

estado-providência

ESTUDOS DO SÉCULO

XX

número 13 • 2013

ASSISTÊNCIA MÉDICA E DESIGUALDADE  
SOCIAL NO ESTADO NOVO

Ana Maria Ferreira Campos

**Ana Maria Ferreira Campos**, Doutoranda em História Económica e Social, no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. Bolseira de Investigação no Gabinete de História Económica e Social (GHES), do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa. E-mail: am\_campos@hotmail.com.

## 1. Introdução

### 1.1. Política de Saúde e Estado Providência

As grandes transformações a nível geopolítico, económico e social que sucederam no período pós - II Guerra Mundial tornaram o momento propício para o florescimento dos *Estados Providência* nos países do Ocidente, surgindo a Grã-Bretanha como principal precursora. Este acontecimento foi potenciado por vários factores - a influência do *keynesianismo*, impulsionando a intervenção do Estado na economia; o desenvolvimento de concepções como *segurança social, bem-estar, justiça social, redistribuição do rendimento*; a mudança de atitude face ao problema da pobreza; a necessidade de garantir um nível de vida apropriado aos cidadãos e não apenas a satisfação das necessidades mais imediatas. No entanto, é unânime a opinião que sem as oportunidades criadas pelo crescimento económico muito dificilmente se conseguiria suportar a complexidade das políticas sociais. Estas incidem sobre diferentes sectores sociais, tendo como objectivo alcançar um nível de bem-estar social indispensável ao desenvolvimento económico e consenso social e, acima de tudo, reduzir as desigualdades sociais, sendo este o grande fundamento do Estado Providência.

A melhoria das condições de saúde da população em geral não pode ser desprendida da implementação do Estado Providência, nomeadamente se considerarmos a criação de serviços públicos, fruto da crescente intervenção do Estado. Por outro lado, concepções como igualdade e direitos sociais contribuíram para o entendimento de que era essencial melhorar o acesso aos cuidados de saúde. Assim, a partir do pós - guerra, assistiu-se a um aumento da assistência médica e à multiplicação de serviços de saúde públicos, cujo objectivo era melhorar o bem-estar da população e generalizar os cuidados médicos a toda a população. Ao mesmo tempo, defendia-se a criação de serviços de saúde nacionais, assentes nos princípios de igualdade e universalidade do Estado Providência. Neste contexto, a experiência da Grã-Bretanha vai ser decisiva, em grande parte graças à publicação do *Relatório Beveridge*, no qual se consagra o modelo universal de saúde - “A comprehensive national health service will ensure that for every citizen there is available whatever treatment he requires, in whatever form he requires it, domiciliary or institucional, general, specialist or consultant” (BEVERIDGE, 1942, p. 158). Com base nestes princípios surge em 1946 o National Health Service Act, que para T.H. Marshall representa o verdadeiro símbolo do Estado Providência, uma vez que este se assume independente de relações de “classe, pobreza, subsistência ou com os defeitos do sistema capitalista” (MARSHALL, 1967, p. 198).

Não se pode deixar de salientar que a melhoria dos níveis de saúde de uma população não depende apenas das medidas de política social, mas sim de todo um conjunto de reformas sociais, nomeadamente o combate à pobreza, o aumento dos salários, a construção de estruturas de saneamento e o investimento em habitação social. Ou seja, implica uma orientação política, no sentido de melhor as condições de vida da população em geral e, conseqüentemente, a redução das disparidades económicas e sociais. Neste sentido, o sistema político e económico tem uma grande influência, notando-se que em países onde imperam situações como os salários baixos e a má

qualidade do ensino ou nos países dominados por regimes de cariz totalitário é mais provável que perdurem problemas de pobreza na saúde, que se reflectem sobretudo ao nível da elevada Taxa de Mortalidade Infantil e na baixa Esperança Médica de Vida à nascença (HOFRICHTER, pp. 6-7).

As disparidades na riqueza e no rendimento, as situações de pobreza e privação, a discriminação do género, a escassez de serviços públicos e protecção social, a habitação insalubre, a urbanização desregrada e mesmo a limitação (ou eliminação) do poder sindical são as principais causas de desigualdade com repercussões na saúde e que cabem na esfera de acção das políticas sociais e políticas públicas dos governos.

## 1.2. Estado de Arte e objectivos

Em Portugal, a afirmação do Estado Providência ocorre apenas após a Revolução de 1974 (BARRETO, 2000; MAIA, 1985; RODRIGUES, 1999; LUCENA, 2000). Isso não significa que ao longo dos 41 anos de ditadura do *Estado Novo* não tenham sido adoptadas medidas de protecção social, cumprindo-se dever de «zelar pela melhoria das condições das classes mais desfavorecidas, procurando assegurar-lhes um nível de vida compatível com a dignidade humana»<sup>1</sup>. Partindo da concepção de que a melhoria dos níveis de vida e do bem-estar da população eram essenciais para o equilíbrio e harmonia social, o governo salazarista vai desenvolver um projecto de Política Social, concordante com os princípios do *Corporativismo*, indissociável da regulamentação das relações laborais (PATRIARCA, 1995) e assente numa dualidade entre *Assistência e Previdência Social* (CARDOSO; ROCHA, 2003; PIMENTEL, 1999).

A precariedade das políticas sociais implementadas ao longo do Estado Novo foi extremamente prejudicial para o sector da saúde, surgindo este como um dos domínios com maior atraso relativamente aos países europeus. Ao longo do século XX podemos considerar três grandes períodos que circunscrevem a *política de saúde* portuguesa: 1- até 1946, no qual dominava a Assistência Pública; 2 - 1946 a 1976, marcado pela intervenção do Estado, que organiza os seus próprios serviços de saúde e melhora a coordenação entre Assistência e Previdência Social; 3 - a partir de 1976, com a instituição em 1979 do Serviço Nacional de Saúde, universal e gratuito, consagrado na Constituição de 1976 (CARREIRA, 1996). Dentro do segundo período um acontecimento merece destaque, a *Reforma da Previdência Social* de 1962, na sequência da qual foi publicado o *Estatuto da Saúde e da Assistência* de 1963. Estes dois diplomas tiveram uma influência fulcral no âmbito da saúde resultando numa melhoria dos esquemas de benefícios, que passam a abranger a população rural; proporcionou a intensificação das campanhas contra a tuberculose e de vacinação e o aumento da assistência maternal. Estes desenvolvimentos revelam uma tendência para a universalização dos cuidados médicos, originando um aumento considerável da despesa social com a saúde (PEREIRINHA [et al], 2009).

Apesar da evolução a nível institucional e da melhoria em indicadores como a Taxa de Mortalidade Infantil e a Esperança Médica de Vida, os resultados das políticas salazaristas eram inequívocos – Portugal apresentava-se na década de 70 como um

---

<sup>1</sup> CONSTITUIÇÃO Política da República Portuguesa, 1933.

país “sanitariamente subdesenvolvido” (CAMPOS, 2000). Esta situação não pode obviamente ser separada do seu contexto económico. Ao longo do período ditatorial, que arranca em 1926, Portugal revelava um grande atraso económico em relação aos países europeus, mesmo quando comparado com países dominados por regimes autoritários, como a Espanha. Em 1973, quando o governo marcelista dá sinais que evidenciam uma tendência para o aumento da despesa social, o PIB *p.c.* português apresentava um valor semelhante ao da Grã-Bretanha em 1929, ao da Alemanha na década de 50 e ao da Itália em 1960. Portanto, o seu nível de desenvolvimento económico “era muito inferior ao limiar mágico em que na maioria da Europa se assistiu a uma viragem no sentido do Estado-Providência”. Os efeitos deste atraso irão espelhar-se no período da transição democrática (SPING-ANDERSEN, 1993, p. 598).

Tendo como objecto de estudo as políticas sociais incidentes sobre a saúde no Estado Novo, pretende-se com este artigo fazer uma análise da institucionalização da assistência médica, no contexto do «Seguro-doença» projectado para os beneficiários das Caixas Sindicais de Previdência, criadas em 1935. Verifica-se que, inicialmente, os esquemas eram profundamente marcados pela desigualdade entre diferentes instituições de previdência. O reconhecimento dos problemas inerentes a essa situação conduziram à criação da federação «Serviços Médico-Sociais – Federação Caixas de Previdência» em 1946 e à publicação do decreto de 1950 que vem finalmente regulamentar os moldes e benefícios incluídos na prestação de assistência médica. Estes dois acontecimentos, seus antecedentes, desígnios e efeitos, irão estar no centro deste trabalho.

## 2. A assistência na médica no âmbito da institucionalização da Previdência Social

O artigo 48º do Estatuto do Trabalho Nacional de 1933 previa a existência de caixas destinadas a proteger os trabalhadores em situações de doença, invalidez, reforma e desemprego. A sua constituição competia aos organismos corporativos – Grémios e Sindicatos Nacionais – através da assinatura de acordos ou contratos colectivos de trabalho. Os fundos das caixas seriam compostos pelas contribuições dos trabalhadores e patrões, cabendo apenas ao Estado regulamentar e fiscalizar o funcionamento das instituições<sup>2</sup>.

Com a publicação da Lei 1884, a 16 de Março de 1935, o regime do Estado Novo dava o primeiro passo para a institucionalização da Previdência Social. Neste diploma reconhecia-se a existência de quatro categorias de instituições de previdência, entre elas as Instituições de Previdência dos Organismos Corporativos (1ª categoria)<sup>3</sup>, onde se incluíam as Caixas Sindicais de Previdência, que estarão em evidência neste estudo. Regulamentadas pelo Decreto-lei 25935 de 12 de Outubro de 1935, estas caixas representavam o “tipo mais perfeito e mais completo das instituições de previdência com base corporativa”, conjugando o “princípio da previdência com as próprias

---

<sup>2</sup> “ESTATUTO do Trabalho Nacional”, 1933.

<sup>3</sup> As restantes categorias eram: 2ª Caixas de reforma ou de previdência; 3ª Associações de socorros mútuos; 4ª Instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos.

condições económicas da actividade em questão”. A sua configuração ficava “directa e unicamente” ligada aos destinos da respectiva actividade económica, dentro de um espírito de “solidariedade de interesses”, que se afastava tanto da “abstracção da luta de classes” como da “utopia socialista do Estado-Providência”. Assim se confirmava o “nível elevado das soluções corporativas” e a rejeição de “fórmulas rígidas e igualitárias a toda a população”<sup>4</sup>.

No que respeita à protecção na doença, o regulamento das Caixas Sindicais de Previdência determinava que os trabalhadores beneficiários, em caso de incapacidade temporária para o trabalho, teriam direito a subsídio pecuniário e assistência médica, incluindo-se nesta a assistência no parto<sup>5</sup>. É de frisar que esta regulamentação era muito mais centrada na atribuição do subsídio pecuniário. Sobre a assistência médica limitava-se a garantir que, em caso de doença os beneficiários teriam direito à assistência médica prestada pelas caixas, inclusivamente no domicílio, deixando para os regulamentos internos das caixas os serviços incluídos no respectivo esquema de benefícios.

Nos anos que se seguiram à publicação da legislação de 1935, a protecção na saúde, tal como a previdência no seu conjunto, teve um desenvolvimento extremamente lento, uma vez que dependiam directamente da regulamentação do trabalho. Na entrada para os anos 40, os resultados desta política eram notórios: apenas tinham sido criadas 11 caixas por iniciativa dos organismos corporativos, abrangendo 14939 beneficiários<sup>6</sup>. Perante esta situação, o Governo não teve outro remédio senão abandonar a sua própria utopia, introduzindo as devidas disposições legais que lhe permitiram intervir directamente na criação de caixas, podendo alterar e alargar o âmbito de acção das já existentes<sup>7</sup>.

Não se pode deixar de sublinhar o papel desempenhado pelos Sindicatos Nacionais no que concerne à protecção na doença de alguns sectores laborais. Enquanto não estivessem reunidas as condições para a criação das respectivas instituições de previdência, a lei permitia a estes organismos corporativos o desempenho de funções de assistência e previdência. Como tal, face à lenta evolução do sistema de previdência, os trabalhadores que ainda não se encontravam integrados no mesmo, acabaram por recorrer aos respectivos Sindicatos, que não tiveram outra solução senão apetrechar-se com postos médicos, assegurando assim a protecção na doença aos seus sócios. Como resultado, em 1943, existiam mais postos médicos ao serviço dos Sindicatos do que das Caixas Sindicais de Previdência, que curiosamente tinham sido criadas também para esse fim. Se em termos legais as caixas eram obrigadas a prestar assistência médica aos seus beneficiários, “na prática as coisas passavam-se bastante diferentemente, não só por motivos de orgânica das próprias instituições, como por carência de disponibilidades financeiras” (FARELO, 1952, p. 191). Em 1944, esta era a relação dos serviços e despesas com assistência médica dos Sindicatos Nacionais e das Caixas Sindicais de Previdência:

---

<sup>4</sup> Decreto-lei 25935. 1935. Preâmbulo

<sup>5</sup> *Idem*, Art. 7º.

<sup>6</sup> I.N.E. *Estatística da Organização Corporativa e da Previdência Social*. 1940.

<sup>7</sup> Decreto 30711,1940 e Decreto-lei 32674, 1943.

Tabela 1

	Com postos de socorros	Médicos ao serviço	Despesas com assistência médica
Sindicatos	66	157	1 702 contos
Caixas	8	147	673 contos

Fonte: FARELO, 1952.

Para além da sua fraca expansão, a prestação de assistência médica pelas caixas caracterizava-se pela diferenciação patente nos seus esquemas, que consoante as caixas poderia incluir, ou não, os familiares, a concessão de medicamentos ou as especialidades médicas, só para dar alguns exemplos. Independentemente dos casos, tratava-se de uma assistência muito pobre e dispersa, limitada na maior parte dos casos à clínica geral. Havia, porém, algumas instituições de excepção, à partida apoiadas em “entidades patronais mais poderosas”, nas quais a protecção na doença dos trabalhadores “encontrava um âmbito e uma profundidade que verdadeiramente traziam resultados completos” (FARELO, 1952, p. 192).

Este panorama acabou por se alterar um pouco à medida que o tratamento e a prevenção de doenças foram ganhando protagonismo, em relação ao subsídio pecuniário, no esquema do «Seguro-doença». Esta situação está em parte relacionada com a concepção de assistência médica e profilaxia que derivou da publicação do *Estatuto da Assistência Social*<sup>8</sup>, cujo processo de produção, com as devidas limitações, deu origem a um debate político, no qual se reconheceu o subdesenvolvimento do país no sector da saúde. Face a este problema discutia-se a necessidade de dar impulso à organização da Previdência Social e questionava-se o papel do Estado na melhoria das condições de vida da população. Da leitura da proposta do Governo, do parecer da Câmara Corporativa e da respectiva discussão na Assembleia Nacional ressalta um problema: a tendência das autoridades governamentais para confundir assistência, previdência e política de saúde. Este facto explica a desorganização presente nos serviços de saúde e a diferenciação que existia entre beneficiários da previdência e aqueles que não se encontravam abrangidos pelos esquemas de protecção social.

De acordo com a Lei 1884 de 1935 (art.18º) as instituições de previdência podiam formar uniões ou federações entre si, ficando estabelecido no regulamento das Caixas Sindicais de Previdência que estas deveriam abranger instituições do mesmo ramo de actividade económica e que a sua acção poderia alargar-se ao âmbito regional ou ser limitada a uma determinada região<sup>9</sup>. A grande vantagem da constituição de federações encontrava-se ao nível da própria gestão dos seguros, que se destinava a organizações de maior dimensão. Além das federações de caixas também podiam ser criadas federações de serviços abrangendo diversas caixas. A partir do Decreto-lei 35611, publicado a 25 de Abril de 1946<sup>10</sup>, criaram-se quatro tipos de federações que se destinavam à concretização de objectivos comuns às caixas nelas incluídas,

<sup>8</sup> Lei 1998, 1944.

<sup>9</sup> Decreto-lei 25935. 1935. art. 68º

<sup>10</sup> Decreto que regulamenta o funcionamento da «Habitações Económicas», mas que prevê a criação de federações com outras finalidades.



“sempre que se verifique por forma imperativa o interesse da concentração dos esforços e da coesão das soluções”. Surgem assim a «Serviços Médico-Sociais»; «Habitações Económicas»; «Serviços Mecanográficos»; «Divulgação, Informação e Cooperação Internacional», que, sintetizando, representavam “organizações unificadas de serviços de previdência”, nas quais se podiam integrar as caixas interessadas na actividade a desenvolver, desde que tivessem capacidade financeira e estrutural para tal (FEDERAÇÃO CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, 1949, pp. 83 – 84).

### **3. A federação «Serviços Médico-Sociais – Federação de Caixas de Previdência» e o desenvolvimento da assistência médica no «Seguro-Doença».**

Na sequência do Decreto-lei nº 35611 é instituída a federação «Serviços Médico-Sociais – Federação Caixas de Previdência», cujos estatutos foram aprovados por Portaria do Subsecretariado de Estado das Corporações e Previdência Social a 13 de Junho de 1946. De acordo com esses estatutos, esta federação tinha como finalidade “organizar, coordenar e fiscalizar os serviços médico-sociais das instituições federadas, promovendo e assegurando o seu funcionamento”<sup>11</sup>.

Originalmente constituída pelas Caixas Sindicais de Previdência do Comércio e a do Pessoal da Indústria Têxtil, a federação «Serviços Médico-Sociais» contava em 1956 com 30 instituições, incluindo algumas caixas de previdência das empresas<sup>12</sup> (FEDERAÇÃO CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, 1956, p. 1-2). Entre as suas competências sobressaía a assistência médico-social aos sócios efectivos das caixas federadas e respectivos familiares, mas esperava-se também que a sua acção pudesse contribuir para a melhoria das condições físicas e morais dos beneficiários; que cooperasse com a previdência na realização de obras sociais, diminuindo assim os seus encargos; que promovesse acções de higiene e profilaxia. No que diz respeito às receitas, estas resultavam das contribuições das caixas federadas. As quotas a pagar pelas caixas eram determinadas tendo como base a “percentagem do total dos salários e ordenados dos inscritos e retiradas das contribuições consignadas nos respectivos regulamentos para fins idênticos aos da Federação”. A administração ficava a cargo de um Conselho Geral, constituído por um Presidente, nomeado pelo Secretário de Estado das Corporações, e por um

---

<sup>11</sup> “Estatutos...”. *Boletim I.N.T.P.*, 1942, p. 2-4.

<sup>12</sup> Caixas Sindicais de Previdência: Profissionais do Comércio; Profissionais da Indústria Hoteleira; Tipógrafos, Litógrafos e Ofícios Correlativos; Profissionais Barbeiros e Cabeleireiros; Indústria Têxtil; Empregados e Operários da Indústria do Arroz; Profissionais de Alfaiates do Distrito de Lisboa; Pessoal da Indústria de Conserva de Peixe; Pessoal da Indústria e Comércio de Produtos Químicos e Farmacêuticos; Pessoal da Indústria Vidreira; Operários da Indústria dos Fósforos em Portugal; Oficiais de Ourives e Ofícios Correlativos do Distrito do Porto; Comércio e Exportação de Vinhos do Norte de Portugal; Indústria de Cerâmica; Pessoal das Indústrias de Panificação, Moagem e Massas Alimentícias; Barqueiros, Fragateiros e da Construção Naval do Distrito do Porto; Comércio de Exportação e Consumo de Vinhos do Sul de Portugal; Operários do Distrito de Braga. Caixas de Previdência: Técnicos e Operários Metalúrgicos e Metal-Mecânicos; Empregados de Escritório dos Organismos Corporativos; Pessoal da Indústria Corticeira; Pessoal das Indústrias de Marcenaria, Carpintaria Mecânica e Serração de Madeiras; do Distrito de Santarém; Pessoal da Metalúrgica Duarte Ferreira; Pessoal da Marinha Mercante Nacional; «Cimentos» - Federação Caixas de Previdência; Transportes Automóveis; Profissionais de Espectáculos; «Carvões» – Federação Caixas de Previdência; Pessoal dos Serviços de Transportes Colectivos do Porto

representante de cada caixa federada, e de uma direcção, para a qual eram nomeados um Presidente e dois vice-presidentes e eleitos três vogais pelo conselho geral.<sup>13</sup>

Uma vez que não havia obrigatoriedade na federação, a assistência médica aos beneficiários da previdência passava assim a fazer-se em dois moldes: ou era prestada directamente pelas caixas ou através dos serviços médico-sociais. No primeiro caso, o tipo de serviço variava consoante a caixa e a respectiva localização. Nas localidades onde não havia postos privativos destas instituições eram realizados acordos com os médicos da «clínica livre», de modo a garantir as consultas aos seus beneficiários. As caixas apresentavam ainda diferença ao nível do sistema de comparticipação nos medicamentos e também no internamento dos doentes. No caso da assistência médica prestada pelos serviços médicos da federação procurou-se aplicar uma fórmula mais uniformizada aos beneficiários das caixas federadas, prevendo que todos tivessem acesso a um conjunto alargado de serviços, desde a clínica geral, as consultas de especialidade e ao domicílio, meios auxiliares de diagnóstico, serviços de enfermagem e alguns medicamentos. Os beneficiários eram distribuídos pelos postos, consoante a sua residência, e tinham o direito a, dentro das disponibilidades, escolher o seu médico de família (FEDERAÇÃO CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, 1949, p. 103).

A criação de serviços médicos destinados a servir os beneficiários das caixas federadas constituiu o primeiro passo no reconhecimento dos problemas que resultavam da existência de diferentes esquemas de assistência médica que, variando de instituição para instituição, podiam ir “desde a simples clínica geral, até à concessão de todos os medicamentos e aos serviços de internamento”. Ou seja, “os trabalhadores teriam maiores ou menores possibilidades de tratamento quando doentes conforme a instituição em que fossem obrigados a inscrever-se”. O resultado era óbvio, “disparidades flagrantes” nos tratamentos, um grande número de estabelecimentos e dificuldades burocráticas, mas o principal problema residia nas diferenças de critérios presente nas soluções que “não podiam deixar de viciar a administração económica e racional do seguro”. Apesar de já existirem tentativas de uniformização dos esquemas de assistência médica, dentro do mesmo sector profissional ou região, essa faculdade estava longe de ser uma solução. Isto porque uma simples mudança de emprego e de sector profissional poderia implicar para o trabalhador a perda dos benefícios que até então gozava, caso passasse a integrar uma caixa mais limitada no seu esquema de assistência médica e medicamentosa<sup>14</sup>. Estes problemas foram evidenciados no Decreto-lei 37762, de 24 de Fevereiro de 1950, que tinha como propósito regulamentar a concessão do subsídio pecuniário e a assistência médica e medicamentosa aos beneficiários das Caixas Sindicais de Previdência e das Caixa de Reforma e Previdência. Neste diploma a assistência médica e medicamentosa assume definitivamente uma posição de destaque no «Seguro – Doença», em detrimento do subsídio pecuniário, revelando uma maior valorização de questões como a recuperação da capacidade de trabalho dos beneficiários doentes, a defesa da saúde dos seus familiares e a intensificação da acção preventiva, incidindo tanto sobre a saúde individual como na colectiva. Esta aposta, para além da poupança no pagamento de subsídios, permitia alcançar maiores benefícios sociais, como

---

<sup>13</sup> “Estatutos...”. *Boletim I.N.T.P.* (1942) p. 2-4.

<sup>14</sup> Decreto-lei 37762, 1950. Preâmbulo.

a redução da duração da doença e a melhoria das condições de saúde dos agregados familiares. Ao mesmo tempo, pretendia-se uma maior racionalização e maximização dos recursos disponíveis, introduzindo o novo regulamento limitações às prestações em espécie, situação que não se verificava até então.

Com a nova regulamentação pretendia-se que, independentemente de uma caixa se encontrar ou não federada, os seus beneficiários pudessem usufruir de “serviços de medicina geral, compreendendo consultas, visitas domiciliárias, partos e tratamentos”. Nas zonas de maior interesse económico, e “à medida que as circunstâncias o forem permitindo”, a assistência médica seria complementada com consultas de especialidade, como por exemplo ginecologia, obstetrícia ou pediatria. Deveriam ainda ser assegurados os necessários meios complementares de diagnóstico, fosse através dos serviços particulares das instituições ou das suas federações, fosse através da realização de contratos com médicos especialistas ou com as instituições pertencentes à assistência<sup>15</sup>. Os serviços como a cirurgia e o internamento hospitalar, tal como anteriormente legislado, continuavam a ser assegurados pelas instituições de assistência pública e privada<sup>16</sup>. O novo regulamento aconselhava ainda que os serviços médicos da previdência cooperassem com a assistência “no desenvolvimento da medicina preventiva, em todas as suas modalidades de acção”<sup>17</sup>.

Quanto ao local onde a assistência médica era praticada, preferencialmente, e quando a localização e o número de beneficiários o justificasse, esta deveria ser prestada através dos postos clínicos das instituições de previdência ou da Federação. Nos locais onde não se justificava a existência destes postos, ou não prestando estes determinados serviços essenciais, poderiam ser realizados acordos com consultórios médicos, que para o efeito seriam considerados delegações médicas das instituições, ficando como tal sujeitos às respectivas normas regulamentares. Em determinadas situações e havendo vantagens para ambas as partes, os beneficiários poderiam ainda recorrer aos serviços das instituições da assistência. Finalmente, quando a doença assim o solicitava, os beneficiários poderiam ser assistidos no domicílio<sup>18</sup>. Assim, prestada pela mesma instituição de previdência, a assistência médica, dependendo da zona do país, tanto poderia ocorrer nos postos da federação, nos postos privativos ou mediante acordos com consultórios médicos.

Uma vez que os serviços médicos da federação se concentravam essencialmente nas regiões mais industrializadas e no litoral, onde se encontrava a grande fatia da população coberta pela previdência, poderia acontecer que alguns beneficiários das caixas se encontrassem em áreas não cobertas pelos respectivos serviços. Estas eram as designadas «zonas brancas» e correspondiam sobretudo a regiões menos desenvolvidas ou com menor concentração populacional, pelo que não justificavam o investimento em serviços médicos da federação. Podiam também ser zonas que ainda aguardavam o desenvolvimento da rede.

---

<sup>15</sup> *Idem*, art. 8º a 11º.

<sup>16</sup> “As instituições de Previdência e os organismos corporativos podem, mediante contracto sancionado pelo Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência, utilizar reciprocamente hospitais, sanatórios, casas de repouso, creches, lactários ou outros estabelecimentos semelhantes que lhes pertençam. As referidas instituições podem além disso utilizar-se nas mesmas condições de estabelecimentos análogos pertencentes a outras entidades”. Decreto-lei 32674, 1943. art. 31º.

<sup>17</sup> Decreto-lei 37762, 1950, Preâmbulo e art. 17º.

<sup>18</sup> *Idem*, art. 7º.

#### 4. A assistência médica da previdência nos primeiros anos após a criação da federação «Serviços Médico-Sociais».

A federação «Serviços Médico-Sociais» representou uma primeira tentativa de organizar os serviços médicos das instituições de previdência com base na racionalização dos recursos e na standardização dos esquemas, permitindo a aproximação a um nível de prestação de serviços médicos com características de um seguro. O seu desenvolvimento foi gradual, começando estes serviços por abranger apenas os grandes aglomerados urbanos e as zonas de interesse industrial. Em 1955, os serviços da Federação cobriam praticamente toda a costa de Portugal Continental e algumas regiões do interior, em particular no centro. As áreas de Lisboa e Porto concentravam a grande parte dos serviços, verificando-se que nas restantes zonas abrangidas, principalmente no interior, havia uma maior dispersão (FEDERAÇÃO CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, 1956).

O número de postos e delegações sintetiza a evolução verificada (Tabela 2), verificando-se um período de maior actividade até 1950.

Tabela 2

	1946 (a)	1948	1950	1952	1954
Postos	8	53	71	71	74
Delegações	6	54	59	68	90

(a) a partir de Junho

Fonte: FEDERAÇÃO DAS CAIXAS DE PREVIDÊNCIA, 1956

Fruto desta actividade inicial, no arranque da década de 50 era já consideravelmente superior o número de beneficiários (incluindo familiares) que usufruíam de assistência médica prestada pela federação «Serviços Médico-Sociais», em relação aos beneficiários das caixas (Gráfico 1). Nos recursos materiais (Gráfico 2), os postos da federação ultrapassavam os das Caixas Sindicais de Previdência, porém o número de delegações destas instituições é amplamente superior, apontando para a existência de um grande número de beneficiários que se encontravam nas «zonas brancas» e para as limitações geográficas dos serviços médicos da federação e dos postos médicos em geral.

**Gráfico 1** Fonte: I.N.E. *Estatística da Organização Corporativa e Previdência Social*

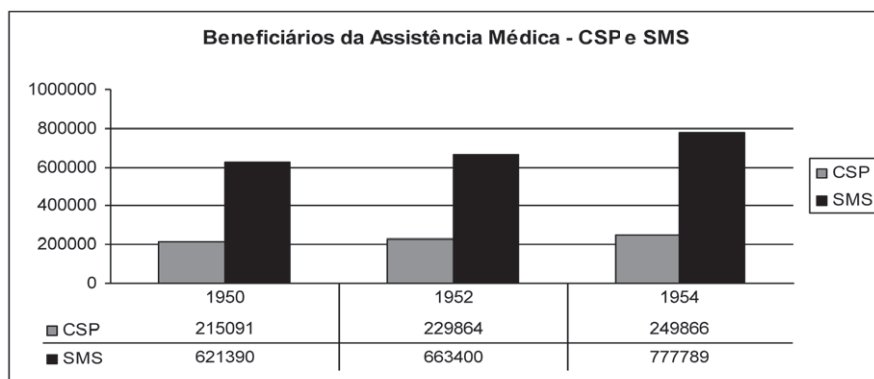
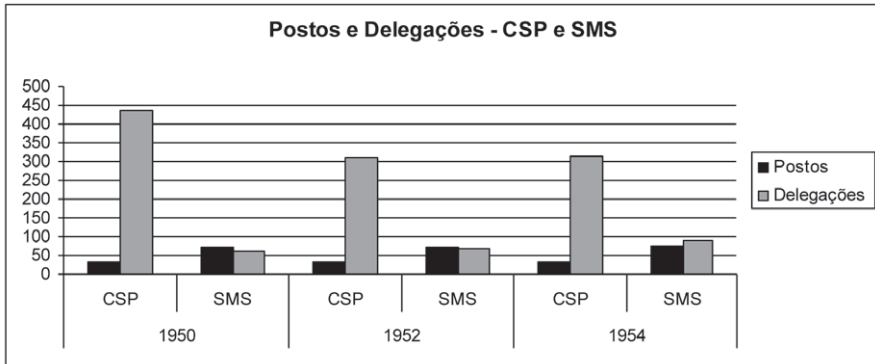


Gráfico 2



Fonte: INE. *Estatística da Organização Corporativa e Previdência Social*.

Analisando o número de ocorrências médicas de ambos os serviços (Tabela 3), mais uma vez se verifica um domínio dos Serviços Médico-Sociais, com exceção do internamento médico que dependia dos acordos entre as instituições de previdência e da assistência pública. Apesar de se verificar uma tendência para o aumento do número de casos, esta é minimamente estável a partir de 1950, sendo esta estagnação igualmente observada na evolução dos beneficiários (Gráfico 3).

### Assistência Médica

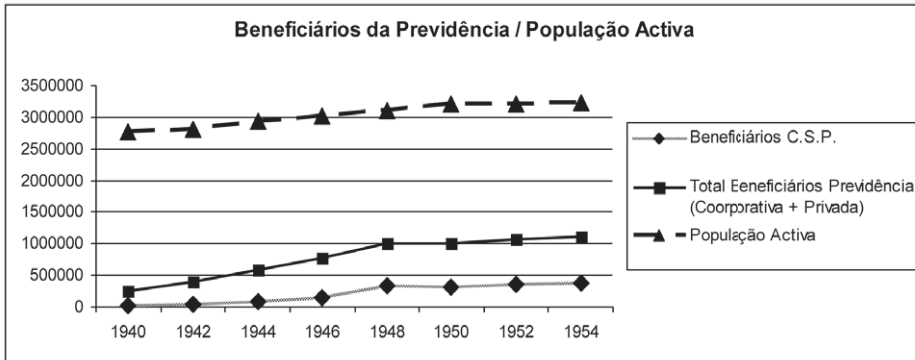
#### Caixas Sindicais de Previdência (A) e Serviços Médico Sociais (B)

Tabela 3

Acção médico-social	1950		1952		1954	
	A	B	A	B	A	B
Consultas (a)	375 516	1 468 554	450 008	1 494 947	442 059	1 673 290
Tratamentos	289 575	3 217 807	581 336	3 645 861	880 495	4 241 101
Internam.	697	-	1 198	-	1 596	-
Elem. Aux. Diagnóstico	30 305	144 293	39 468	133 838	43 108	162 807

a) Clínica geral + especialidades Fonte: INE. *Estatística da Org. Corporativa e Previdência Social*

Gráfico 3



Fonte: PEREIRINHA [et. al.], 2009; VALÉRIO, 2001.

O recuo na expansão da acção médica da federação «Serviços Médico-Sociais» evidente a partir de 1950, poderá estar relacionado com o mesmo problema que impedia o desenvolvimento do sistema de previdência do Estado Novo – o atraso económico do país (MONTEIRO, 1956). A baixa taxa de industrialização reflectia-se nos baixos salários dos trabalhadores, dificultando a elevação do nível de vida da população. Este era um grande entrave à acção da Previdência, cujas instituições, face ao baixo nível das contribuições salariais, atravessavam diversas dificuldades. Portanto, não é de estranhar, que logo nos seus primeiros anos de vida a Federação acusasse a precariedade da sua situação financeira, principalmente se atendermos ao reconhecimento da inadequação do sistema de capitalização pura neste tipo de prestação (FARELO, 1952, pp. 290 – 291; MAIA, 1984, p. 31).

Por fim, algumas considerações sobre a qualidade dos serviços, com particular realce para uma das vozes mais críticas relativamente à organização dos serviços médico-sociais - a classe médica. A partir de finais da década de 50, os médicos tornaram-se mais interventivos, mostrando a Ordem dos Médicos “as suas potencialidades e propósitos interventivos na política sanitária da época”. A divergência em relação ao poder político culminou na publicação do *Relatório das Carreiras Médicas*, em 1961, no qual se apresentava um “estudo isento, detalhado e exaustivo da situação de saúde em Portugal, propondo e explanado todo um conjunto de reformas a implementar com a colaboração da classe médica, lançando pela primeira vez a ideia de um Serviço Nacional de Saúde” (COSTA, 2007, p. 361). No exame à organização e funcionamento dos serviços de saúde em Portugal, destaca-se a rejeição da denominação «médico-social», no que concerne aos serviços da Federação. Apontava-se a sua acção meramente curativa, que se afastava do carácter amplo da concepção de «medicina social», que compreendia o nível económico dos indivíduos, o trabalho, a educação, a família e o modo de vida. A sua acção pressupunha uma “conexão entre a doença e o meio”, aliando uma considerável dimensão preventiva. Portanto, dificilmente se poderia denominar «medicina social» a um conjunto de serviços que abrangia apenas uma pequena percentagem dos trabalhadores assalariados. A par destes problemas apontam

as más condições para o exercício da profissão médica, nomeadamente o excesso de doentes por médico, as más condições das instalações e as restrições impostas à prescrição de receitas e meios de diagnóstico Lamentavam ainda a inexistência de hospitais das caixas e outros estabelecimentos onde se praticasse uma “verdadeira medicina curativa”. Deste modo, os seus beneficiários podiam contar apenas com uma “meia-medicina”, praticamente limitada ao diagnóstico, algo que tinha pouco interesse tanto para o doente como para a sociedade em comparação com a eficiência do tratamento. Nestes casos os doentes eram encaminhados para os hospitais ou outros estabelecimentos destinados ao tratamento de doenças, tendo novamente que passar pelos exames e inscrever-se na lista de espera, com os devidos prejuízos para a eficiência dos serviços (ORDEM DOS MÉDICOS, 1961, pp. 26 – 29).

As críticas formuladas pela Ordem dos Médicos são reveladoras da tendência do Governo salazarista em encarar o problema da saúde de forma parcial e, principalmente, da insistência na falta de responsabilização do Estado que “permitiu a criação de um sistema saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde” (FERREIRA, 1990, p. 343).

## 5. Conclusão

No domínio da assistência médica praticada pelas Caixas Sindicais de Previdência, apesar das imperfeições e insuficiências apontadas, não se pode deixar de reconhecer que a criação da federação «Serviços Médico-Sociais» representou um esforço no que toca à melhoria do esquema de benefícios, merecendo ser destacada a inclusão de novas especialidades, de meios auxiliares de diagnósticos e a melhoria da assistência medicamentosa. A grande vantagem da prestação de serviços médicos através da federação era, sem dúvida, a uniformização dos esquemas de protecção na saúde, mas é também de frisar os efeitos positivos da concentração de serviços ao nível da administração, hierarquização dos quadros técnicos e aproveitamento dos recursos. A sua criação foi ainda determinante para que, finalmente, fossem regulamentadas as condições de prestação de assistência médica e medicamentosa aos beneficiários, não só das instituições que integravam a federação, mas das Caixas em geral. O princípio de eliminação das desigualdades na assistência médica, ou melhor, o seu reconhecimento por parte das instituições do regime é naturalmente de ressaltar neste processo.

Por princípio, a uniformização e regulamentação dos esquemas de assistência médica, que resultaram da legislação de 1946 e de 1950, seriam o ponto de partida para a melhoria das condições de saúde da população trabalhadora e seus familiares. Contudo, mais uma vez, a iniciativa do governo no sector da saúde apresentava as suas limitações, nomeadamente a ausência de soluções no que concerne à actuação face a casos de doença de longa duração. Este é um exemplo da preferência, já anteriormente revelada pelo regime salazarista no sector da saúde, pela resolução das situações mais imediatas e urgentes. Faltava nesta sucessão de iniciativas uma visão de conjunto do problema da saúde e uma perspectiva de intervenção a longo prazo, com os respectivos benefícios que daí advêm.

No período em análise, Portugal destacava-se no contexto internacional pelo baixo nível de saúde da sua população, facto que era inegável atendendo a indicadores como os elevados valores da Taxa de Mortalidade Infantil ou a incidência e mortalidade causadas por doenças infecto-contagiosas. Para além da má imagem que o regime passava para o exterior, esta situação tinha as suas implicações económicas e sociais. Este quadro dava ao Estado legitimidade para uma intervenção de fundo neste sector, que não se limitasse apenas a uma regulamentação incipiente, mas que, pelo contrário, conduzisse à criação e organização dos serviços de saúde destinados a toda a população. No entanto, esta era uma possibilidade que o regime insistia em declinar. Deste modo, apesar das vantagens derivadas da criação dos serviços médicos da federação e da regulamentação de 1950, nada foi feito para pôr fim às discrepâncias presentes na prestação de cuidados de saúde à população em geral, resultante da distinção existente entre beneficiários da previdência e da assistência, com as devidas implicações ao nível dos serviços de saúde a que ambos tinham acesso. Uma vez que era ainda muito baixa percentagem de população integrada no sistema de previdência, chegando os serviços médicos da federação a cerca de 10% da população (FEDERAÇÃO CAIXAS DE PREVIDENCIA, 1956), o impacto destas medidas ao nível da saúde pública não terão sido muito relevantes.

## Legislação

“ESTATUTO do Trabalho Nacional: Decreto-lei 23048”. *Diário do Governo. I Série.* 217 (23/09/1933) p. 1656 – 1658.

“CONSTITUIÇÃO Política da República Portuguesa”. *Diário do Governo I Série.* Nº 43 (1933-02-22).

LEI 1884. *Diário do Governo. I Série.* Nº61 (16/03/1935) p. 385-387.

DECRETO 25935. *Diário do Governo. I Série.* Nº 237 (12/10/1935) p. 1465-1476.

DECRETO 30711. *Diário do Governo. I Série.* Nº 201 (29/08/1940) p. 1004.

DECRETO-LEI 32674. *Diário do Governo. I Série.* Nº 41 (20/02/1943) p. 123-128.

LEI 1998. *Diário do Governo. I Série.* Nº 102 (15/Maio/1944) p. 434-437.

DECRETO-LEI 35611. *Diário do Governo. I Série.* Nº 89 (25/Abril/1946) p. 301-304.

“ESTATUTOS – «Serviços médico-sociais – Federação de Caixas de Previdência»”. *Boletim do Instituto Nacional do Trabalho e Previdência.* Lisboa: I.N.T.P. Ano XIII. Supl. nº 11 (15/06/1946) p. 2 – 4.

DECRETO 37762. *Diário do Governo. I Série.* Nº 38 (24/02/1950) p. 119-126.



## BIBLIOGRAFIA:

- BARRETO, António (org.) - *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*. Lisboa: ICS, 1996.
- BEVERIDGE, William - *Social Insurance and Allied Services*. London: Majesty's Stationery Office, 1942.
- CAMPOS, António Correia – “Saúde Pública”. In BARRETO, A.; MÓNICA, M. F. (coord.) – *Dicionário de História de Portugal*. Suplemento 9. Porto: Figueirinhas. 2000. p. 405-406.
- CARDOSO, José Luís; ROCHA, Manuela – “Corporativismo e Estado-Providência (1933 – 1962)”. *Ler História*. Lisboa: ISCTE. Nº 45 (2003) p. 111 – 135.
- CARREIRA, Henrique - *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva, 1996.
- COSTA, Rui Manuel Pinto – “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”. *Sep. Revista da Faculdade de Letras: História*. Porto: FLUP. III Série, Vol. 8 (2007) p. 355-381
- ESPING – ANDERSEN, G. – “Orçamentos e Democracia: o Estado Providência em Espanha e Portugal, 1960 – 1986”. *Análise Social*. Lisboa: ICS. Vol. XXVIII, Nº 122 (1993) p. 589 – 606.
- FARELO, Francisco João da Costa – “Uma tentativa de resolução do problema da assistência médico-social dentro da experiência portuguesa de Previdência Social”. *Revista do Gabinete de Estudos Corporativos*. Lisboa: Centro Universitário de Lisboa, Gabinete de Estudos Corporativos. Ano III, Nº 11 e 12 (1962) p. 180-194 e 286-299.
- FEDERAÇÃO DE CAIXAS DE PREVIDÊNCIA – *ABC do Seguro Social*. Lisboa: D.I.C.I. – Divulgação, Informação e Cooperação Internacional, 1949.
- *Dez anos de Serviços Médico-Sociais*. Lisboa: Federação Caixas de Previdência, 1956.
- FERREIRA, F.A. Gonçalves - *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1990.
- HOFRICHTER, Richard (Ed.) - *Health and social justice : politics, ideology, and inequity in the distribution of disease*. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
- LUCENA, Manuel – “Previdência Social”. In BARRETO, A.; MÓNICA, M. F. (coords.) - *Dicionário de História de Portugal*. Suplemento 9. Porto: Figueirinhas, 2000. p. 152- 167.
- MAIA, Fernando - *Segurança Social em Portugal – evolução e tendências*. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1985.
- MARSHALL, T.H. - *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
- MONTEIRO, José de Sousa – “A Previdência Social e o «seguro na doença»”. *Sep. O médico*. Porto: [s.n.]. Nº 275 – 277 (1956).
- PATRIARCA, Fátima - *A Questão Social no Salazarismo – 1930 – 1947*. Lisboa: INCM, 1995. Volume I e II.
- PEREIRINHA, José António; CAROLO, Daniel – *Construção do Estado Providência em Portugal: evolução da despesa social de 1935 a 2003*. Working Paper Nº 36. Lisboa: Gabinete de História Económica e Social, ISEG – UTL, 2009.
- PIMENTEL, Irene – “A Assistência Familiar e Social do Estado Novo nos anos 30 e 40”. *Análise Social*. Lisboa: ICS. Vol. XXXIV, Nº 151 – 152 (1999) p. 477 – 508.
- ORDEM DOS MÉDICOS. CONSELHO GERAL – *Relatório das Carreiras Médicas*. Lisboa: Ordem dos Médicos, 1961.
- RODRIGUES, Fernanda – *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: ISSS – CPIHTS, 1999.
- VALÉRIO, Nuno – *Estatísticas Históricas Portuguesas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2001.