

Influências estrangeiras e concretizações nos intentos de regionalização da rede hospitalar em Portugal (1946-1974)

Foreign influence and achievements in the regionalization of Portugal's hospital network (1946-1974) (abstract: p. 17)

Influencias extranjeras y concretizaciones en los intentos de regionalización de la red hospitalaria en Portugal (1946-1974) (resumen: p. 17)

Ana Mehnert Pascoal^(a)

<anapascoal@campus.ul.pt> 

^(a) Pós-graduanda do ciclo de estudos em História da Arte – especialidade em Arte, Patrimônio e Restauro (Doutorado), ARTIS - Instituto de História da Arte, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa. Alameda da Universidade, 1.600-214. Lisboa, Portugal.

O presente artigo aborda os propósitos de regionalização da rede hospitalar portuguesa durante o regime ditatorial do Estado Novo (1933-1974), lançados no após Segunda Guerra Mundial. Almejando um sistema hospitalar coordenado com base regional, o governo português limitou-se a comparticipar a construção e a remodelação de edifícios, relegando as múltiplas tarefas envolvidas no funcionamento hospitalar para instituições particulares, o que dificultou o desenvolvimento e o acesso a cuidados de saúde a uma parte significativa da população. Com base na análise de viagens de estudo realizadas por administradores hospitalares e engenheiros sanitários nas décadas de 1940 e 1950, sobretudo a países europeus como Itália, França e Inglaterra, pondera-se acerca da importância dos contatos com redes internacionais de especialistas e da influência exercida pelos exemplos estrangeiros sobre as medidas de organização da assistência hospitalar em Portugal estabelecidas nos anos seguintes.

Palavras-chave: Hospitais. Regionalização. Viagens de estudo. Estado Novo. Portugal.

Introdução

O presente texto aborda os propósitos de organização de uma rede hospitalar em Portugal delineada a partir de 1946, focando o papel das visitas de estudo ao estrangeiro como suporte de um modelo de base regional, estipulado nos anos 1950. O investimento efetivo do governo português na construção de hospitais gerais coincidiu com o término da Segunda Guerra Mundial. A alteração do cenário político internacional exigiu que o regime do Estado Novo (1933-1974) – antidemocrático, antiliberal, autoritário, nacionalista – justificasse a sua permanência. Em um momento de generalizada mudança na prestação de cuidados de saúde, promulgar políticas assistenciais visava, paralelamente, suprimir instabilidade interna, acentuada pela reorganização de movimentos oposicionistas¹. A necessária integração europeia pesou na intensificação da organização hospitalar. A dotação de verbas para construções hospitalares enquadra-se na política de obras públicas e na concretização de melhoramentos rurais contemplando infraestruturas básicas em escala nacional.

A regionalização, “capacidade de planeamento territorialmente limitado”² (p. 497) implicando descentralizar decisões, assenta na região como área intermédia entre as esferas central e local. Dependente da autoridade política central, embora possua graus de autonomia, a região, em termos jurídico-administrativos, corresponde a uma unidade administrativa territorial vasta, alicerçada em princípios económicos da dimensão ótima para prestar um serviço³ (p. 149). No centralizador Estado Novo, somente no final dos anos 1950 se assumiu a relevância do planeamento económico e social das regiões para resolução das assimetrias verificadas no território.

Desde Oitocentos, o hospital tornou-se gradualmente um centro de tratamento, profilaxia, ensino e investigação, acompanhando a evolução e a profissionalização da Medicina e das tecnologias diagnósticas e terapêuticas. Tendo importado a instituição hospitalar da Europa, os Estados Unidos desenvolveram, nas primeiras décadas do século 20, uma tipologia de hospital urbano, centralizado e vertical, combinando clínica e investigação, difundido por outras partes do mundo⁴. Empregaram teorias capitalistas de otimização industrial na gestão hospitalar e desenvolveram coordenação e padronização de práticas e serviços⁵ (p. 33-50), pelo Flexner Report (1910), sobre organização do ensino médico, e pelos inquéritos definindo requisitos mínimos para hospitais pelo American College of Surgeons (1918), precedendo a acreditação⁶, refletidos nos princípios de standardização hospitalar de MacEachern⁷, dos quais derivou a moderna concessão de administração hospitalar. Na Europa, como mecanismos de descentralização, refira-se, na Inglaterra, o Dawson Report (1920) focado nos cuidados de saúde primários como base, conectados em rede com outros equipamentos⁸ (p. 232), que, a par do Beveridge Report (1942) sobre um modelo de proteção social com intervenção estatal para acesso universal, esteve na base do National Health Service (NHS, 1948), dividindo o país em regiões⁹ (p. 39).

Em 1964, Coriolano Ferreira (1916-1996) esclareceu que regionalizar a saúde implica “demarcar [...] circunscrições unitárias” geográficas e médico-sociais, atribuindo-lhes “organismos e meios de ação que permitam satisfazer a totalidade das suas necessidades sanitárias”, mantendo em “ação hierarquizada e coordenada todos os órgãos [...] por

forma a que se completem uns aos outros, segundo uma adequada distribuição de valências”¹⁰ (p. 8). Aproximava-se do espanhol Ignasi Aragó (1916-2012), que destacou a distribuição dos serviços consoante as necessidades, interligados em rede³ (p. 146), para otimização econômica dos recursos e mitigação de desigualdades no acesso. Ambos ecoam ideias de Llewelyn-Davies e Macaulay acerca do estabelecimento de uma rede hospitalar regionalizada, construindo equipamentos com dimensão e serviços adequados à realidade do local e da comunidade, estruturada sob a política de saúde nacional⁹ (p. 15-19). O hospital é tido como unidade de planeamento, sujeita a controle sistemático e medidas de previsão objetivas³ (p. 150).

A interação portuguesa com atores e organizações internacionais após 1945 foi sublinhada por Almeida¹¹ e Costa¹², considerando a adesão à Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), concedida em 1955. Em visita ao país, técnicos estrangeiros constataram o estado calamitoso de saúde e serviços. Profissionais portugueses receberam bolsas de estudo da OMS para formação no estrangeiro, e o governo custeou a participação em congressos e viagens de estudo. Refiram-se, ademais, trabalhos sobre saúde pública¹³⁻¹⁵ e os sistemas de saúde e previdência social implementados durante o Estado Novo^{11,16-18}.

Das viagens ligadas a saúde e medicina, ressaltam visitas para concretizar edifícios, realizadas por médicos e arquitetos. Viajar para observar soluções arquitetônicas e técnicas foi prática habitual¹⁹, complementando publicações especializadas estrangeiras. No caso português, é famosa a viagem do histologista Mark Athias (1875-1946) e do arquiteto Carlos Ramos (1897-1969) a centros europeus para estudo do cancro (1929), resultando no inovador Pavilhão do Rádio do Instituto Português de Oncologia, Lisboa²⁰. Essas viagens permitiram introduzir soluções construtivas e estéticas e estabelecer contactos com redes internacionais de especialistas. Distingue-se a International Hospital Association (1929), renomeada como International Hospital Federation (IHF, 1947), tendo participado nos seus congressos e visitas de estudo diversos portugueses ocupando cargos decisivos.

Não são exploradas detalhadamente relações estabelecidas entre Portugal e outros países, ou a integração de portugueses em redes internacionais. Pretende-se, de forma mais circunscrita, salientar o contributo das viagens ao estrangeiro, realizadas por intervenientes nos planos de organização hospitalar, na definição de medidas segundo um modelo administrativo regionalista. Intenta-se complementar investigações publicadas e lançar pistas. Selecionaram-se viagens de administradores hospitalares e engenheiros sanitários, comentadas partindo de relatórios publicados e fontes documentais. Para enquadramento, o primeiro ponto caracteriza o estado sanitário português e as reformas assistencial e hospitalar (1945-46). Na sequência, analisam-se as viagens mais significativas e se observam as ações de fomento delineadas nos anos 1960, elucidando a relação com o observado além-fronteiras e constatando a adaptação dessas soluções à realidade nacional.

Urgência de uma rede hospitalar organizada

Em 1944, uma comissão oficial efetuou visitas aos estabelecimentos hospitalares do país²¹, reconhecendo a falta de profissionais, equipamentos técnicos e condições materiais, dado que a maioria funcionava em habitações reconvertidas e muitos eram meros postos de consulta. A administração estava dispersa por diferentes organismos oficiais e particulares, predominando a tutela das Misericórdias, cuja manutenção ao longo dos tempos levou à preponderância de um sistema de financiamento assistencial precário, dependente de comunidades locais e beneficência privada²². Importava criar uma unidade eficiente com direção centralizada. A assistência na doença competia, segundo os preceitos ideológicos do regime, ao indivíduo e à família, amparados na ação privada, cabendo ao Estado apenas um papel complementar e coordenador¹².

Saúde e assistência eram tuteladas pelo Ministério do Interior, integrando a Subsecretaria de Estado da Assistência Social (SEAS), desdobrada, entre outras, nas Direções-Gerais da Saúde (DGS) e da Assistência (DGA). A medicina era exercida fundamentalmente em regime de clínica privada. A previdência social assentava no corporativismo, englobando múltiplos sistemas desiguais de seguro social obrigatório para trabalhadores (Lei n. 1.884, 1935), excluindo a vasta população rural^(b). A reorganização da Assistência Social foi promulgada em 1945, antecedida pelo Estatuto da Assistência Social (1944). O Estado mantinha um papel supletivo: circunscrevia-se a construir infraestruturas, orientando e inspecionando a assistência sanitária confiada a entidades privadas, que auxiliava com subsídios.

O nível de saúde era baixo: a taxa de mortalidade infantil mantinha-se elevada, prevalecendo doenças infetocontagiosas, como febre tifoide ou varíola, e sífilis, tuberculose e lepra. Em 1933, salientara-se a incapacidade de resposta dos Hospitais Cívicos de Lisboa perante a crescente afluência de doentes, originada por êxodo rural e progressos da especialização médica, que não alcançavam a província²⁴. Nesse ano, pouco após ter tomado poder como Presidente do Conselho de Ministros, Oliveira Salazar (1889-1970) assumira não possuir dados para a totalidade do território sobre a situação hospitalar²⁵. Em 1938, o médico Fernando da Silva Correia (1893-1966) publicou o estudo “Portugal Sanitário”²⁶, insistindo em uma rede de hospitais conjunta, que garantisse proteção aos doentes. Indicou a existência de cerca de 278 hospitais civis em Portugal, sugerindo uma direção técnica centralizada.

A organização hospitalar do país foi legislada em 1946 (Lei n. 2.011). Adaptação e construção de edifícios foram acometidas à Comissão de Construções Hospitalares (CCH), sob o Ministério das Obras Públicas e Comunicações. Durante a discussão prévia na Assembleia Nacional, ressaltou-se que a assistência hospitalar constituía apenas um dos meios de incremento da saúde pública, e que, restringindo a lei a construção, localização e classificação de hospitais, se descuravam aspetos como administração, distribuição conveniente de médicos, formação de enfermeiras ou pagamento das despesas dos doentes²⁷. A lei, não considerando essas advertências, pretendia melhorar a distribuição dos hospitais e aumentar a sua lotação para efetiva utilização. O país foi dividido em três zonas – norte, centro e sul (englobando os arquipélagos atlânticos) –, organizadas por três centros (dotados de universidades: Lisboa, Porto, Coimbra), 24 regiões (sedes correspondentes às capitais de distrito) e 305 sub-regiões (abarcando um ou mais concelhos) (Figura 1).

^(b) Apesar da instituição da Federação das Caixas de Previdência (Decreto-Lei n. 35.611, 1946), apenas a Reforma da Previdência Social de 1962 (Lei n. 2.115) integrou trabalhadores rurais nos esquemas existentes. Também o Seguro Obrigatório de Enfermidade (SOE), na Espanha, em vigor desde 1944, excluiu de início a expressiva população agrícola²³.



Figura 1. Divisão de Portugal por zonas para efeitos hospitalares (Lei n. 2.011, 1946).

Fonte: Folheto propagandístico do MOP/CCH, 15 Anos de Obras Públicas: Organização Hospitalar, 1948 (adaptado: coloração da autora).

Essa divisão, geográfica e político-administrativa, implicava também hierarquização de competências, especialização e serviços, indo dos cuidados básicos nas sub-regiões à assistência integral nos centros, constatável pela dimensão, pelo número de camas e serviços disponibilizados. Estabeleceram-se hospitais centrais, regionais e sub-regionais – no mínimo, um em cada respetiva circunscrição – e infraestruturas auxiliares. Os hospitais sub-regionais constituíam o patamar mais básico, com serviços de medicina e cirurgia gerais, capacidade reduzida de internamento, consultas de obstetrícia e doenças infetocontagiosas, e assistência social e religiosa. Para aceder a serviço de urgência, consultas de especialidade, pediatria, farmácia ou técnicas de diagnóstico e terapêutica, era necessário recorrer aos hospitais regionais. Os hospitais centrais ligavam-se a investigação e formação por meio das Faculdades de Medicina. Hospitais específicos, como maternidades e sanatórios, teriam regulamentação separada.

A CCH recebia uma dotação anual para elaborar programas e projetos, e dirigir trabalhos. De antemão, inspecionou os hospitais para averiguar quais estariam em condições de adaptação e, simultaneamente, despertar a iniciativa local²⁸. Para 7.755.423 habitantes no país existiam 292 hospitais gerais, com 20.394 camas previstas: 237 geridos por Misericórdias, 31 por entidades particulares e 24 pelo Estado e autoridades administrativas²⁹. Realizou, também, uma viagem pela Europa – Suíça, Dinamarca, Suécia, Londres e Paris – para observar soluções técnicas e organizativas em hospitais modernos.

Como primeira etapa, foi estabelecido um plano de dez anos para construir e adaptar hospitais centrais e regionais. Porém, a CCH dedicou-se sobretudo à adaptação de hospitais sub-regionais, geridos por privados. A legislação privilegiava obras em equipamentos que não comportassem encargos de funcionamento para o Estado: a concentração estatal da assistência hospitalar era considerada avessa aos valores cristãos, espelhando tendências socialistas e comunistas³⁰. Outorgaram-se condições especiais de comparticipação às Misericórdias. O maior dispêndio requerido para hospitais regionais, pela sua complexidade, poderá explicar o investimento nos sub-regionais. O presidente da CCH afirmava que nenhuma frente fora prioritária, dependendo o incremento de hospitais sub-regionais, mais expressivo, da iniciativa local²⁸. Apesar de existir um plano legislado, parecia não haver estratégia, avançando consoante as solicitações. Em acréscimo, os desígnios iniciais não foram cumpridos porque o financiamento atribuído à CCH não correspondeu ao estipulado: ao fim de seis anos, recebera menos de 15% das verbas definidas para o período de dez anos, decrescendo as dotações anualmente³⁰ (p. 57).

Publicações oficiais, como o “Boletim da Assistência Social”, indicavam, nos inícios dos anos 1950, que se beneficiaram mais de trinta hospitais e construíram 21 de raiz, em um total de 15.000 camas. Brochuras propagandísticas da CCH destacavam sanatórios e equipamentos especializados como obras de vulto, a par de alguns hospitais sub-regionais e apenas um regional – em 1954, a intervenção em seis regionais contrastava com obras em mais de quarenta sub-regionais³¹. A reafirmação das atribuições da CCH (Decreto-Lei n. 41.497, 1957) possibilitou aproveitar o seu conhecimento específico para obras fora do seu âmbito estrito de atuação. O menor investimento nos hospitais regionais também se explicará por a maioria dos edifícios existentes dessa categoria não ser considerada passível de adaptação³⁰ (p. 52): a necessidade de projetos específicos levou à contratação de arquitetos externos ao Ministério das Obras Públicas (MOP)³², presumivelmente pela incapacidade de resposta da CCH, integrando apenas um arquiteto e um engenheiro em permanência. Embora se planeasse a difusão generalizada de hospitais regionais na década de 1950, apenas três equipamentos construídos de raiz foram inaugurados até 1960.

O plano assistencial não se coadunou com a organização hospitalar. O fraco investimento em políticas sociais definiu o estado precário da saúde. Aquando da adesão de Portugal à OMS, a desordem dos serviços de saúde e a falta de pessoal qualificado não passaram despercebidas aos técnicos estrangeiros, apesar de as visitas oficiais terem sido direcionadas para edifícios recentes e equipamentos profiláticos¹¹ (p.152-3). Não obstante, na Assembleia Nacional enaltecia-se a ação estatal, alegando-se que os Estados Unidos estariam a adotar princípios de organização hospitalar idênticos aos fixados na lei de 1946³³ (p. 968).

Visitas ao estrangeiro como suporte da regionalização hospitalar

Visitas ao estrangeiro contribuíram para definir o panorama hospitalar, complementadas por periódicos especializados, como a revista “Hospitais Portugueses” divulgando inovações e a realidade estrangeira, bibliografia internacional e contactos profissionais. Mencione-se a participação ativa de portugueses em congressos da IHF, realizados a cada dois anos, na década de 1950. Nos anos em que não ocorriam, a federação organizava visitas de estudo e cursos de formação. O 10º congresso realizou-se em Lisboa (1957), no Hospital Escolar de Santa Maria, inaugurado quatro anos antes. Das conclusões das sessões, debatendo temas como necessidades dos doentes, métodos de diagnóstico ou gestão hospitalar, ressalta a compreensão do hospital como entidade flexível, em constante adaptação diante dos avanços da medicina e dos doentes, pugnando pelo foco na prevenção e pela imprescindibilidade de projeção de necessidades futuras³⁴.

O médico Hipólito Álvares (1897-1960) participou no primeiro congresso da IHF realizado no pós-guerra (Amesterdão, 1949). Abordou a importância da permuta de experiências entre países e destacou o caso britânico, que já na década de 1930 implementara um esquema hospitalar regional e, com o NHS, transitara hospitais públicos e privados para tutela do Ministério da Saúde³⁵. Nessa ocasião, visitou estabelecimentos na Holanda, Suíça, Bélgica e França. Em 1952, Coriolano Ferreira integrou, em representação da DGA, uma visita a hospitais italianos, detalhada adiante. Volvidos dois anos, Horácio Carvalho, secretário na Santa Casa da Misericórdia, visitou estabelecimentos na França³⁶. Joaquim Paiva Corrêa, adjunto do Hospital Júlio de Matos, foi delegado da DGA no 8º congresso em Londres (1953), dedicado à medicina preventiva no hospital, firmando no relato a importância de criar uma delegação nacional que representasse Portugal na IHF³⁷. O congresso seguinte, em Lucerna (1955), contou, entre outros, com a presença de Renato Cantista (1913-?), advogado e administrador do Hospital de Santo Antônio, que então visitou edifícios suíços e franceses³⁶. Da tendência generalizada de construção e remodelação de hospitais, salientou a opção predominante na Suíça de derrubar equipamentos antigos para erigir edifícios modernos, atendendo o arquiteto a solicitações programáticas do pessoal hospitalar. Elogiou soluções construtivas, mobiliário e utensilagem hospitalar apresentadas no congresso. Não obstante, considerando que o elevado custo impossibilitaria introduzi-los em Portugal, assumiu a relevância de conhecer o avanço no estrangeiro para justificar as medidas nacionais.

O governo português enviou profissionais em missões de estudo independentes. Na década de 1940, no quadro da reorganização da assistência social, Agnelo Caldeira Prazeres (1895-1964), engenheiro sanitário da DGS, viajou pela Europa³⁸. Em Espanha, França, Bélgica, Suíça, Itália, Alemanha e Estados Unidos, observou a orgânica de estabelecimentos assistenciais, a questão da medicina preventiva e a assistência materno-infantil. Constatou que escasseava, também, especialização de arquitetos e engenheiros para concepção de edifícios sanitários, e reforçou que a resolução do problema hospitalar teria de contabilizar aspetos como formação de enfermeiras e reforma da economia. A coordenação imprescindível entre saúde, assistência e previdência, que defendeu, não seria então atingida em Portugal, atendendo à precariedade das políticas sociais e à fraca iniciativa dos organismos corporativos¹⁶.

Uma figura destacada na definição de organização e gestão hospitalar foi Coriolano Ferreira^(c), primeiro administrador do Hospital de Santa Maria (1956-1961) e vice-presidente da IHF (1973-1975). As suas visitas ao estrangeiro terão tido repercussões nas medidas de regionalização hospitalar. Os seus relatórios analisam questões administrativas e organizativas de serviços clínicos, sociais e de enfermagem, não descurando o ensino. Para além de ter integrado organismos oficiais na área hospitalar, Ferreira estimulou a criação do curso de Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa (1969-1970), que dirigiu (1976-1986), e foi Secretário de Estado da Segurança Social (1974-1980).

No relatório da viagem à Itália (1952)³⁹ constata semelhanças com Portugal, como o predomínio da iniciativa privada na administração hospitalar, dependendo os hospitais italianos majoritariamente do Ministério do Interior, organizados em associações regionais coordenadas por uma federação. Opulentos edifícios apetrechados com equipamentos técnicos modernos conviviam com processos burocráticos obsoletos e falta de profissionalização da área administrativa. Também a distribuição dos encargos com os doentes era semelhante. Ferreira alertou para o carácter limitado desse tipo de visitas, pois os participantes somente observavam o que aos organizadores interessava mostrar. Portugal teve postura idêntica quando da visita do arquiteto inglês Alfred Bossom, no final dos anos 1940, que louvou os modernos hospitais então em construção por iniciativa do governo como equiparáveis aos “melhores da Europa”¹¹ (p. 176).

Volvidos dois anos, Ferreira visitou hospitais civis e universitários em França, Bélgica, Suíça e Alemanha⁴⁰. Atentou na organização setorial adequada à divisão administrativa dos países como exemplo de regionalização, na crescente gestão particular, na eficiência dos edifícios e na segurança social. Ferreira defendia a implementação efetiva da previdência social em Portugal, à imagem dos países europeus, para melhorar a qualidade de vida da população sem sobrecarregar o Estado. Nesse relato, frisou a multiplicação de viagens de estudo a hospitais, havendo países que compilavam brochuras e organizavam visitas guiadas para os estrangeiros interessados.

Dos países visitados, França, Suíça e Itália aparentam ter sido os com maior expressão, e cuja estrutura administrativa mais se assemelhava à idealizada para Portugal, pela organização sectorial consoante a ordenação político-administrativa, sob orientação centralizada sem implicar perda da autonomia de cada hospital. A dependência majoritária na iniciativa privada e a coexistência de diversos sistemas de seguro social terão tido peso. Não obstante, a realidade inglesa do serviço de saúde unificado era conhecida, não se coadunando com o entendimento oficial português sobre o papel estatal na prestação de cuidados de saúde. Tal não implicou que certas ideias, como a importância de serviços domiciliários e da difusão da prevenção pela comunidade como reforço da rede hospitalar, advogadas por Llewelyn-Davies e Macaulay⁹ (p. 13-4), não se refletissem nas sugestões de Ferreira⁴¹. Para além das visitas a equipamentos especializados como sanatórios e centros de convalescença, a constatação da permanência de antigos edifícios adaptados a par de inovadores e recentes equipamentos hospitalares poderá ter reforçado a atuação portuguesa no âmbito da construção hospitalar.

^(c) O acesso ao seu espólio pessoal, depositado no Arquivo Nacional da Torre do Tombo, encontra-se vedado a investigadores.

Medidas para implementação do programa regionalista

Uma estrutura administrativa com base regional – assente no distrito como unidade – ganhou peso na década de 1950, constituindo-se um grupo de estudo dos hospitais regionais. O hospital vinha sendo encarado como centro do sistema assistencial, contrariando advertências sobre a importância de privilegiar profilaxia e recuperação em vez de mera terapêutica. Idealizava-se organizar hospitais e serviços complementares de determinada região de forma agrupada e coordenada, cabendo um papel definido a cada um, para maior economia e melhor distribuição de doentes. À imagem dos países visitados, ambicionava-se uma entidade reguladora central que orientasse o plano nacional, cuja subordinação não implicaria perda de autonomia administrativa dos hospitais regionais.

A criação do Ministério da Saúde e Assistência (MSA), em 1958, surgiu de forma precipitada em um clima politicamente conturbado, embora não constituísse uma ideia nova. Não terá sido apenas uma medida de apaziguamento da classe médica¹², mas uma alteração cosmética de propaganda, pois o ministério não foi criado por um diploma exclusivo¹¹. Inicialmente, o MSA correspondeu apenas à reformulação da extinta SEAS, mantendo serviços dispersos. Os médicos revelaram-se mais interventivos: acusavam a escassez de profissionais, a desigual distribuição territorial e a falta de atenção do governo aos recursos humanos, pouco qualificados, sem assumir um investimento real na saúde⁴².

O ministro Martins de Carvalho (1919-1994), formado em Direito e Ciências Econômicas, evidenciou preocupação com a necessidade de todos os hospitais existentes estarem em funcionamento, sublinhando em uma carta a Salazar o atraso na concretização dos hospitais regionais⁴³. Estabeleceu Comissões Inter-Hospitalares (1961), órgãos de coordenação regional da assistência hospitalar para administração mais eficiente, em Lisboa, Porto e Coimbra. Valorizando o complemento entre diversos tipos de hospitais e o trabalho interligado, as comissões previam um serviço central de informações, que encaminharia pacientes para evitar sobrelotação. Coriolano Ferreira fez parte do seu planeamento: para além dos exemplos que referiu ao ministro – Paris, Lille, Marselha, Amesterdão e Londres⁴¹ –, a iniciativa ecoa a organização dos hospitais públicos italianos observada em 1952. As comissões falharam na interligação clínica entre instituições, indispensável para uma rede eficaz⁴⁴ (p. 12).

Foi criada a Direcção-Geral dos Hospitais (DGH; Decreto-Lei n. 43.853, 1961), um órgão central coordenador e fiscalizador dos equipamentos públicos e privados, que vinham aumentando e funcionavam de forma bastante isolada. Com propósito descentralizador, desdobrava-se em serviços regionais, pretendendo salvaguardar a autonomia de cada hospital, como Ferreira observara no estrangeiro. A DGH promovia orientação técnica e administrativa dos hospitais, estudo das carreiras profissionais relacionadas, e laborava com a CCH nos planos de obras – aliás, o Diretor Geral dos Hospitais assumia a presidência da CCH, cargo ocupado por Ferreira até 1972. Em 1961, instituiu-se a Comissão de Reapetrechamento dos Hospitais, no MSA, para estudo e execução do primeiro plano nacional de reequipamento hospitalar. Importava melhorar o funcionamento dos hospitais e apetrechar as unidades locais, pois a acumulação indevida de doentes prevalecia nos hospitais centrais. Impunha-se um planeamento concertado que calculasse necessidades

futuras. Paralelamente, foi publicado o Regulamento Interno dos Hospitais Regionais⁴⁵, cuja redação coube, entre outros, a Coriolano Ferreira e Renato Cantista. Impôs uma nova classificação dividindo os hospitais regionais em três tipos, consoante o número de camas e adequados à densidade populacional, à semelhança do caso francês. Esse modelo foi porventura influente, pois Ferreira analisara ponderadamente a reforma hospitalar francesa iniciada em 1958, que incorporara uma comissão consultiva para apetrechamento nacional de equipamento hospitalar⁴⁶.

As bases da política de saúde e assistência (Lei n. 2.120, 1963) atribuíram ao MSA a aprovação e a implementação de vários tipos de obras em edifícios hospitalares. Focavam a ação estatal na criação de serviços indispensáveis, devendo orientar e fiscalizar a iniciativa privada. Mantinha-se a responsabilidade individual, familiar e municipal quanto aos encargos com os serviços de saúde. Apesar da abertura de diversos hospitais, certas obras se arrastavam indefinidamente, e centenas de camas inauguradas mantinham-se vazias – não por inexistência de doentes, mas porque os recursos financeiros para funcionamento quotidiano eram escassos. Para tal, contribuía o facto de os subsídios que cabiam às entidades privadas terem sido, sobretudo, orientados para equipamentos estatais¹¹ (p. 412).

Em 1965, foi publicado o relatório do estágio de Renato Cantista em França e Itália⁴⁷. Observou minuciosamente a organização hospitalar e da previdência social, atestando a presumível influência desses exemplos no sistema idealizado para Portugal, já singularizados por Ferreira. Realçou que, apesar do envio prévio de uma lista do tipo de estabelecimentos que desejava visitar, nenhum dos países preparara o assunto, impossibilitando atingir os resultados esperados. No domínio do investimento em infraestruturas hospitalares, notou que, em França, os programas se integravam nos planos de desenvolvimento económico e social do país. Verificou a morosidade da elaboração e da concretização de projetos arquitetónicos, consequência das diversas etapas de aprovação – situação idêntica às obras públicas portuguesas⁴⁸.

No quadro das medidas de desenvolvimento económico, e perante a necessidade de equiparação de Portugal aos níveis de progresso europeus, a saúde foi contemplada pela primeira vez no Plano Intercalar de Fomento (1965-67), que providenciou financiamento para a assistência hospitalar⁴⁹. Essa medida prende-se com o investimento prioritário em infraestruturas que contribuíssem para alargar o potencial produtivo da população, dado que a saúde dos trabalhadores constituía uma condição imprescindível para o crescimento económico. O plano visava priorizar obras de hospitais regionais, criar e desenvolver centros de recuperação, reorganizar centros de enfermagem, preparar pessoal, fixar médicos fora das grandes cidades e melhorar a rede de transporte de doentes. Pouco depois, foi estabelecido um plano nacional de prioridade de remodelação e construção de hospitais regionais (Decreto-Lei n. 46.308, 1965). Com a abertura da economia portuguesa ao estrangeiro, impôs-se planejar investimentos em nível regional para ultrapassar disparidades no território, favorecendo medidas de descentralização; porém, a planificação do fomento regional só foi legislada em 1969² (p. 319-20).

Em 1968, coincidente com a posse da Presidência do Conselho por Marcelo Caetano (1906-1980), arrancou o III Plano de Fomento (1968-1973), assumindo a saúde como um dos investimentos prioritários⁵⁰. O plano inscreveu a renovação e o apetrechamento dos

hospitais centrais e regionais para cobertura da totalidade do país. Equacionou incrementar maternidades e escolas de enfermagem e fixar pessoal médico nas periferias. A repetição dos objetivos nos planos denota a lenta efetivação. Não obstante, verificara-se redução na duração de internamento dos doentes em alguns hospitais centrais pela agilização dos meios complementares de diagnóstico, e fora aberto o internato aos recém-licenciados em Medicina, permitindo maior presença de profissionais nos serviços.

Com o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n. 48.357, 1968) mantinha-se a organização geográfica anterior, permitindo estabelecer conjuntos compostos por hospitais da mesma tutela, dotando-os de administração central comum. Marco do emprego de métodos de gestão empresarial na administração hospitalar, apresentava novos grupos de hospitais regionais e sub-regionais conforme o número de camas, estabelecia carreiras do pessoal afeto, e classificava doentes quanto aos encargos. Pretendia-se colaboração entre clínica privada e hospitais, e acesso facilitado a cuidados médicos para todos os cidadãos, independentemente do seu rendimento. Um plano de prioridades deveria orientar a construção e a remodelação de hospitais.

Na década de 1960, marcada pela guerra colonial, ocorreram vagas de emigração massificada e estagnação populacional: de 8,9 milhões de habitantes em 1960 para 8,6 milhões em 1970⁵¹. Verificou-se um exponencial crescimento econômico, movimentos de êxodo rural para o litoral e diminuição da população ativa na agricultura, resultado de industrialização e propagação de serviços em meio urbano, obrigando a desenvolvimento concertado da infraestrutura hospitalar para trabalhadores. Em 1968, existiam 486 hospitais gerais no país, sendo mais de 80% tutelados por Misericórdias e particulares⁵². Os 243 hospitais sub-regionais contrastavam com o conjunto, em nível nacional, de 30 estabelecimentos classificados como regionais e centrais⁵². Nessa data, havia 5,83 camas por mil habitantes, colocando Portugal praticamente no fim da lista europeia, apenas à frente de Grécia, Iugoslávia e Espanha⁵³ (p. 38).

O impulso do III Plano de Fomento possibilitou concluir edifícios anteriormente iniciados, como os hospitais regionais de Beja (1970), Bragança e Funchal (1973), e lançar novos projetos regionais sob alçada da recente Direção-Geral das Construções Hospitalares. A medicina organizada ganhava contornos. Porém, o direito igualitário à assistência médica e uma política unitária de saúde, enunciados na organização do MSA (Decreto-Lei n. 413/71, 1971), apenas se concretizaram após a queda do regime em 1974^{15,54}, que abriu caminho à aposta nos cuidados de saúde primários, à oficialização dos hospitais geridos pelas Misericórdias (1975) e ao estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (1979).

Conclusões

À semelhança de outros países^{5,55-57}, em Portugal impôs-se um sistema hospitalocêntrico¹¹, que, remontando ao século 19, teve difusão na Europa entre as décadas de 1880 e 1930 e ampla propagação nos anos 1950-1960⁵. Colocar o hospital em uma posição preponderante no domínio assistencial resultou em uma menor aposta em prevenção e educação, e originou desigualdades no acesso a cuidados de saúde devido às modalidades de previdência e administração.

No campo hospitalar, o Estado Novo manteve-se como fiscalizador, gizando um plano coadunado com a sua iniciativa nos cuidados de saúde: atentou na componente material das instalações, sustentando uma estrutura hospitalar gerida essencialmente pelas Misericórdias, para evitar uma oficialização desse encargo – à imagem da postura que assumiu quanto à industrialização no pós-guerra, por exemplo. Durante a década de 1950, planeou-se a organização regional da rede hospitalar, que permitia controlo central e delegava a administração às respetivas entidades. Apesar dessas medidas e do aumento do número de hospitais, a concretização dessa rede se evidenciou morosa por um conjunto de constrangimentos, sobretudo financeiros. A regionalização hospitalar complexifica-se quando a tutela dos estabelecimentos está distribuída por várias instituições de natureza diversa, dificultando a cooperação⁸.

As viagens e o contacto com realidades estrangeiras quanto à organização administrativa dos hospitais impactaram a definição do modelo para Portugal, servindo como suporte da ação legislativa. Coriolano Ferreira e Renato Cantista destacaram-se nessa matéria, contribuindo para legislar uma rede coordenada, integrando elementos análogos aos observados em países como França e Itália. As visitas terão influenciado medidas como basear o sistema no hospital regional, classificar hospitais segundo o número de camas e serviços, centralizar o apetrechamento de equipamento ou normalizar procedimentos administrativos. Adicionalmente, as viagens permitiram corroborar necessidades prementes, como incrementar o ensino de profissionais de enfermagem e de administração hospitalar, refletidas nas verbas inscritas nos planos de fomento.

Porém, e em consonância com o discurso oficial, Ferreira não considerava que a responsabilidade da previdência social deveria recair unicamente sobre o Estado, anuindo a coexistência de múltiplos sistemas, assim dificultando o acesso por diversas camadas da população. A falta e a desvalorização de profissionais, concentrados nas zonas urbanas, aliadas a instalações deficitárias com carência de equipamento técnico e predominantemente sob administração privada, impediram abranger a totalidade do território metropolitano e contribuir para um aumento substancial no nível de vida da população, perpetuando até ao esgotamento a estrutura social idealizada por Salazar. As mudanças para descentralização e crescente autonomia administrativa e financeira dos hospitais, e maior cobertura territorial e de acesso, só ocorreram após a revolução de 1974.

Financiamento

Investigação realizada no âmbito do projeto ‘CuCa_RE: Cure and Care_the rehabilitation’ (PTDC/ATPAQI/2577/2014), financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT-MCTES, Portugal).

Agradecimentos

A autora agradece aos organizadores e participantes do II Seminario Internacional del Colegio Doctoral Tordesillas de Salud Pública y Historia de la Ciencia: Reformas Sanitarias en Brasil y Países del Sur de Europa en el siglo XX (Universidad Miguel Hernández de Elche, Alicante, 2019), no qual foi apresentada uma parte da pesquisa, e aos revisores pelas pertinentes questões e sugestões.

Conflito de interesse

A autora não tem conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Lina Rodrigues de Faria

Submetido em

24/02/21

Aprovado em

02/08/21

Referências

1. Rosas F. Salazar e o poder. A Arte de saber durar. Lisboa: Tinta-da-China; 2013.
2. Oliveira C. História dos municípios e do poder local: dos finais da Idade Média à União Europeia. Lisboa: Temas e Debates; 1996.
3. Barceló-Prats J, Comelles JM, Perdiguero-Gil E. Las bases ideológicas y prácticas del proceso de regionalización de la sanidad en España (1955-1978). In: Gallo MIP, Gutierrez LM, Martínez MVC, coordenadores. Salud, enfermedad y medicina en el franquismo. Madrid: Catarata; 2019. p. 146-67.
4. Kisacki J. Rise of the modern hospital: an architectural history of health and healing, 1870-1940. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press; 2017.
5. Fernández-Pérez P. The emergence of modern hospital management and organisation in the world 1880s-1930s. Bingley: Emerald Publishing; 2021.
6. Wright JR. The american college of surgeons, minimum standards for hospitals, and the provision of high-quality laboratory services. Arch Pathol Lab Med. 2017; 141(5):704-17.
7. MacEachern M. Hospital organization and management. Chicago: Physicians' Record Co.; 1935.
8. Bravo AL. Regionalización: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud em zonas rurales y urbanas. Bol Oficina Sanit Panam. 1974; 77(3):231-46.
9. Llewelyn-Davies R, Macaulay HMC. Hospital planning and administration. Geneva: WHO; 1966.
10. Ferreira C. Primeiros apontamentos de regionalização hospitalar. Bol Assist Soc (Separata). 1964; 155-156.
11. Almeida A. A saúde no Estado Novo de Salazar (1933-1968): políticas, sistemas e estruturas [tese]. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa; 2017.
12. Costa RMP. O poder médico no Estado Novo (1945-1975). Afirmção, legitimação e ordenamento profissional. Porto: U.Porto Editorial; 2009.
13. Garnel R. Os médicos, a saúde pública e o Estado improvidente (1890-1926). Estud Século XX. 2013; (13):281-308.
14. Alves JF, Carneiro M. A saúde pública em Portugal. Alguns delineamentos administrativos (Da monarquia à ditadura militar). In: Ferreira FM, Capela JV, Mendes F, editores. Justiça na Res Publica (Secs. XIX-XX). Porto: CITCEM; 2011. v. 2, p. 33-50.
15. Ferreira FAG. Sistemas de saúde e seu funcionamento: sistemas de cuidados de saúde no mundo, o caso particular de Portugal. História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2015.
16. Campos AMF. Assistência médica e desigualdade social no Estado Novo. Estud Século XX. 2013; (13):355-70.
17. Alves JF, Carneiro M. Estado Novo e discurso assistencialista (1933-1944). Estud Século XX. 2013; (13):333-53.
18. Amaro AR. O modelo de previdência social do Estado Novo (1933-1962). In: Torgal LR, Paulo H, coordenadores. Estados autoritários e totalitários e suas representações. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra; 2008. p. 65-79.

19. Logan C, Willis J. International travel as medical research: architecture and the modern hospital. *Health Hist.* 2010; 12(2):116-33. Doi: <https://doi.org/10.5401/healthhist.12.2.0116>.
20. Soares J, Bernardo M, Fonseca I. A luta contra o cancro e o Instituto Português de Oncologia. In: Veloso AJB, coordenador. *Médicos e sociedade. Para uma história da medicina em Portugal no século XX*. Lisboa: By the book; 2017. p. 330-47.
21. Comissão de Estudo do Problema Hospitalar do País. *Esboço do plano de renovação da Assistência Hospitalar em todo o país e seu serviço de urgência*. 1945. Câmara Municipal de Cascais, Casa Reynaldo dos Santos, Arquivo Reynaldo dos Santos: CMC-CRSIQS/RS/D/004/214.
22. Abreu L. Health care and poor relief in Portugal. An historical perspective. In: Abreu L, editor. *Health care and government policy*. Évora: CIDEHUS; 2019. Doi: <https://doi.org/10.4000/books.cidehus.8349>.
23. Perdiguero-Gil E, Comelles JM. The roots of the health reform in Spain. In: Abreu L, editor. *Health Care and Government Policy*. Évora: CIDEHUS; 2019. Doi: <https://doi.org/10.4000/books.cidehus.8327>.
24. Anónimo. O problema hospitalar. Como foi solucionado no estrangeiro e como importa que Lisboa o solucione. *Diário de Notícias*. 10 Jul 1933; p. 1, 4.
25. *Obra de grande alcance social. A construção de dois hospitais escolares um em Lisboa outro no Porto*. *Diário de Notícias*. 27 Jul 1933; p. 1-2.
26. Correia FS. *Portugal sanitário: subsídios para o seu estudo*. Lisboa: DGSP; 1938.
27. Portugal. Assembleia Nacional. *Diário das Sessões*. 16 Jan 1946; sessão nº 15, p.199-203.
28. Lima APP. *Construções hospitalares*. In: Comissão Executiva da Exposição de Obras Públicas, editor. *Quinze Anos de Obras Públicas. 1932-1947, vol. I - Livro de Ouro*. Lisboa: Imprensa Nacional; 1948. p. 99-102.
29. Instituto Nacional de Estatística. *Anuário Estatístico: 1946*. Lisboa: Sociedade Tipográfica; 1947.
30. Fonseca CD. Da organização hospitalar do País. *Bol Assist Soc.* 1953; 111-112:43-65.
31. CCH. *Trabalhos concluídos até à data*. 1954. Biblioteca e Arquivo Histórico da Economia, Arquivo Particular do Ministro Eduardo Arantes e Oliveira, cx.59.
32. MOP. *Trabalhos entregues, por contratos, a técnicos e a artistas, estranhos aos serviços do Ministério das Obras Públicas*. 1954; p.7. Biblioteca e Arquivo Histórico da Economia, Arquivo Particular do Ministro Eduardo Arantes e Oliveira, cx.59.
33. Portugal. Assembleia Nacional. *Diário das Sessões*. 28 Abr 1950; sessão nº 52, p. 968.
34. Portugal. *Actas do 10º Congresso Internacional dos Hospitais*. Lisboa: Hospital de Santa Maria; 1957.
35. Álvares H. O I Congresso Hospitalar Internacional do após guerra: relatório duma missão. *Bol Assist Soc.* 1949; 80-82:278-97.
36. Cantista R. Relatório da missão de estudo ao IX Congresso Internacional dos Hospitais – Lucerna – 1955. *Bol Assist Soc.* 1957; 127-128:81-170.
37. Corrêa JJP. Relatório do 8º Congresso da Federação Internacional dos Hospitais. 1953. Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Arquivo Salazar, IN-1C, cx. 320, pt.14:481-96.
38. Prazeres AC. Problemas de Assistência e de Saúde Pública. Tendências e perspectivas actuais. *Bol Assist Soc.* 1949; 74-76:141-68.

39. Ferreira C. Relatório da viagem de estudo na Itália organizada pela Federação Internacional dos Hospitais em 1952. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa; 1953.
40. Ferreira C. Relatório da viagem de estudo a hospitais da França, Bélgica, Suíça e Alemanha nos meses de Maio e Junho de 1954. Lisboa: Oficinas Gráficas Casa Portuguesa; 1955.
41. Ferreira C. Comissão Inter-Hospitalar de Lisboa. Bol Assist Soc. 1959; 137-138:599-608.
42. Ordem dos Médicos. Relatório sobre as carreiras médicas. Lisboa: Ordem dos Médicos; 1961.
43. Carvalho M. Ofício para António de Oliveira Salazar. 1959. Ago 29. Arquivo Nacional da Torre do Tombo, Arquivo Salazar, IN-11, cx. 337, pt. 9: 165-170.
44. Cristiano N. Sobre organização hospitalar. Hospitais Portugueses. 1961; 106-107:7-13.
45. Ferreira C. Memória. Acerca do regulamento-tipo dos hospitais regionais, elaborada em obediência ao despacho ministerial de 1 de Abril de 1960. Bol Assist Soc. 1961; 145-146:17-40.
46. Ferreira C. Notas à reforma hospitalar francesa. Lisboa: Tip. ENP; 1962.
47. Cantista R. Um estágio na França e na Itália. Bol Assist Soc. 1965; 157-158:55-114.
48. Brites J. Estado Novo, arquitetura e “renascimento nacional”. Risco. 2017; 15(1):100-113. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1984-4506.v15i1p100-113>.
49. Portugal. Presidência do Conselho. Plano Intercalar de Fomento para 1965-1967. Lisboa: Imprensa Nacional; 1964.
50. Portugal. Presidência do Conselho. III Plano de Fomento para 1968-1973. Emprego e política social, habitação e urbanização, saúde. Lisboa: Imprensa Nacional; 1968.
51. Cabral MV. A sociedade portuguesa na década de 1960. In: Brito JMB, Santos PB, coordenadores. Os anos sessenta em Portugal. Duas governações, diferentes políticas públicas? Porto: Afrontamento; 2020. p. 37-50.
52. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico de Portugal – Continente e Ilhas Adjacentes: 1968. Lisboa: Sociedade Tipográfica; 1969.
53. Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J. La construcción de la red de hospitales y ambulatorios públicos em España, 1880-1960. Documentos de Trabajo de la AEHE. 2016; 16:1-47.
54. Campos AC, Simões J. O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina; 2011.
55. Comelles JM, Alegre-Agís E, Barceló-Prats J. Del hospital de pobres a la cultura hospitalo-céntrica. Economía política y cambio cultural en el sistema hospitalario catalán. Kamchatka Rev Anal Cult. 2017; 10:57-85. Doi: <https://doi.org/10.7203/KAM.10.10420>.
56. Donzé PY, Fernández-Pérez P. Health industries in the twentieth century. Bus Hist. 2019; 61(3):385-403. Doi: <https://doi.org/10.1080/00076791.2019.1572116>.
57. Gorsky M, Vilar-Rodríguez M, Pons-Pons J, editores. The political economy of the hospital in history. Huddersfield: University of Huddersfield; 2020.



This article analyzes the regionalization of Portugal's hospital network during the "New State" dictatorial regime (1933-1974), launched after the second world war. In an attempt to create a regionally-based hospital system, the Portuguese government limited itself to subsidizing the construction and refurbishment of buildings, relegating the multiple tasks involved in hospital management to private organizations, hampering access to health care for a significant part of the population. Through the analysis of study trips made by hospital administrators and sanitary engineers in the 1940s and 1950s, mainly to European countries such as Italy, France and England, this article reflects on the importance of contacts with international networks of experts and influence of foreign experiences on the approach to the organization of hospital care in Portugal adopted in subsequent years.

Keyword: Hospitals. Regionalization. Study trips. New state. Portugal.

El presente artículo aborda los principios de regionalización de la red hospitalaria portuguesa durante el régimen dictatorial del *Estado Novo* (1933-1974), lanzados después de la Segunda Guerra Mundial. El gobierno portugués, que anhelaba un sistema hospitalario coordinado con base regional, se limitó a coparticipar la construcción y remodelación de edificios, relegando a instituciones particulares las múltiples tareas envueltas en el funcionamiento hospitalario, lo que dificultó el desarrollo y el acceso a cuidados de salud para una parte significativa de la población. Por medio del análisis de viajes de estudio realizados por administradores hospitalarios e ingenieros sanitarios durante las décadas de 1940 y 1950, principalmente a países europeos como Italia, Francia e Inglaterra, se pondera sobre la importancia de los contactos con redes internacionales de especialistas y de la influencia ejercida por los ejemplos extranjeros sobre las medidas de organización de la asistencia hospitalaria en Portugal, establecidas en los años siguientes.

Palabras clave: Hospitales. Regionalización. Viajes de estudio. *Estado Novo*. Portugal.