, demarcadoras de novas e importantes orientações.

### Nota prévia

Neste sentido, a abordagem do Planeamento em Saúde integra a evolução das estruturas de saúde, sendo seus parâmetros, as formulações mais racionalizadoras e de aplicações concretas não pontuais, isto é, de aplicação universal num universo limitado, o país.

Importante sector da actividade social, que continua no entanto sem merecer a devida atenção, o nosso objecto de estudo revela no seu «processus» cinco períodos históricos compreendidos entre a fundação da nacionalidade e os dias de hoje e cujos marcos balizadores se situam nos inícios do séc. XVI (1514), em 1837, em 1919 e em 1946.

O texto condensado que se apresenta focaliza o período do Estado Novo e está inserido em obra a publicar com o mesmo título por sua vez complemento de trabalhos de investigação de Planeamento Radiológico que estamos a levar a efeito sob a orientação do Professor J. Descy de Sociologia Médica da Escola de Saúde Pública da Universidade Católica de Louvain.

### **Dos inícios do Estado Novo a 1946**

100

É ainda o homem da legislação da Saúde Pública do fim do séc. XIX, Ricardo Jorge, que aparece a fazer nova «Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública» reafirmando o nosso atraso e referindo um novo direito internacional das gentes independente da ordem política e colectiva que designava por «solidariedade higiénica internacional» (Dec. n.º 12477 de 12 de Outubro de 1926).

A nova lei orgânica, para além das normas e regras já instituídas em regulamentos anteriores, vai dignificar o médico em serviço exclusivo na Saúde Pública e faz uma nova distribuição de meios humanos médico-sanitários, obedecendo à fixação base de um sub-inspector de saúde privativo por 10000 habitantes, independentemente da existência de médicos municipais.

De novo se alteram dependências tutelares passando o Ministério do Interior em Maio de 1927 a integrar a Direcção Geral de Saúde e a Direcção Geral de Assistência agora criada. A Direcção Geral de Assistência aglutina a Direcção Geral dos Hospitais Cívicos de Lisboa e vários serviços até aqui na dependência do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios (Dec. n.º 13700 de 31 de Maio de 1927) (1).

Ainda em 31 de Dezembro de 1927, mais uma nova lei de «Reorganização dos Serviços de Assistência» é publicada compreendendo a organização da Direcção Geral e suas atribuições, sem qualquer inovação (Dec. n.º 14813 de 3 de Novembro de 1928).

Em 1929, regulamentam-se os problemas do pessoal dos Serviços de Assistência havendo como nota dominante a preocupação de só proceder a admissões por contrato ou assalariamento a fim de não criar vínculo à função pública (Dec. n.º 17443 de 12 de Outubro de 1928). Tal prática é reafirmada em novo decreto de 1930 que se revela altamente centralizador fazendo depender do Director Geral as admissões de pessoal dos vários estabelecimentos assistenciais estatais (Dec. n.º 18566 de 1 de Julho de 1930). Entrou-se na prática de novos princípios políticos que são apanágio do sistema instituído como veremos.

Uma das suas facetas vai manifestar-se de forma aberta com a reforma da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cívicos de Lisboa. Com efeito o ensino que era de 3 anos, dois de Curso Geral e um de Curso Complementar passará a ser apenas de 2 anos com a simples justificação de que o curso deve ser prático (Dec. n.º 19060 de 24 de

(1) O Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios foi criado em 1919 (Dec. n.º 5640, de 5 de Junho de 1919). Instituição de base para a implementação da Segurança Social no país, o I.S.S. Obrigatórios foi extinto em 1933 pelo novo regime.

Novembro de 1930). Assim se vai perder a nível da enfermagem toda uma dignificação consagrada em 1925 por decreto, onde surgem as normas de planeamento de meios humanos de enfermagem hospitalar subordinadas a uma formação escolar que agora se destrói (Dec. n.º 10915 de 6 de Julho de 1925) (2).

Entretanto, a Ordem Nova, o Estado Novo, vai aparecer de face descoberta com a Constituição Corporativa de 19 de Março de 1933, a publicação do Estatuto do Trabalho Nacional e a legislação complementar relativa a associações patronais e dos trabalhadores. Criam-se as Casas do Povo para as freguesias rurais e o Instituto Nacional do Trabalho e Previdência (Decs. n.ºs 23048, 23049, 23050, 23053 de 13 de Setembro de 1933).

A lei da previdência social de 1935, irá «reconhecer as instituições de previdência», sem no entanto estabelecer um regime de previdência, pois que a iniciativa e organização das Caixas de Previdência, incumbe aos Grémios e Sindicatos e respectivas Federações (Lei n.º 1884 de 16 de Maio de 1935).

Sendo exemplar na definição de princípios do Estado Corporativo, o preâmbulo do decreto regulamentador da nova lei da previdência, (Dec. n.º 25935 de 12 de Outubro de 1935) passamos a transcrever as seguintes passagens:

— «Realizam as caixas sindicais o tipo mais perfeito e mais completo das instituições de previdência com base corporativa... Com efeito, as caixas sindicais são em regra produto de contratos colectivos de trabalho. A sua organização não representa acto de humanitarismo mais ou menos alheado das realidades gerais, mas a conjugação do princípio da previdência com as próprias condições económicas da actividade em questão».

— «A existência da caixa sindical ficará desta forma directa e unicamente ligada aos destinos da própria profissão ou modalidade de exploração económica a que disser respeito. E é neste aspecto de perfeita solidariedade de interesses, longe da abstracção da luta de classes ou da utopia socialista do Estado-Previdência que se verifica mais uma vez o nível elevado das soluções corporativas e a sua natural conformidade com as realidades da vida».

— «Concentrar no Estado os cuidados e as responsabilidades da administração das instituições de previdência seria praticar erro duplamente funesto. Erro económico porque a burocratização de tais serviços é sempre cara e de precário rendimento. Erro político e social porque iria concorrer para diminuir a já débil capacidade da iniciativa privada, tão pronta nos tempos que vão correndo a fugir ao cumprimento dos seus deveres e a entregar tudo ao Estado».

---

(2) Idênticas medidas foram tomadas de 1930 a 1942 noutros sectores do ensino, como foi o caso da Faculdade de Letras do Porto, Escola Nacional Superior e as Escolas do Magistério Primário. Em 1931 aparecem os postos escolares de ensino primário com professores alguns sem preparação e que eram designados por regentes escolares.

Algumas das formulações apresentadas com pretensão requinte, constituem preciosas chaves para o conhecimento deste tempo.

Com efeito, e para além do que transcrevemos acima, ainda no preâmbulo do decreto se refere que a vontade encontrada em modestas instituições «reliquias da previdência tradicional dos ofícios, às vezes mesmo sem estatutos nem existência legal», deve ser o modelo a estabelecer! (3).

Também a Medicina Preventiva, para que «a linha doutrinária do texto constitucional não sofra desvio...» deverá ter presente que: «A função dos organismos oficiais, exemplar e orientadora, deverá conservar, quanto à satisfação directa das necessidades, um carácter supletório». Assim se iria estabelecer «pequenos postos de consulta e orientação», de protecção à maternidade, cujos princípios seriam difundidos pela nova organização «Lar Português» (Dec.-Lei n.º 25 936 de 12 de Outubro de 1935).

Esta fraseologia de 1935, sobre a função dos organismos oficiais, passa a ser o «leit motif» na legislação e nos discursos das entidades oficiais.

As minorias ideológicas sentem a necessidade da repetição do tema, de modo a cooptar sectores sociais afastados. Deste modo, escreve-se em 1937 (Dec.-Lei n.º 27 610 de 1 de Abril de 1937) acerca do papel do Estado e da sua acção neo-interventora, que:

«contrariamente ao que a alguns se afiguraria, a organização corporativa do Estado e alguns dos princípios essenciais deste, levarão logicamente a buscar a solução do problema da assistência mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação de organismos públicos, burocratizados, estatizados, ou sejam mecânicos e inertes» (4).

Mas, em 1940, a intervenção estatal acentua-se na acção repressiva para resolver problemas de Direcção Geral da Assistência; os comandos da Polícia criam os seus albergues, «fruto espontâneo de acção oficiosa de alguns comandos...» (Dec.-Lei n.º 30 389 de 27 de Agosto de 1940) e cria-se o

(3) Para que não haja lugar a dúvidas, cada organização de previdência é adequada às possibilidades das diversas profissões e categorias económicas pois que, — «a uniformidade do sistema não passa de uma ilusão e nem mesmo é de supor se na realidade as cousas poderiam efectivar-se por maneira diferente!»

(4) E acrescenta-se: — «Certamente, e não se sabe ainda porque período, a assistência pública — paga, dirigida e administrada pelo Estado — terá de continuar, mas nada exige que desde já se vá além de conferir-lhe uma função supletiva e de coordenação e orientação superiores, no sentido de que ao Estado incumba na assistência, sobretudo, uma função de justiça e aos particulares a função essencial de misericórdia». São palavras do Ministro Mário Pais de Sousa no preâmbulo no novo decreto da Direcção Geral de Assistência.

Subsecretariado de Estado da Assistência Social (Dec.-Lei n.º 30692 de 27 de Agosto de 1940).

Em 1941 é oficialmente criada a Comissão Instaladora do novo hospital para alienados em Lisboa, designado por Hospital Júlio de Matos. Continua a sustentar-se a função orientadora, fomentadora e supletiva do Estado e reafirma-se que a assistência tanto nas doenças mentais como nas outras, «incumbe primordialmente à família e a instituições particulares», cooperando com o Estado (Dec.-Lei n.º 31345 de 27 de Junho de 1941).

Trata-se de um discurso fundamentalmente paternalista, que seria retomado no Dec.-Lei n.º 31666 de 22 de Novembro de 1941) que procura reanimar o «Lar Português», criado seis anos antes.

O novo texto legal estabelece a conversão das instituições e estabelecimentos de assistência oficiais ou oficializados em privados (art. 3.º) promove a separação dos sexos (art. 4.º) e a correspondente separação dos estabelecimentos adequados.

Esta desoficialização/privatização encontra o seu prolongamento nas formas de contrato do pessoal de assistência (simples prestação de serviços ou assalariamento). Apenas os cargos da direcção e chefia serão abrangidos pelos quadros de pessoal das instituições (Dec.-Lei n.º 31913 de 12 de Março de 1942) (5).

Desoficializar/privatizar é um dos princípios básicos da doutrina do Estado Novo. Assim:

«A obrigação de prestar assistência é ao mesmo tempo dever cívico ou de justiça social e preceito religioso de caridade (...). Compete ao Estado, promover e impor, mesmo que coactivamente, o dever social de prestar assistência;...» (Dec.-Lei n.º 32255 de 12 de Setembro de 1942).

Entretanto, apesar das insuficiências de meios materiais e humanos e de uma péssima assistência prestada à população trabalhadora inscrita nas Caixas de Previdência, o movimento destas aumenta. O número de Caixas que era de 99 em 1938 passa para 3546 em 1942 (Dec.-Lei n.º 33533 de 12 de Fevereiro de 1944).

As contradições vão-se avolumando. O regime vai fechar a cúpula do edifício legislativo com a Lei de Bases de 1944 (Lei n.º 1998 de 15 de Maio de 1944). Longe de qualquer formulação planificadora da assistência social, esta lei condensa a ideologia do sistema, mas já sem a arrogância dos anos anteriores.

(5) Estas medidas concretizam-se, por exemplo, na abertura do Hospital Júlio de Matos, cujo decreto regulamentar impõe, no art. 2.º, que o pessoal médico, administrativo, de enfermagem e auxiliar seja admitido de acordo com o referido decreto.

O Estado terá agora, «normalmente», função supletiva das iniciativas particulares, mas poderá manter instituições de assistência se não for possível privatizá-las! <sup>(6)</sup>.

Havia que regulamentar a Lei n.º 1998, mas essa regulamentação vai ser ultrapassada para se proceder a uma reorganização com novos objectivos: — «Pelo presente diploma são reorganizados os serviços de Assistência Social». É assim que o preâmbulo de novo e importante decreto se inicia passado que é pouco mais de um ano sobre a publicação da Lei de 1944.

No período do regime corporativo, o Dec.-Lei n.º 35 108 de 7 de Novembro de 1945, que reorganiza os Serviços de Assistência Social, é a primeira manifestação formal de uma reaproximação à realidade nacional e de uma nova posição perante os problemas do país neste domínio.

Não se fala já do carácter supletivo da função estatal, mas das «instantes e mediatas necessidades de intensificação e desenvolvimento da actividade no campo da assistência» e da necessidade da «coordenação geral de todas as iniciativas e serviços». Reconhece-se também que: «A delicadeza e a complexidade dos problemas de Assistência Social não se compadecem com improvisações fáceis», sendo de «evitar a dispersão e duplicação de esforços»... O fundamental «princípio informador da reorganização dos serviços» de assistência é agora, o reconhecimento formal de que «as iniciativas particulares, ainda que meritórias, nem sempre se ajustam às necessidades».

Estamos perante uma nova atitude, tímida é certo, mas revelando já a necessidade de uma profunda mudança.

Não é aliás de admirar que o novo Ministro do Interior, Botelho Moniz, algo modifique, pois que já claramente havia aflorado tal intenção, ao dar posse em 1944 à nova Comissão para estudar e preparar a remodelação do sistema hospitalar (Sub. do Estado da Assistência Social, 1944), onde afirmou: «não existem ainda dados estatísticos que permitam com segurança conhecer as necessidades da assistência a prestar», assistência essa «falha de orgânica» dando «lugar a duplicidade e divergência de esforços», acentuando que o que mais o sensibilizou «foi a falta de organização que existe...»

Esta abertura revelada na saúde é algo que também se veio forjando, como se sabe, noutros sectores da actividade nacional e nalguns casos mais cedo <sup>(7)</sup>.

<sup>(6)</sup> Como contraponto desta situação em Portugal, lembremos que, em Inglaterra, o Plano Beveridge está em marcha. O Parlamento britânico aprovará também em 1944 a legislação que criará o Serviço Nacional de Saúde (Ferreira, 1975). Mas a realidade vai exigir, a curto prazo, que também no nosso país surjam novas orientações.

<sup>(7)</sup> A legislação de Fomento e Reorganização Industrial é uma das medidas no domínio da economia.

No caso da organização e planeamento hospitalar, a nova linha de pensamento receberá como veremos de seguida, novo e importante impulso, com a promulgação da Lei n.º 2011 de 4 de Abril de 1946.

Pode dizer-se que a partir de 1945, a impossibilidade prática da implementação de uma sociedade fundada na ideologia corporativa estava demonstrada não só por razões externas, a derrota nazi, como por razões internas, o estado geral do país. Perdida pois essa «esperança», os anos vindouros são anos de incoerência e desconcerto, ao mesmo tempo que despontam novos ideólogos mais alertados para a dramática realidade do país concreto.

Mercê das pressões que o desenvolvimento económico e social implica e do aumento das necessidades das populações a que se associam lutas reivindicativas, acentua-se a intervenção estatal em vários domínios da actividade económica nacional. Estamos perante um novo período histórico observável possivelmente noutros domínios de actividade que não só a assistência.

Com um parque hospitalar de uma pobreza conflagradora e, como o próprio poder reconhecia, profundamente atrasado relativamente a outros países europeus, é nesta grande área da saúde onde o Estado vai intervir.

Neste contexto, como já referimos, surge a Lei n.º 2011 de 2 de Abril de 1946. Foi como que uma verdadeira pedra caída no charco, pelo impacto e consequências que provocou, para além de constituir o nosso principal diploma de planeamento das estruturas hospitalares.

Todo o diploma, com as suas 25 Bases, constitui um verdadeiro repositório de regras e normas de planeamento das mais gerais, até aquelas que deveriam caber a órgãos técnicos.

Pelo invulgar pragmatismo e espírito tecnocrático que revela, não deixaremos de apontar alguns dos aspectos que contempla:

— Faz a regionalização e a hierarquização de hospitais por zonas, regiões e sub-regiões (Bases I a V).

— Assegura a assistência hospitalar desde o posto de consulta a nível rural, passando pelos diversos hospitais, centros de convalescença, hospícios e até brigadas móveis (Base VI a XIII).

— Apresenta fórmulas para o cálculo do número de camas (Bases XIV a XVI).

— Contempla a obrigação de estudos prospectivos demográficos para a elaboração de projectos de novos estabelecimentos (Base XVII).

**De 1946 até  
ao 25 de Abril  
de 1974**

— Fixa dotações financeiras anuais para o desenvolvimento de um plano de 10 anos que dotaria o país duma rede hospitalar de base (Base XIX e XX).

— Cria uma Comissão de Construções Hospitalares (Base XXI).

O carácter prematuro desta nova visão da política assistencial hospitalar, mesmo que não seguida na totalidade das implicações que envolvia, não deixou de influenciar outros sectores da saúde. Os hospitais que foram sendo construídos a partir de 1946 ficaram a dever-se à sua promulgação<sup>(8)</sup>.

Tal influência estende-se até ao domínio da mendicidade. Esta será proibida em 1947, retirando-se à Polícia de Segurança Pública a exclusividade do opróbio dos albergues que eram «fruto espontâneo de acção oficiosa de alguns comandos».

Tais instituições de «assistência» passam a ser dirigidas não pela Polícia mas por uma Comissão comprometendo outras organizações e pessoas. Para além disto, e reconhecendo que não foi possível colher resultados «... pelas medidas de simples repressão ou pelo concurso das benemerentes iniciativas particulares», indica-se ser importante seguir o exemplo europeu e em concreto a Inglaterra (Plano Beveridge, e a Bélgica com sistema que recusa a legislação de tipo penal inspirada no Código de Napoleão (Dec.-Lei n.º 36 448 de 1 de Agosto de 1947).

Pela mesma altura, começam também os Institutos regulamentados pelo Dec.-Lei n.º 35 108, de 1945, a intervir na actividade assistencial. Entre eles, cabe ao Instituto de Assistência aos Leprosos iniciar o combate à lepra em novos moldes. Formalizam-se as acções da luta contra as doenças infecto-contagiosas (Lei n.º 2036, de 9 de Agosto de 1949), onde a ligação à Previdência novamente se faz sentir no que respeita ao pagamento de encargos com os assistidos. Com todos os inconvenientes que a duplicação de funções determina, admite-se que as instituições de Previdência formem serviços próprios para prestar assistência na doença aos beneficiários, cujo número crescente prenuncia a total cobertura da população.

Igual formulação intervencionista se faz notar na Lei n.º 2044, de 20 de Julho de 1950 que veio estabelecer as bases legais a que devia obedecer o Instituto de Assistência Nacio-

---

<sup>(8)</sup> Com o aparecimento das Caixas de Previdência e extinção do Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios o seguro obrigatório havia desaparecido. A nova visão dos problemas conduz a que, em novo texto, as finalidades das Caixas contemplem ser «animador o desenvolvimento do seguro obrigatório de base corporativa» e ainda que «pode prever-se que a rede de seguro obrigatório ficará completa dentro de poucos anos (Dec.-Lei n.º 35 611, de 25 de Abril de 1946).

nal aos Tuberculosos. A chamada das Instituições de Previdência a novas acções na área da Saúde, traduz bem a situação de ausência de linhas de orientação bem definidas no sentido da integração das instituições. É exemplo do que acabamos de afirmar o texto legal que regulamenta a assistência médica na doença (Dec. n.º 37762, de 24 de Julho de 1950). Procurando responder às novas condições de desenvolvimento das forças produtivas e denunciando consciência adquirida de que a saúde é um direito dos cidadãos, expressa o princípio de que o seguro não pode ter uma função caritativa, mas de «recuperação da capacidade de trabalho do beneficiário doente e defesa da saúde do seu agregado familiar».

107

Entretanto as críticas aos Serviços de Assistência e as pressões exigindo melhores serviços e melhor qualidade fazem-se sentir cada vez mais<sup>(9)</sup>.

A intervenção das instituições de previdência na saúde, é cada vez mais importante. Cabe também agora às instituições de previdência, a cobertura dos encargos assistenciais hospitalares com os beneficiários (Dec.-Lei n.º 39 805, de 4 de Setembro de 1954), cujo número de assistidos em hospitais passa de 152 111 em 1943 para 224 704 em 1953.

A Ordem dos Médicos adapta-se às novas situações e altera os estatutos (Dec.-Lei n.º 40 651, de 21 de Junho de 1956). Inicia-se a uniformização de regalias aos funcionários da assistência que passam a ser idênticas às do funcionalismo público (Dec. n.º 40 974, de 11 de Janeiro de 1957). Vão longe os tempos da desoficialização dos funcionários da assistência.

O Instituto de Assistência Psiquiátrica nasce em 1958 e vem reforçar o carácter intervencionista do Estado, ao mesmo tempo que formaliza a rede de apoio primária, hospitalar e de estabelecimentos de recolhimento a nível nacional para os doentes do foro psiquiátrico (Dec.-Lei n.º 41 759, de 25 de Julho de 1958)<sup>(10)</sup>.

O Ministério da Saúde e Assistência nasce também naquele ano e extingue-se o Subsecretariado de Estado da Assistência Social (Dec.-Lei n.º 41 825, de 13 de Agosto de 1958). Uma das mais importantes medidas no decreto que vem estruturar este novo ministério e que melhor traduzem as novas orientações políticas, consistiu na revogação do artigo do decreto de 1942 que desoficializara a grande maioria os

<sup>(9)</sup> A criação do Ministério das Corporações e Previdência evidencia a crescente importância da Previdência (Dec.-Lei n.º 37 909, 1 de Agosto de 1950).

<sup>(10)</sup> É curioso analisar este decreto comparando-o com o de Julho de 1889, pois com setenta anos de desfazamento, os homens do séc. XIX, ligados a estes problemas, não deixam de revelar maior lucidez.

funcionários assistenciais (Dec.-Lei n.º 42210, de 13 de Abril de 1959).

O carácter intervencionista do Estado, que se acentua gradualmente, vai reforçar-se no caso particular dos hospitais, com a criação da Direcção Geral dos Hospitais em 1961.

Cabe a esta fomentar, coordenar e fiscalizar estabelecimentos, perante a crescente exigência de «uma orientação técnica especializada e centralizada a nível superior (Dec. n.º 43853, de 10 de Agosto de 1961) <sup>(11)</sup>.

Tudo caminha agora de forma mais acelerada. É urgente introduzir a nível da Administração Central, do Governo e das actividades económicas nacionais novas metodologias de gestão. É preciso desenvolver a indústria nacional e aumentar a produtividade.

O planeamento está na ordem do dia, pois é preciso gerir os magros recursos do país. Com uma guerra colonial iniciada em 1961, que delapida sofregamente as finanças públicas, urge tomar medidas.

Uma nova reorganização para a Previdência Social é formulada na Lei n.º 2115, de 18 de Junho de 1962. O discurso afasta-se cada vez mais do que conhecemos nos anos quarenta:

«Compete ao Governo regular, no quadro nacional e com vista ao seu desenvolvimento, os objectivos e realizações da previdência, coordená-los, num plano de conjunto, com os restantes sectores da política social designadamente os da saúde e assistência bem como sancionar a intervenção dos organismos corporativos na organização e expansão das instituições de seguro obrigatório».

Mas avança-se também para formas organizacionais que contemplem «com a possível urgência no sentido de desenvolver e generalizar a protecção social aos trabalhadores rurais e suas famílias, considerando a mais eficaz coordenação...». Nesta via, a base XIV da Lei prevê que haja utilização recíproca de serviços ou instalações «entre a Previdência e os serviços de saúde e as instituições ou estabelecimentos de assistência social».

Está lançado o germen de uma eventual unificação dos sistemas paralelos existentes, da saúde e assistência e da previdência social. Tais medidas ligam-se ao alargamento dos Seguros Sociais, que o decreto regulamentar da Lei n.º 2115, estabelece e que aponta para as acções que abrangem «... um campo de aplicação virtualmente extensivo a toda a população activa do território»... (Dec.-Lei n.º 45266, de 23 de Setembro de 1963).

<sup>(11)</sup> Lembremos que, na altura, se haviam inaugurado os maiores hospitais nacionais: Santa Maria — Lisboa; São João — Porto; Rovisco Pais — Tocha, etc.

Na mesma linha de mudança surge em 1963 nova lei da saúde e assistência, a Lei n.º 2120, de 19 de Julho, anunciada aquando da criação da Direcção Geral dos Hospitais como o futuro Estatuto da Saúde e Assistência.

Uma comparação do novo Estatuto da Saúde e Assistência com o de 1944, afastado no tempo por cerca de 20 anos dá-nos bem a diferença dos mundos e das mentalidades que os produziram. O novo estatuto é tecnicamente uma obra bem elaborada, ao pretender reformar sem afrontar. Também aí a necessidade sentida se impõe, pois propõe a integração de cuidados de saúde e exige a coordenação dos vários estabelecimentos e instituições. Anula os aspectos em que a assistência possa ser pensada de tipo caritativo, mesmo quando menciona o livre exercício da caridade e beneficência, sujeitas no entanto a possíveis restrições legais.

Se o velho estatuto pretendia fazer funcionar a saúde e assistência na perspectiva de princípios ideológicos, o novo estatuto parte de uma concepção assente em valores humanistas. Os objectivos são definidos a partir de situações concretas a que urge dar resposta, com origem na pessoa humana, na família ou na comunidade.

Ao sentido técnico que se criou, a que se associam razões de conjuntura, se deve por um lado a preocupação do estabelecimento de planos prévios e por outro de um mais racional aproveitamento dos dinheiros públicos que vemos aparecer nos diplomas deste período.

Com o Plano Intercalar de Fomento o planeamento atinge tal importância a nível nacional que a partir do seu lançamento se afirma: «a programação económica em Portugal passa a ser concebida como um instrumento global orientador do desenvolvimento do conjunto da economia portuguesa» (Dec.-Lei n.º 46909, de 19 de Março de 1966). A intervenção estatal é uma exigência.

É neste tempo propício que pela primeira vez a saúde é incluída num Plano de Fomento. Com efeito, o Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967 contém um capítulo sobre saúde que justifica como decorrente — «do reconhecimento das necessidades nacionais nesta matéria, a que correspondeu a decisão de dar prioridade, nos planos de desenvolvimento portugueses, às infra-estruturas que mais directamente contribuíram para o aperfeiçoamento do potencial produtivo da população» (Presidência do Conselho, 1964).

Apesar de o Plano Intercalar ser considerado por alguns economistas portugueses «o primeiro plano integral para a economia portuguesa (da Metrópole)» (Moura, 1969) pois que os anteriores eram «meros conjuntos de programas sectoriais», a verdade é que no âmbito da saúde nada nos induz

que a sua inclusão seja consequência de um estudo multi-variável do macro-planeamento nacional. Talvez o entrosamento se resuma à expressão «aperfeiçoamento do potencial produtivo da população», atrás referido. De qualquer forma, o que importa realçar, é que a saúde foi considerada dentro de novos esquemas de desenvolvimento global do país o que, em princípio, deveria determinar novas exigências de fundamentação.

Apesar de todas as incoerências, o terceiro Plano de Fomento que se seguiu no período 1968 a 1973, permitiu o alargamento do âmbito do planeamento, «mediante a inclusão dos aspectos relativos ao emprego e à repartição do rendimento e se dão «saltos» qualitativos na abordagem dos sectores sociais (Silva, 1984). No caso da saúde não ultrapassa ainda o mero enunciado dos objectivos (Giraldes, 1984), mas inclui um parágrafo de medidas de política, alínea c) — coordenação dos Serviços de Saúde e Assistência, que mostra a exigência da sistematização e coordenação implícitas nas concepções de planeamento (Sec. Geral da Assembleia Nacional, 1967). Não se estranha pois que se assista a uma certa corrida ao estabelecimento de novas estruturas nos órgãos superiores do poder que melhor permitam a análise constante da evolução das grandes variáveis da economia e o comportamento dos diversos sectores de actividade para actuações atempadas.

O Secretariado Técnico da Presidência do Conselho, remodelado e ampliado nas suas funções, passa a contar com um Gabinete de Estudos, uma Direcção de Serviços de Planeamento e outra de Integração Económica. Esboçam-se desde então actividades regionalizadas do planeamento, competindo ao Governo criar os devidos órgãos e aponta-se a constituição de grupos de trabalho da Comissão Interministerial para sectores específicos da actividade nacional (Decs.-Lei n.ºs 46 909 e 46 910, de 19 de Março de 1966). No sector da saúde alarga-se o acordo com a Previdência em 1967. Segundo o Ministro, Neto de Carvalho, tal «alargamento sistemático está a operar, (...) uma viragem, da medicina livre para a medicina organizada, cujo ponto fulcral talvez possa situar-se em 18 de Junho de 1965» (Carvalho, 1968) <sup>(12)</sup>.

A publicação do Estatuto Hospitalar, seguido do regulamento Geral dos Hospitais em 1968, são o fruto das novas exigências (Decs.-Lei n.ºs 48 357 e 48 358, de 27 de Abril de 1968). Vinte e dois anos após a saída da Lei, que, como referimos constituiu algo de insólito no tempo pelo seu avanço e

<sup>(12)</sup> A data citada respeita a data da assinatura do acordo para internamento hospitalar, entre a Previdência Social e a Direcção Geral dos Hospitais.

progressismo nas concepções e regras que estatua, vem agora o novo Estatuto na mesma senda de princípios.

É um importante documento que tenta, em face da impossibilidade da integração dos cuidados de saúde, superar tal situação através de uma unidade racionalizadora de actividades hospitalares em que o doente é o centro polarizador, origem e fim de tais actividades.

Não queremos deixar de assinalar a preocupação do legislador quando, pressentindo a necessidade de mudanças políticas e não desejando que a nova legislação pudesse no futuro ser um estorvo ao progresso e aperfeiçoamento do sistema, pretende «que o presente diploma seja verdadeiramente um estatuto, enquanto, numa atitude prospectiva, se limita a fixar pontos essenciais, a apontar tendências e a indicar directrizes que hão-de ser postas em execução à medida que o exijam as necessidades e o permitam as possibilidades existentes». Por outro lado o seu sentido personalista e a sua preocupação com a saúde das populações, leva-o a sublinhar que os hospitais «...estão abertos a todos os cidadãos, sendo princípio básico o do primado da pessoa do doente, como razão de ser e objectivo final da organização».

Entretanto, a experiência acumulada, o volume e a diversidade dos problemas postos a nível dos órgãos de planeamento, do Secretariado Técnico e dos grupos de trabalho da Comissão Interministerial de Planeamento, vai exigir novas orientações de organização das estruturas de planeamento do país<sup>(13)</sup>. Surgem então, ao lado das Comissões de Planeamento (Dec.-Lei n.º 49 132, de 18 de Julho de 1969), os Gabinetes de Planeamento a nível de cada departamento governamental, com intervenção na preparação e execução dos planos, como órgãos técnicos de apoio directo aos Ministérios respectivos (Dec.-Lei n.º 49 194, de 19 de Agosto de 1969).

Ainda em Agosto de 1970 é criado o Gabinete de Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência (Dec. n.º 397/70, de 20 de Agosto de 1970). Como seria de esperar o problema da racionalização de estruturas e serviços existentes de saúde constitui uma preocupação fundamental. O novo Gabinete é, pois, a nova fonte de futuras orientações de planificação com funções de fundamental importância, como por exemplo:

— Proceder ao estudo económico-financeiro dos planos e programas de saúde e assistência de acção nacional e regional.

---

(13) Pensamos que a nossa dependência tecnológica do estrangeiro no que respeita a Engenharia Hospitalar, a que se associava a falta de um corpo técnico de engenharia hospitalar nacional, contribuiu para que no campo do planeamento o novo estatuto não tivesse ultrapassado uma perspectiva administrativista.

— Programar as necessidades de pessoal técnico e auxiliar e estudar as condições de formação, especialização e actualização»

— Estudar e propor os critérios de prioridade a observar na elaboração do orçamento do Ministério.

Mas não se confinaram ao Gabinete de Planeamento os objectivos da racionalização das estruturas da saúde. Vimos que no terceiro Plano de Fomento foram incluídas medidas de política e entre elas as da coordenação dos Serviços de Saúde e Assistência, porque, tal, como referia o Dec.-Lei n.º 446/70, de 23 de Setembro de 1970, constituía «a primeira linha das preocupações de todos os responsáveis pelo delineamento e execução do plano, os problemas de coordenação entre os Ministérios das Corporações e Previdência Social e de Saúde e Assistência». A criação do Conselho Superior da Acção Social foi destinada a resolver tais problemas.

No meio deste período crítico de tanta implementação de formas coordenadoras, período de confusão e de desarticulação, um novo decreto de 1971 vem estabelecer a estrutura jurídica e as condições de funcionamento dos futuros centros de saúde (Dec.-Lei n.º 102/71, de 24 de Março de 1971). O que se procura é «o estabelecimento 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, de acordo com um plano global».

Era entretanto necessário mudar o rumo da situação e procurar novos meios legais para coordenar, articular e integrar toda a grande descoordenação, desarticulação e desintegração existentes.

Em Portugal, onde era muito recente a tentativa da constituição de um esquema coordenador de cuidados de saúde (Ferreira, 1975), a «...infinidade de actividades paralelas ou descoordenadas, sem ligação e de pequena eficácia», conduziu a nova legislação de reorganização dos Serviços do Ministério da Saúde e Assistência (Dec.-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro de 1971).

Pretende o novo diploma «atender à instante necessidade de intensificação e desenvolvimento das actividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a coordenação das iniciativas e instituições particulares...»

Estes novos legisladores, tal como os de 1968, estão longe das ideologias corporativas e o seu trabalho revela-os mais como técnicos conscientes do que como políticos. Opera-se agora uma mudança, que ultrapassa o âmbito da

reforma, na medida em que são subvertidos, qualitativamente, os princípios. Para além da coordenação, os propósitos são a constituição de um Sistema Nacional de Saúde por integração de serviços públicos e coordenação de iniciativas e instituições particulares, para o que se utilizou o que de melhor à Lei n.º 2120, continha.

Fundamentam-se tais propósitos nos «princípios e os métodos da saúde pública e da estratégia sanitária», inseridos numa «disciplina de planeamento e avaliação de resultados», na «reconversão da orgânica», «de acentuadas características individualistas», numa «política unitária de saúde e assistência», de forma a «assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social» e a incrementar a «promoção comunitária e social da população» (14).

As preocupações de racionalização das estruturas da saúde, reflectem-se no IV Plano de Fomento de 1974 a 1979 (Presidência do Conselho, 1973) onde no seu capítulo Saúde, se manifesta agora a formulação quantitativa dos seus objectivos, ou seja, «Promoção da procura dos meios», o «Fomento das condições do ambiente», o «controle» da morbilidade e da natalidade, a prestação de serviços pelo «Sistema Nacional de Saúde» e a progressiva cobertura por esquemas seguro-doença da população.

A nova legislação proporcionou, pois, a inclusão no Plano de algo novo. Diríamos que veio repor a saúde em Portugal no caminho abandonado, o caminho ditado por razões técnicas e consequentemente racionalizadoras.

Com o movimento revolucionário de 25 de Abril de 1974, novas perspectivas de profunda mudança se abrem para a saúde em Portugal e novas esperanças surgem para as populações. Com a queda do regime tudo é posto em causa. Os novos governantes, apostados na racionalização dos meios e no termo da anarquia e da incoerência, iniciam um novo período na saúde em Portugal. ■

(14) Também nesta nova legislação se faz sentir a falta de sensibilização para os problemas legados à Engenharia da Saúde em Geral. Não se diferencia o sector de actividade das Instalações e Equipamentos da saúde esquecendo que o planeamento não pode prescindir das funções de tal actividade, constituindo mesmo a sua principal fonte para a determinação dos volumes de primeiro investimento e consequentemente de qualquer estudo prévio nesse campo.

Infelizmente, e ainda na sequência da falta de sensibilidade para os problemas da Engenharia da Saúde em geral e da Engenharia Hospitalar em particular, e porque se mantém desde o século passado a anacrónica existência de um Ministério de Obras Públicas, a reorganização do Ministério da Saúde não contemplou a integração no seu seio da Direcção Geral das Construções Hospitalares.

Octávio Gonçalves  
Lopes

### Referências Bibliográficas

- 114
- |                                      |      |   |
|--------------------------------------|------|---|
| Carvalho, F. Neto de                 | 1968 | <i>Problemas de Saúde e Assistência, 1963-1967</i> , Lisboa.  |
| Dias, I. N. Ferreira                 | 1945 | <i>Linha de Rumo</i> , Clas. Editora, Lisboa.   |
| Ferreira, F. A. Gonçalves            | 1975 | <i>Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde</i> , Bib. C.P.C., Lisboa.   |
| Giraldes, Maria do Rosário           | 1984 | «Contributos para análise de experiências planeamento do Sector da Saúde» — <i>in O Planeamento Económico em Portugal: Lições da Experiência</i> , Sá da Costa, Lisboa. |
| Medina, João                         | 1977 | «Os primeiros fascistas portugueses», <i>Vértice</i> , 400/401.   |
| Moura, F. Pereira                    | 1969 | <i>Por onde vai a economia portuguesa</i> , D. Quixote, Lisboa.   |
| Presidência do Conselho              | 1964 | <i>Plano de Fomento 1965-1967 (Intercalar)</i> , Imp. Nac., Lisboa.   |
| Presidência do Conselho              | 1973 | <i>Projecto IV Plano de Fomento</i> , Imp. Nac., Lisboa.  |
| Proença, Raúl                        | 1964 | <i>Acerca do Integralismo Lusitano</i> , Seara Nova, Lisboa.  |
| Sec. Geral da Assembleia Nacional    | 1967 | <i>III Plano de Fomento para 1968-1973</i> , Vol. II, Lisboa.   |
| Silva, Manuela                       | 1984 | «O Planeamento Económico em Portugal: Lições da Experiência». <i>Perspectivas do Futuro in O Plan. Econ. em Portugal</i> , Sá da Costa, Lisboa.                         |
| Sub. do Estado da Assistência Social | 1944 | <i>Boletim de Assistência Social</i> , 17 a 19, Julho e Setembro, Lisboa.   |