REVISTA DE DIREITO DA SAÚDE COMPARADO

Recebido em: 08/10/2024 Aceito em: 29/11/2024
DOI: https://doi.org/10.56242/direitodasaudecomparado;2024;3;5;6-24

A reforma de Gonçalves Ferreira: os primórdios de um sistema nacional de saúde em portugal*

Filipe de Arede Nunes
Professor Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa.
Investigador do Centro de Investigação em Teoria e História do Direito da Universidade de Lisboa.

Resumo

O projecto político do Marcelismo teve uma forte componente social. É possível encontrar, neste período, um número importante de reformas entre as quais se destaca a gizada por Francisco Gonçalves Ferreira. A Reforma de Gonçalves Ferreira – que foi, em grande parte, consequência e concretização do Estatuto da Saúde e Assistência – efectivou-se em torno de um conjunto de diplomas legais: os Decreto-Lei n.º 413/71 e Decreto-Lei n.º 414/71, ambos de 27 de Setembro. Estes dois diplomas corporizaram uma modificação filosófica em alguns dos princípios orientadores da acção do poder político, nomeadamente porque deles emergiu a defesa de uma política de saúde universal e unitária. Mais tarde seria aprovada, por iniciativa do Ministro António Arnaut, a Lei 56/79, de 17 de Setembro, o Serviço Nacional de Saúde. O objectivo deste trabalho consiste em compreender, a partir da análise dos textos legais, o conteúdo da Reforma de Gonçalves Ferreira no contexto do modelo de protecção social do Estado Novo.

Palavras-chave: Estado novo, Gonçalves ferreira, Serviço nacional de saúde, Marcelismo, Reformismo.

Sumário

1. Introdução; 2. As políticas de protecção da saúde no salazarismo: os anos 30; 3. As políticas de protecção da saúde no salazarismo: os anos 40 e 50; 4. Da reforma da previdência social de 1962 e do estatuto da saúde e assistência de 1963 ao estatuto hospitalar e ao regulamento geral dos hospitais; 5. A política social marcelista; 6. Os decretos-leis n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro; 7. Conclusões; Bibliografia.

* O presente estudo corresponde à comunicação proferida no III Encontro Hispano-Luso de Historiadores do Direito realizado em Lisboa nos dias 17 e 18 de Junho de 2019. O texto foi originalmente publicado com a seguinte referência: SILVA, Cristina Nogueira da; SEIXAS, Margarida (coord.). **Estudos Luso-Hispanos de história do direito II.** Madrid: Editorial Dykinson, 2021. pp. 463-490. ISSN: 2255-5137; ISBN: 978-84-1377-379-7.

1 Introdução

A carreira política de Baltazar Rebelo de Sousa foi longa e iniciou-se relativamente cedo. Antes de ter exercido as funções de Governador-Geral de Moçambique (entre 1968 e 1970), de Ministro das Corporações e Previdência e da Saúde e da Assistência (entre 1970 e 1973) e de Ministro do Ultramar (entre 1973 e 1974), já durante o período do Marcelismo[1], esteve deputado à Assembleia Nacional (entre 1953 e 1957) e Subsecretário de Estado da Educação Nacional (entre 1955 e 1961) ainda durante o salazarismo. É a si, enquanto Ministro da Saúde e Assistência (no entendimento de Marcelo Rebelo de Sousa[2]), que deve ser atribuída a responsabilidade de criação de um Sistema Nacional de Saúde.

Apesar da sua extensa e proeminente carreira política, Baltazar Rebelo de Sousa não integrou, inicialmente, o primeiro governo de Marcello Caetano uma vez que a pasta (que viria a assumir a partir de 15 de Janeiro de 1970[3]) foi primeiramente assumida por Lopo de Carvalho Cancela de Abreu[4]. Com a indicação do novo ministro, e no mesmo dia, foi também nomeado Francisco Gonçalves Ferreira como Secretário de Estado da Saúde e Assistência[5] e José Luís Nogueira de Brito como Sub-secretário de Estado do Trabalho e Previdência[6].

Importa destacar que, e não obstante o importantíssimo papel representado por Baltazar Rebelo de Sousa no âmbito do aprofundamento das políticas de saúde durante o período do marcelismo (essencialmente político), do ponto de vista técnico, o mérito maior foi de Francisco Gonçalves Ferreira[7]. Este, que tinha uma longa experiência administrativa na área da saúde[8], havia já sido convidado, em 1968, por Baltazar Rebelo de Sousa – na altura Governador-Geral de Moçambique –, para exercer as funções de Secretário Provincial de Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência, cargo que ocupou enquanto durou a governação de Baltazar Rebelo de Sousa.

---

[1] Para LUÍS REIS TORGAL «o sufixo «ismo» supõe, se não a existência e um sistema de pensamento ou de acção, pelo menos um processo original de agir ou de pensar, ou um movimento que se criou, independentemente da importância da matriz original. O certo, porém, é que – a nosso ver – não existe propriamente uma lógica de originalidade política no período do governo de Marcello Caetano, que se verificou entre 27 de Dezembro de 1968 e 25 de Abril de 1974». No entanto, tal como Luís Reis Torgal, precisamente pelos mesmos motivos (porque alguma coisa de diferente aconteceu durante o período em que Marcello Caetano foi Presidente do Conselho), faremos uso da expressão «Marcelismo», «como conceito prático ou de natureza historiográfica», **Estados Novos, Estado Novo, v. I.** Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009. pp. 615-616.

[2] «Foi Baltazar o pai político do Sistema Nacional de Saúde e da rede de Centros de Saúde públicos, que o mesmo é dizer da intervenção do Estado no domínio da Saúde, com primeira e especial incidência na prevenção e nos cuidados primários», SOUSA, Marcelo Rebelo de. **Baltazar Rebelo de Sousa**: fotobiografia. Venda Nova: Bertrand Editora. 2. ed. 1999. p. 291.

[3] Baltazar Rebelo de Sousa foi nomeado Ministro das Corporações e da Previdência Social, e da Saúde e Assistência em 15 de Janeiro de 1970 pelo Decreto n.º 22/70. *Vide*, **Diário do Governo,** n.º 12/1970, Série I, Decreto n.º 22/70, de 15 de Janeiro de 1970.

[4] Lopo de Carvalho Cancela de Abreu foi um de quatro novos ministros nomeados em 27 de Setembro de 1967 por Marcello Caetano, tendo o novo Presidente do Conselho optado por manter onze ministros do último governo de António de Oliveira Salazar. *Vide*, **Diário do Governo,** n.º 229/1968, Série I, Decreto n.º 48601, de 27 de Setembro de 1968.

[5] *Vide*, **Diário do Governo**, n. 12/70, Série I, Decreto n.º 23/70, de 15 de Janeiro de 1970.

[6] *Vide*, **Diário do Governo**, n. 12/70, Série I, Decreto n.º 24/70, de 15 de Janeiro de 1970.

[7] *Vide*, nesse sentido, MARCELO REBELO DE SOUSA, **Baltazar**..., p. 291.

[8] Médico e docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, autor de uma extensa obra de cariz científico, exerceu diversos cargos administrativos ao longo da sua carreira, nomeadamente na direcção da Delegação do Porto do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, na direcção do Instituto Superior de Higiene e na direcção do Instituto Nacional de Saúde.

Neste período, entre os muitos diplomas que se revelaram determinantes para a edificação de um novo modelo na política de saúde em Portugal, especial saliência tem de ser atribuída a dois: o Decreto-Lei n.º 413/71[9] e o Decreto-Lei 414/71[10], ambos de 27 de Setembro.

Estes diplomas – que definiram a orgânica do Ministério da Saúde e Assistência e a organização das carreiras profissionais do pessoal do Ministério da Saúde e Assistência – constituíram o esteio jurídico das opções político-ideológicas do último período do Estado Novo. O principal objectivo (em particular, do Decreto-Lei n.º 413/71), como se referia no preâmbulo, consistia em «ajustar» a orgânica do Ministério «aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963[11]».

Releva assinalar que o Estatuto da Saúde e Assistência – inserido no âmbito mais lato da reforma da previdência social de 1962[12] e que permitiu promulgar as bases da política de saúde e assistência – constituiu um documento essencial no desenvolvimento jurídico-filosófico do projecto político do Estado Novo, mormente porque reconheceu[13] a necessidade da intervenção do Estado, não apenas na prossecução de funções orientadoras, tutelares e fiscalizadoras, mas também (ainda que supletivamente) enquanto prestador de serviços[14]. Ademais, tal como se referia, também no preâmbulo do Decreto-Lei 413/71, o «principio enunciado na base I da referida lei (...) para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição e que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias»[15]. Visa-se, em síntese, estabelecer um «sistema nacional de saúde»[16] de características marcadamente corporativas, dado que, pese embora se defendesse uma «política unitária de saúde e assistência com capacidade bastante para, progressivamente, por si em ligação com outros serviços e instituições, assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social», não se prescindia de condicionar a acção

[9] **Diário do Governo,** n. 228/1971, Série I, 27 de Setembro de 1971.
[10] **Diário do Governo,** n. 228/1971, Série I, 27 de Setembro de 1971.
[11] **Diário do Governo**, n. 228/1971, Série I, 27 de Setembro de 1971, p. 1406.
[12] *Vide*, sobre o processo de reforma da previdência social de 1962, NUNES, Filipe de Arede. **A construção jurídico-política do estado social em Portugal durante o Estado Novo (1933-1974)**: contributo para o estudo da história do pensamento político em Portugal. Lisboa: AAFDL, 2018. p. 211-245.
[13] O reconhecimento da necessidade de intervenção do Estado havia sido identificado no Parecer da Câmara Corporativa (n.º 42/VII) à proposta de lei n.º 514 (que havia de se materializar na Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963). Afirmava o relator (Joaquim Trigo de Negreiros) que: «o Estado, tendo por missão traçar e esquematizar os planos de saúde e assistência, deixa, todavia, à iniciativa particular a prestação concreta dos serviços assistencialistas. Só quando o superior interesse nacional e a complexidade dos serviços o aconselhem é que o Estado organizará e manterá os serviços de saúde e assistência (...). A Câmara Corporativa (...), opinou que o Estado, em Portugal, tem o dever de assegurar e desenvolver a assistência (...). Nada há que rever neste aspecto, tanto mais que a evolução das ciências e das técnicas, as convenções internacionais que assinámos, o custo dos meios de diagnóstico e terapêuticos e o volume de investimentos são outros tantos factores a considerar, pois, não podendo as iniciativas particulares suportar o encargo deles resultante, ao Estado cabe a iniciativa da criação dos serviços de saúde e assistência que se tornarem indispensáveis. É que os problemas relativos à necessidade de pôr o homem a coberto da doença e da miséria, reduzindo ao mínimo as suas consequências, atingiram uma importância tal que o Estado está em melhores condições para os equacionar em plano de conjunto, ficando reservado à iniciativa particular papel decisivo na execução dos mesmos planos (...). Na verdade, só o Estado dispõe dos elementos necessários à definição dos objectivos a prosseguir; só o Estado tem autoridade para coordenar os diferentes serviços e fixar a ordem de prioridade em razão das disponibilidades económicas da Nação; só o Estado, finalmente, está em condições de assegurar, ainda que em colaboração com a iniciativa particular e o seguro social, os vultuosos investimentos que a realização de qualquer plano ou programa implica», **Actas da Câmara Corporativa,** n. 133, 24 Maio de 1961. p. 1385.

do poder político «à dignidade da pessoa humana e à família como agrupamento social imprescindível ao desenvolvimento integral do homem»[17].

2 As políticas de protecção da saúde no Salazarismo: os anos 30

No período inicial do Estado Novo, as políticas de saúde efectivaram-se no âmbito da previdência social sendo que esta se encontrava inserida na estrutura corporativa, pedra angular de todo o sistema político-ideológico daquele período.

Nesse sentido, o Estatuto do Trabalho Nacional, aprovado pelo Decreto-Lei 23048, de 23 de Setembro de 1933[18], previa, no que diz respeito à política de saúde, no artigo 48.º, que seriam as caixas ou instituições de previdência a «defender o trabalhador na doença». Este preceito convalidava as normas inclusas na Constituição de 1933[19], nomeadamente a do artigo 41.º, no qual se referia que competia ao Estado promover e favorecer «as instituições de solidariedade, previdência, cooperação e mutualidade»[20] e que concretizava, do ponto de vista legislativo, a concepção teórica enunciada por Pedro Teotónio Pereira[21].

O modelo de protecção na doença preconizado na Constituição de 1933 e no Estatuto do Trabalho Nacional colocava o ónus do seu desenvolvimento nos organismos corporativos primários[22] (nos Grémios[23]; nos Sindicatos Nacionais[24]; nas Casas do Povo[25]; e nas Casas dos Pescadores[26]).

---

[14] *Vide*, nesse sentido, Base III: «Compete ao Estado: a) Estabelecer planos gerais para as actividades de saúde e assistência; b) Orientar, coordenar e fiscalizar estas actividades; c) Organizar e manter os serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada; d) Fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins; e) Exercer acção meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer sempre que estejam nas condições referidas na alínea antecedente».

[15] **Diário do Governo,** n.º 228/1971, Série I, 27 de Setembro de 1971, pp. 1406 a 1407.

[16] *Ibidem.*

[17] *Ibidem.*

[18] **Diário do Governo,** n. º 217/1933, Série I, 23 de Setembro de 1933, pp. 1655 a 1658.

[19] Promulgada pelo Decreto 22 241 de 22 de Fevereiro de 1933. *Vide* **Diário do Governo**, n. º 43/1933, Série I, 22 de Fevereiro de 1933, pp. 227 a 236.

[20] Para ANTÓNIO DA SILVA LEAL, deste artigo retirava-se a ideia de que a previdência não era, nos termos da Constituição, um fim do Estado, mas antes «um fim de determinadas instituições». Este autor entendia ainda que do preceito constitucional resultava que «O Estado não pode ou não deve (...) chamar a si a realização dos objectivos de previdência. Esta atitude tem ainda como consequência a falta de participação do Estado no financiamento do sistema», **Organização da Previdência:** apontamentos das lições proferidas no Instituto de Estudos Sociais, no ano lectivo de 1966/67. Lisboa: Instituto de Estudos Sociais. p. 111. *Vide*, no mesmo sentido, FERNANDO M. MAIA, quando afirma que «Torna-se evidente que confinando-se tão só a promover e favorecer as respectivas instituições, a Constituição de 1933 restringe o alcance dos fins do Estado no que se refere à previdência social», **Segurança social em Portugal:** evolução e tendência. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1985. p. 44.

[21] Para um dos mais importantes ideólogos do Estado Novo a protecção social funcionaria incluída nas agregações profissionais e estaria integrada na organização corporativa. «Todos os elementos da produção nacional serão chamados a dar a sua comparticipação. Pagarão os patrões e pagarão os operários num justo e harmónico plano de atribuição de responsabilidades», PEDRO TEOTÓNIO PEREIRA, «Corporações e previdência social: primeiros aspectos», *In:* **A batalha do futuro**: organização corporativa. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1937. p. 52.

[22] *Vide*, sobre os organismos corporativos primários, LUCENA, Manuel de. **A evolução do sistema corporativo português:** o Salazarimo, vol. I. Lisboa: Editora Perspectivas e Realidades, 1976. pp. 225 a 300.

[23] O regime jurídico dos Grémios foi criado pelo Decreto-lei n.º 23049, de 23 de Setembro de 1933.

Mais tarde, a aprovação da Lei n.º 1884, de 16 de Março de 1935[27], ao definir as instituições que seriam reconhecidas como sendo de previdência social e ao determinar que a incumbência da organização das Caixas Sindicais da Previdência[28] pertencia os Grémios e os Sindicados Nacionais e respectivas Federações, que a responsabilidade pela organização das Caixas de Previdência das Casas do Povo e das Casas dos Pescadores pertencia, respectivamente, às Casas do Povo e às Casas dos Pescadores e que as Caixas de Reforma ou Previdência[29] poderiam ser criadas por iniciativa dos interessados ou por acto do Governo, permitiu substantificar o arquétipo de protecção social que delimitaria, durante o primeiro período do Salazarismo, o modelo de resposta ao problema social[30].

Nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 1884, as Caixas Sindicais de Previdência surgiam com o objectivo (entre outros) de «proteger os trabalhadores contra os riscos da doença». De acordo com o artigo 10.º atribuía-se a mesma responsabilidade («proteger os beneficiários contra os riscos da doença») às Caixas de Reforma ou Previdência. As mesmas funções – de auxílio aos trabalhadores nos casos de doença – foram também conferidas às Caixas de Previdência das Casas do Povo[31] e das Casas dos Pescadores[32].

Para além das Instituições de previdência dos organismos corporativos e das Caixas de Reforma ou de Previdência, a Lei n.º 1884 reconhecia ainda, enquanto instituições de previdência social (3.ª e 4.ª categoriais), as Associações de Socorros Mútuos e as Instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos. Estas instituições encontravam-se já reguladas[33], ao tempo da publicação da Lei n.º 1884, embora apenas em nos anos sessenta – através do Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de Abril de 1963 – tenha sido criada a Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE).

Da análise do acervo legislativo relativo aos organismos corporativos primários pode concluir-se que se consagrava, por um lado, o princípio da progressividade enunciado no Relatório anexo à proposta de lei do regime jurídico das Instituições de previdência social, segundo o qual a previdência (onde se incluía a protecção na saúde), em cumprimento do ideário corporativo, se

[24] O regime jurídico dos Sindicados Nacionais foi criado pelo Decreto-lei n.º 23050, de 23 de Setembro de 1933.
[25] O regime jurídico das Casas do Povo foi criado pelo Decreto-lei n.º 23051, de 23 de Setembro de 1933.
[26] As Casas dos Pescadores foram criadas pela Lei n.º 1953, de 11 de Março de 1937 e regulamentadas pelo Decreto-lei n.º 27978, de 20 de Agosto de 1937.
[27] A proposta de Lei do regime jurídico das Instituições de previdência social foi acompanhada de um Relatório (*vide* **Diário das Sessões**, n.º 8, 23 de Janeiro de 1935, pp. 76 a 79) e de um Parecer da Câmara Corporativa (*vide* **Diário das Sessões**, n.º 9, 6 de Fevereiro de 1935, pp. 156 a 163).
[28] O Decreto n.º 25935, de 12 de Outubro de 1935 viria a aprovar o Regulamento das caixas sindicais de previdência.
[29] O Decreto n.º 28321, de 27 de Dezembro de 1937 viria a aprovar o Regulamento das caixas de reforma ou de previdência.
[30] Para PIERRE GUIBENTIF, a Lei n.º 1884 inseriu-se dentro de uma estratégia de natureza propagandística que visava também desvalorizar a importância dos Seguros Sociais de 1919. Para este autor, «a previdência é objecto praticamente do primeiro acto legislativo que emana das Câmaras do Estado Novo. Dentro dos próprios discursos, insiste-se repetidamente na autoria do Regime: a previdência, como vimos, é obra do Estado Novo e fruto dos métodos corporativos», «Génese da Previdência Social. Elementos sobre as origens da segurança social portuguesa e as suas ligações com o corporativismo», *Ler História*, n.º 5, 1985, pp. 51 a 52.
[31] *Vide*, nesse sentido, artigo 4.º, alínea a) do Decreto-lei n.º 23051.
[32] *Vide*, nesse sentido, Base II, alínea c), da Lei n.º 1953.
[33] As Associações de Socorros Mútuos pelo Decreto n.º 19281, de 29 de Janeiro de 1931 e pelo Decreto 20944, de 27 de Fevereiro de 1932 e as Instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos (nomeadamente as Caixas Nacionais de Previdência), pelo Decreto n.º 16667, de 27 de Março de 1929.

estenderia às classes mais necessitadas «através de um plano metódico e equilibrado» que não ultrapassasse «os limites das possibilidades económicas»[34] e por outro lado a ideia segundo a qual o Estado se manteria à margem do financiamento do sistema, constituindo essa uma responsabilidade, fundamentalmente, dos seus inscritos[35].

3 As políticas de protecção da saúde no Salazarimo: os anos 40 e 50

Os anos 40 ficaram marcados por uma ligeira e lenta inflexão no paradigma de protecção social, entre muitos variados outros motivos[36], também porque a aprovação da Lei n.º 1884 e da sua regulamentação não se concretizou na criação, em número significativo, de Caixas Sindicais de Previdência e de Caixas de Reforma ou de Previdência[37]. Assim, por intermédio do Decreto n.º 30711, de 30 de Agosto de 1940, o Governo passou a poder ter a iniciativa na organização das instituições de previdência. Os efeitos foram quase imediatos, tanto no número de Caixas, como no número de beneficiários[38].

Importa destacar que, poucos dias antes, havia sido criado, no âmbito do Decreto-lei n.º 30692, de 27 de Agosto de 1940, o Sub-Secretário de Estado da Assistência Social[39], peça orgânica essencial para a concretização das alterações entendidas necessárias no âmbito da reforma dos serviços de assistência.

---

[34] «Pôs-se, por consequência, de parte qualquer nova tentativa para a introdução maciça de um sistema de seguros sociais obrigatórios, a exemplo do que se fez noutros países. Pelo que nos diz respeito, tem-se, se não por errado, pelo menos demasiado dispendioso e pouco eficiente, a imposição de fórmulas rígidas e igualitárias a toda a população, sem atender às diferenças de nível económico e social que tão profundamente fazem divergir a vida real da Nação do somatório estatístico dos indivíduos. A vantagem incontroversa dos métodos corporativos resulta exactamente da solução parcelar dos problemas pela sua estreita adaptação aos agrupamentos naturais, com necessidades, condições de vida e possibilidades económicas sensivelmente distintas. É nessa orientação que se procurará portanto ir estendendo a número cada vez maior de indivíduos das classes mais necessitadas, os benefícios e os hábitos da previdência, através de plano metódico e equilibrado de realizações em que o aspecto social se desenvolva sem contudo ultrapassar os limites das possibilidades económicas», **Diário das Sessões**, n.º 8, p. 76.

[35] *Vide*, nesse sentido, o artigo 24.º do Decreto n.º 25935: «Constituem receitas das caixas as quantias provenientes de joias e outras contribuições dos seus inscritos e de quaisquer donativos e subsídios com que sejam contempladas». *Vide* ainda, também no mesmo sentido, o artigo 20.º do Decreto n.º 28321: «Constituem receitas das caixas de reforma ou de previdência as quantias provenientes das joias, se as houver, das contribuições dos inscritos, de multas e prescrições e de quaisquer subvenções, legados, heranças, donativos e subsídios que às mesmas sejam atribuídos, bem como os rendimentos dos fundos».

[36] Alguns decorreram, certamente, do postulado no preâmbulo do Decreto-lei n.º 27610, de 1 de Abril de 1937 através do qual se incumbiria a Direcção Geral da Assistência de proceder a uma reforma dos serviços de assistência. Aí se afirmava que «Os serviços de assistência carecem de reforma profunda; reclama-a a opinião pública e, acima de todos, sente a sua necessidade o Governo do Estado Novo, que, na obra de renovação nacional empreendida, não só não poderia abandonar à sua sorte os menos protegidos da fortuna, mas, antes, há muito vem mostrando por eles o seu especial desvelo e preparando novas bases para a constituição económica e social do País». Dos estudos elaborados em conformidade com os critérios e objectivos enunciados no Decreto-lei n.º 27610, viria a ser publicado o Decreto-lei n.º 31666, de 22 de Novembro de 1941.

[37] *Vide* MANUEL DE LUCENA sobre possíveis explicações para o fraco desenvolvimento das Caixas Sindicais de Previdência e das Caixas de Reforma ou Previdência. «Previdência Social», BARRETO, António; MÓNICA, Maria Filomena, **Dicionário de história de Portugal, suplemento 9**. Porto: Figueirinhas, 2000. p. 156.

[38] LUCENA, Manuel de. **Previdência**..., pp. 156-157.

[39] Para RAQUEL VARELA, «Esse aspecto puramente organizacional ilustra bem a importância que o Estado dispensava à saúde, na medida em que relacionava essa função social do Estado com um organismo como o Ministério do Interior, responsável pelas funções de soberania e, finalmente, dispensava a essa função específica uma subsecretaria»,

Através da Lei n.º 1988, de 15 de Maio de 1944 foram aprovadas as bases reguladoras dos serviços de assistência social. Embora ao Estado e às autarquias fosse atribuída apenas, na generalidade dos casos, uma função supletiva[40], tal significou, na prática, um aumento considerável da influência deste no processo de protecção social.

De modo a concretizar as bases enunciadas na Lei n.º 1988, foi publicado, no ano seguinte, o Decreto-lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945, através do qual se procedeu à reorganização dos serviços de assistência social. Este diploma procurava materializar, como se declarava no preâmbulo, uma nova visão acerca do papel da assistência social na abordagem, entre outros, aos problemas da saúde. Nesse sentido, afirmava-se que a assistência social não deveria limitar «a sua acção a minorar ou a curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria (*assistência paliativa e curativa*)», uma vez que lhe cumpria combater «na medida do possível, as suas próprias causas, através da luta contra os flagelos sociais (assistência preventiva) e da melhoria das condições de vida (assistência construtiva)»[41]. Ademais, imputavam-se à Direcção Geral da saúde um conjunto vasto de atribuições, não apenas profiláticas e terapêuticas de defesa e protecção da saúde, mas também de combate às doenças endémicas e epidémicas[42].

O processo legislativo de reforma social alcançava, por esta altura, velocidade de cruzeiro. Logo após a publicação do decreto que procedeu à reorganização dos serviços sociais, foi aprovada a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946 que, não só permitiu promulgar as bases para a organização hospitalar – tendo nesse sentido, possibilitado a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde[43] –, como determinou que os «encargos da assistência hospitalar» pertenceriam ao Estado («nos seus estabelecimentos próprios») e seriam «custeados, em regime de cooperação, nos pertencentes a outras entidades ou por elas mantidos», sendo que, em acréscimo, se assegurava que, em qualquer circunstância, incumbiria «às autarquias locais e ao Estado tomar as providências necessárias para que os hospitais» funcionassem com «plena eficiência»[44]. Para tal, por um lado, defina-se a inscrição, no orçamento de despesa extraordinária do Ministério das Obras Públicas e Comunicações, de uma verba anual de 50000 contos[45] – o que não se concretizou[46] – e, por outro, estipulava-se que o Estado poderia tomar a iniciativa de construção, ampliação ou adaptação dos hospitais, se as necessidades da assistência hospitalar e a escassez dos recursos locais assim o exigissem[47].

VARELA, Raquel (coord.). **História do serviço nacional de saúde em Portugal:** a saúde e a força de trabalho, do estado novo aos nossos dias. Lisboa: Âncora Editora, 2009. p. 81.

[40] *Vide* Base III: «1. Com excepção dos serviços de sanidade geral, e outros cuja complexidade ou superior interesse público aconselhem a manter em regime oficial, a função do Estado e das autarquias na prestação da assistência é, normalmente, supletiva das iniciativas particulares, que àquele incumbe orientar, tutelar, favorecer. 2. Na falta de insuficiência de iniciativas particulares, devem o Estado e as autarquias suscitar ou ainda promover ou sustentar, dentro das possibilidades económicas, as obras de assistência que as necessidades reclamarem, devendo porém as mesmas ser desoficializadas, logo que isso se torne possível, sem prejuízo da assistência a prestar».

[41] *Vide* preâmbulo do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1944.

[42] *Vide*, em especial, artigo 15.º.

[43] Nos termos deste diploma, do ponto de vista organizativo, o país ficaria dividido por zonas, regiões e sub-regiões (Base I, n.º 1), sendo que a assistência hospitalar seria assegurada, em cada zona, por hospitais centrais, regionais e sub-regionais, postos de consulta e socorros, centros de convalescença e de readaptação, hospícios e brigadas móveis de assistência, socorro e colocação de doentes (Base VI, n.º 1).

[44] *Vide* Base XIX.

[45] *Vide* Base XX, n.º 2.

[46] *Vide*, nesse sentido, CARLOS DINIZ DA FONSECA quando afirma que «A lei n.º 2.011 determinou que, para a primeira fase do plano de assistência hospitalar, a realizar no prazo máximo de um decénio, seria inscrita anualmente no orçamento do Ministério das Obras Públicas a dotação de 50.000 contos, pelo menos. Como passaram quase 6 anos, deveriam ter-se despendido já em construções hospitalares, *só por esta verba*, cerca de 300.000 contos. Todavia, a realidade é bem

Como salienta Francisco Gonçalves Ferreira, «No fim da década dos anos quarenta e na década de cinquenta, há uma grande profusão de legislação respeitante à saúde»[48]. No entanto, na sua opinião, toda essa legislação encontrava-se «eivada dos mesmo vícios, isto é, o problema da saúde dos portugueses não era encarado globalmente, mas sempre parcialmente, o que tinha como resultado agravar as injustiças sociais de que sofria a população portuguesa»[49]. Essa era uma característica genérica do sistema de protecção social português do Estado Novo, uma marca distintiva que correspondia aos postulados teóricos frequentemente enunciados desde o final dos anos 20 e uma materialização (ainda que, a partir de determinado momento, habilmente secundarizada) dos princípios filosóficos do sistema corporativo.

No final da década de 50 introduziu-se, do ponto de vista organizativo, uma muito significativa transformação. Com a criação do Ministério da Saúde e Assistência, através do Decreto-Lei n.º 41825, de 13 de Agosto de 1958[50] e, já na década de 60, com a criação da Direcção-Geral dos Hospitais, através do Decreto 43852, de 10 de Agosto de 1961[51], não só se autonomizou, organicamente[52], a política de saúde, como se deu um passo determinante para a consolidação de uma mudança na abordagem filosófica (aceitando-se, na prática politica, a transição de um corporativismo de associação, para um corporativismo integral[53]) ao papel do Estado no âmbito da protecção.

4 Da reforma da previdência social de 1962 e do Estatuto da Saúde e Assistência de 1963, ao Estatuto Hospitalar e ao Regulamento Geral dos Hospitais

O período do pós-guerra[54] assinalou, especialmente no mundo ocidental, o início de um período de grande expansão económica[55] que se repercutiu também em Portugal[56]. Esta nova realidade económica – mas também política, social e cultural – terá contribuído de forma decisiva para promover as alterações legislativas introduzidas, a partir da década de sessenta, no domínio da previdência social[57] e, mais especificamente, no âmbito específico da saúde[58].

outra: as dotações orçamentais nestes 6 anos, atribuídas à Comissão de Construções Hospitalares, somam apenas 67.500 contos», «Da organização hospitalar do País», **Boletim da Assistência Social,** Edição do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, Ano 11.º, n.ºs 111 e 112, Janeiro a Junho, 1953, p. 57.

[47] *Vide,* Base XX, n.º 4.

[48] *Vide*, por exemplo, a Lei 2036, de 9 de Agosto de 1949, que promulgou as bases da luta contra doenças contagiosas, o Decreto n.º 37762, de 24 de Fevereiro de 1950, que tinha como objectivo regular a concessão de subsídio pecuniário e assistência médica e medicamentosa aos beneficiários das caixas sindicais e de previdência e das caixas de reforma ou de previdência ou o Decreto n.º 41595, de 23 de Abril de 1958, através do qual se passou a incluir no esquema normal de prestações do seguro-doença das caixas sindicais de previdência e das caixas de reforma e de previdência o internamento hospitalar para intervenções de cirurgia geral.

[49] FERREIRA, Francisco Gonçalves. **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990. p. 341.

[50] *Vide*, sobre a criação do Ministério da Saúde e Assistência, COSTA, Rui Manuel Pinto. **O Poder Médico no Estado Novo (1945-1974):** afirmação, legitimidade e ordenamento profissional. Porto: U. Porto editorial, 2009. pp. 117 -120. *Vide* ainda, ALMEIDA, Andreia da Silva. **O sistema de saúde do Estado Novo de Salazar.** Coimbra: Almedina, 2018. pp. 76-86.

[51] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 185/1961, Série I, 10 de Agosto de 1961. Deste diploma resultou a criação de um órgão técnico que tinha por objectivo fomentar, orientar, coordenar e fiscalizar a acção dos estabelecimentos e instituições de saúde e assistência, oficiais e particulares (*vide*, especialmente, artigos 1.º e 2.º)

[52] O Decreto-Lei n.º 42210, de 13 de Abril de 1959 (*vide* **Diário do Governo**, n.º 83/1959, Série I, 13 de Abril de 1959) estabeleceu a estrutura do Ministério da Saúde e Assistência.

[53] A generalidade da doutrina classifica o corporativismo português como integral. *Vide*, nesse sentido, MARTINEZ , Pedro Soares. **Manual de direito corporativo**. 3. ed. Lisboa: Faculdade de Direito de Lisboa, 1971. pp. 212-214; VITAL, Domingos Fezas. **Curso de direito corporativo**. Lisboa: Minerva Comercial Sintrense, 1940. pp. 61-66.

Embora a reforma da previdência social apenas se tenha efectivado com a publicação da Lei n.º 2115, de 18 de Julho de 1962 (tendo esta procedido à revogação da Lei n.º 1884, de 16 de Março de 1935), o primeiro impulso foi dado com a apresentação[59] da proposta ministerial (projecto de proposta de lei n.º 526/VI), na Assembleia Nacional, em 28 de Maio de 1957[60].

Entre a data a apresentação da proposta ministerial e a publicação do parecer da Câmara Corporativa[61] decorreram quase quatro anos[62]. No entanto, do parecer da Câmara Corporativa à proposta de lei (Proposta de Lei n.º 4, de 18 de Dezembro de 1961) decorreu menos de um ano. Importa destacar que, não obstante o parecer da Câmara Corporativa, o texto da proposta de lei n.º 4 corresponde, integralmente, ao texto da proposta ministerial apresentada mais de quatro anos antes.

Após a apresentação da proposta de lei, decorreu, entre 14 e 22 de Março de 1962, na Assembleia Nacional, um longo e intenso debate no qual participaram, com elevado sentido crítico, dezenas de deputados[63]. Finalmente, no ano seguinte, seria finalmente publicada a Lei n.º 2115, de 18 de Junho de 1962[64] que permitiu efectuar a reforma da previdência social.

Pouco mais de um ano após a aprovação da Lei.º 2115, de 18 de Junho de 1962, foi aprovada a Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963[65] que promulgou as bases da política de saúde e assis-

[54] *Vide*, com uma análise política, social, cultural e económica sobre o período posterior à II Guerra Mundial, JUDT, Tony. **Pós-Guerra:** história da Europa desde 1945. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
[55] *Vide*, sobre o fim dos «30 anos gloriosos», REMOND, René. I**ntrodução à história do nosso tempo:** do antigo regime aos nossos dias. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 2003. pp. 446-449; HOBSBAWM, Eric. **A era dos extremos.** 6. ed. Lisboa: Presença, 2014. pp. 255-315.
[56] *Vide*, sobre o crescimento económico português no período pós-guerra, NEVES, João Cesar das. O crescimento económico português no pós-guerra: um quadro global. **Análise Social**, v. XXIX (128), 1994 (4.º). pp. 1005-1034.
[57] *Vide*, nesse sentido, SILVA, Manuela «O crescimento económico que se verificou em Portugal a partir do início da década de 50 terá contribuído para, gradualmente, melhorar o nível de rendimento e de satisfação de necessidades básicas (...). Contudo, duas décadas e meia de crescimento económico sustentado não permitiram pôr termo à pobreza e em 1973 a pobreza continuava a ser uma realidade muito dura para muitos portugueses», «Crescimento económico e pobreza em Portugal (1950-74)», **Análise Social**, v. XVIII (72-73-74), 1982, 3.º, 4.º, 5.º. p. 1079.
[58] Entende COSTA, Rui Manuel Pinto que «O final da 2.ª Guerra Mundial» representou «também o início de um período de desenvolvimento acelerado do conhecimento médico e terapêutico, da técnica de administração de saúde e de preocupações sociais, com a descoberta em todo os campos ligados às disciplinas médicas, que trouxeram mudanças significativas na estrutura e actividades dos sistemas de cuidados de saúde», **O Poder Médico**..., p. 43.
[59] Era então Ministro das Corporações e da Previdência Social, Henrique Veiga de Macedo.
[60] MINISTÉRIO DAS CORPORAÇÕES E DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Reforma da Previdência Social: proposta de lei. Lisboa: Junta de Acção Social, 1957.
[61] Parecer n.º 39/VII, *In:* **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 128, 6 de Abril de 1961. pp. 1255-1318. Este parecer teve como relator Jorge Martins da Motta Veiga.
[62] Para NUNO ESTEVÃO FIGUEIREDO MIRANDA FERREIRA, a emissão do parecer da Câmara Corporativa foi propositadamente atrasada sendo que «As razões para este "compasso de espera" relacionavam-se com a existência de críticas que o sistema a adoptar merecera, os «pontos de vista divergentes no seio do Governo» e os termos da previsível discussão na Assembleia Nacional». Ademais, «Supico Mendes pretendia receber o projecto de parecer, «mostrá-lo» a Salazar, «acertar [com o relator] as modificações que se aconselhassem», discutir e aprovar o documento na comissão responsável pela consulta e remetê-lo ao Governo, que decidiria sobre a forma de aprovação», **A câmara corporativa:** composição, funcionamento e influência. [*S.l.*]: ICS, 2009. pp. 397-398.
[63] *Vide* **Diário das Sessões,** n.º 44, de 14 de Março de 1962, **Diário das Sessões,** n.º 45, de 15 de Março de 1962, **Diário das Sessões,** n.º 46, de 16 de Março de 1962, **Diário das Sessões**, n.º 47, de 17 de Março de 1962, **Diário das Sessões,** n.º 48, de 19 de Março de 1962, **Diário das Sessões,** n.º 49, de 20 de Março de 1962, **Diário das Sessões,** n.º 50, de 21 de Março de 1962 e **Diário das Sessões,** n.º 51, de 22 de Março de 1962.
[64] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 138/1962, Série I, 18 de Junho de 1962.
[65] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 169/1963, Série I, 19 de Julho de 1963.

tência (Estatuto da Saúde e Assistência).

A lei foi o resultado da proposta de lei n.º 514, sendo que o debate, na Assembleia Nacional, se realizou ao mesmo tempo que a discussão da proposta de lei n.º 4. Também a Câmara Corporativa se pronunciou sobre o conteúdo da proposta de lei através do Parecer n.º 43/VII[66], que teve como relator Joaquim Trigo de Negreiros.

O Estatuto da Saúde e Assistência consistiu num texto legislativo filosoficamente muito marcado[67], uma vez que não se limitava apenas a declarar a «natureza unitária da pessoa humana e a necessidade de respeitar a sua dignidade e integridade moral»[68], mas afirmava também a centralidade da família «como meio mais adequado à vida e ao desenvolvimento integral do homem e primeiro responsável pelo bem-estar dos seus membros»[69]. Ademais, e embora ao Estado fosse atribuído um conjunto relevante de competências[70], não deixava de declarar, de forma cristalina, que estas seriam exercidas de forma «meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares»[71].

No entanto, os principais responsáveis políticos e ideológicos do Estado Novo não ignoravam as alterações profundas que se estavam a verificar no âmbito das questões de saúde[72]. Nesse sentido, afirmava-se, no parecer da Câmara Corporativa, que «a evolução das ciências e das técnicas, as convenções internacionais que assinámos, o custo dos meios de diagnóstico e o volume dos investimentos são outros tantos factores a considerar, pois, não podendo as iniciativas particulares suportar o encargo deles resultante, ao Estado cabe a iniciativa da criação dos serviços de saúde e assistência que se tornarem indispensáveis»[73].

Ao se assumir de forma tão clara, no parecer da Câmara Corporativa, a necessidade de intervenção do Estado no domínio da prestação de cuidados de saúde, abria-se a porta, por um lado, para a consagração no texto da lei do dever de assistência àqueles que se encontrassem em situação mais vulnerável (os que não estivessem cobertos «por esquemas de seguro privado ou social»[74]), ou seja à maternidade, à infância, aos menores, aos velhos e aos inválidos[75] e, por outro lado, para uma cada vez maior participação do Estado no financiamento do sistema[76], ainda que em associação com os privados[77]. Cumpre, porém, destacar que, apesar das alterações introduzidas, o acesso aos cuidados de saúde e de assistência continuava, em muitas circunstâncias, a pertencer aos assistidos[78].

Em cumprimento do disposto na Base XXXIII da Lei n.º 2115, de 18 de Julho de 1962, foi publicado o Decreto n.º 45266, de 23 de Setembro de 1963[79], que promulgou o Regulamento

[66] **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 133, 24 de Maio de 1961.
[67] O que havia ficado evidente no texto do parecer da Câmara Corporativa quando aí se afirmava que «o homem não é mera peça de engrenagem na poderosa máquina do Estado, sem vontade, iniciativa e responsabilidade individual e própria». Assim, «com o pretexto de o proteger, não é lícito reduzir o homem a um autómato, sem vontade, iniciativa e liberdade próprias; nem tão-pouco, com o fundamento de que a sociedade cuida da sua segurança, pode obliterar-se nele o sentido de responsabilidade que lhe cabe quanto à obrigação de, pelo trabalho individual, prover à satisfação das suas necessidades e de sua família, e, pela propriedade individual ou pela poupança, assegurar, na medida do possível, a sua própria previdência», **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 133, 24 de Maio de 1961, p. 1383.
[68] *Vide* Base II, n.º 1, alínea a).
[69] *Vide* Base II, n.º 1, alínea b).
[70] *Vide* Base III, alíneas a), b), c) e d).
[71] *Vide* Base III, alínea e).
[72] *Vide*, nesse sentido, ALMEIDA, Andreia da Silva. **O sistema de saúde**..., pp. 102 a 107.
[73] **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 133, 24 de Maio de 1961, p. 1385.

Geral das Caixas de Previdência.

Através deste diploma foi possível estender a protecção na doença aos órfãos dos beneficiários e o internamento hospitalar aos familiares. Estendeu-se também a cobertura do internamento hospitalar a todas as modalidades necessárias e aumentou-se o prazo de concessão do subsídio de doença de 270 para 360 dias sendo que, no caso de doenças de longa duração, se ampliou o respectivo subsídio para um máximo de três anos. Já no âmbito da protecção na tuberculose, previa-se, com este diploma, que a atribuição de subsídio se prolongaria enquanto permanecesse o impedimento provocado pela doença.

Destaque ainda para a criação, através do Decreto-Lei n.º 45002, de 27 de Abril de 1963, da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE)[80]. Com este diploma procurava-se corrigir (como se acentuava no preâmbulo) a situação de desamparo em que os trabalhadores do Estado se encontravam nas eventualidades de doença[81] passando-se a garantir um esquema de protecção que abrangia as modalidades de assistência médica e cirúrgica, materno-infantil, de enfermagem e medicamentosa[82] havendo ainda a possibilidade de extensão, ao agregado familiar, destes benefícios[83].

Já no ocaso do Salazarismo foram aprovados outros importantes dois diplomas no domínio da saúde: o Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968[84] (Estatuto Hospitalar) e o Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968[85](Regulamento Geral dos Hospitais)

Com o Estatuto Hospitalar visava-se desenvolver os princípios compreendidos na Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, quer no que concerne à organização territorial do sistema, quer no que diz respeito às carreiras médicas e farmacêuticas (tema a que era dado grande relevo). Paralelamente, mantinha-se presente a ideia de que o regime de internamento deveria ser absolutamente excepcional[86], bem como que o modelo de financiamento[87] se regeria nos termos previstos no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 46301, de 27 de Abril de 1965[88].

---

[74] *Vide* Base XI.
[75] *Vide* Base XI, alínea a).
[76] *Vide* Base XXVII, alínea c). Ao Estado cabia também, nos termos da Base XXXIV, «criar, construir e apetrechar os estabelecimentos oficiais de saúde e assistência e prover à manutenção dos serviços, na parte não coberta, directa ou indirectamente, pelas mais receitas» e «comparticipar na construção, remodelação e apetrechamento dos estabelecimentos a cargo das instituições particulares e na manutenção dos serviços, na medida em que os encargos não possam ser suportados por força de outros recursos».
[77] «Atribuir a responsabilidade de todo o esquema só aos indivíduos seria tão inadequado como atribuí-la exclusivamente às câmaras municipais, à previdência social ou ao próprio Estado», **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 133, 24 de Maio de 1961, p. 1471.
[78] *Vide* Base XXIX.
[79] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 224/1963, Série I, 23 de Setembro de 1963.
[80] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 100/1963, Série I, 27 de Abril de 1963.
[81] «Com efeito, os trabalhadores das empresas privadas passaram a usufruir [com a publicação da Lei 1884, de 16 de Março de 1935] um esquema de benefícios muito mais amplo do que o concedido àqueles que constituíam o vasto número dos servidores do Estado», Diário do Governo n.º 100/1963, p. 429.
[82] *Vide* Artigo 4.º, § 1.º.
[83] *Vide* Artigo 4.º, § 2.º.
[84] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 101/1968, Série I, 27 de Abril de 1968.
[85] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 101/1968, Série I, 27 de Abril de 1968.
[86] *Vide* Artigo 20.º, n.º 1, alínea b): «O internamento hospitalar só deve ser usado na medida em que a assistência não possa ser prestada em regime de ambulatório ou domiciliário».
[87] *Vide* Artigo 33.º.
[88] *Vide* **Diário do Governo,** n.º 92/1965, Série I, 27 de Abril de 1965.

A publicação destes dois diplomas permite admitir a possibilidade de que o objectivo do Governo passava por acelerar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, sobretudo em torno da edificação de uma rede hospitalar (que, não dependendo directamente do Estado, era por este, em grande parte, assumida), da ampliação do esquema de benefícios e da criação das carreiras médica e farmacêutica.

5 A política social marcelista

A transição do salazarismo para o marcelismo não representou, na óptica social[89] – como aliás, do ponto de vista político, económico ou cultural – qualquer verdadeira ruptura, o que não significa que não se tenham introduzido algumas alterações.

O crescimento económico que se verificou em Portugal a partir do início dos anos 50, continuou durante todo o restante período do Estado Novo[90], provavelmente reforçado devido a um aumento do investimento em obras públicas (com destaque para os transportes e comunicações[91]) e no processo de industrialização[92], terá gerado as condições consideradas necessárias (pelos responsáveis políticos daquele período) para aumentar o universo dos indivíduos objecto de protecção social.

A Lei n.º 2144, de 29 de Maio de 1969[93], constituiu a primeira grande reforma de cariz social do marcelismo. Com esta legislação, procedeu-se à reorganização das Casas do Povo e do regime da previdência rural[94]. A realidade previdencial dos trabalhadores rurais era especialmente débil uma vez que, por um lado, a rede de Casas do Povo estava longe de cobrir a totalidade do território e, por outro, a protecção conferida aos diversos riscos era particularmente fraca. Com esta lei concretizou-se, no âmbito da protecção na saúde, uma aproximação do regime dos

[89] De entre os estudos sobre o problema social no marcelismo destaque para: TORGAL, Luís Reis, **Marcello Caetano, marcelismo e "Estado Social":** uma interpretação. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013; e CRUZ, Manuel Braga da; RAMOS, Rui (org.). **Marcelo Caetano:** tempos de transição. Lisboa: Porto Editora, 2012.

[90] O período que medeia entre 1960 e 1974 tem sido considerado «como um ponto de viragem na moderna política económica portuguesa», uma vez que após a adesão do país à *European Free Trade Association* (EFTA) se registaram elevadas taxas de crescimento do Produto Interno Bruno (PIB), que chegaram a atingir mais de 11% por ano. *Vide* CORKILL, David. «O desenvolvimento económico Português no Fim do Estado Novo», *In:* ROSAS, Fernando. **A transição falhada e o fim do Estado Novo (1968-1974)**. Lisboa: Editorial Notícias, 2004. p. 215.

[91] *Vide*, nesse sentido, MARTINS, João Maria de Oliveira «Os grandes investimentos em transportes e as comunicações» *In:* CRUZ, Manuel Braga da; RAMOS, Rui (org.). **Marcelo Caetano:** tempos de transição. Lisboa: Porto Editora, 2012. pp. 355-359.

[92] *Vide*, nesse sentido, NUNES, Adérito Sedas, «Portugal, sociedade dualista em evolução», **Análise Social**, vol. II, (7-8), 1964, pp. 408-409. *Vide*, também, MURTEIRA, Mário «O desenvolvimento industrial português e a evolução do sistema económico», **Análise Social**, v. II, (7-8), 1964, pp. 483-497.

[93] *Vide* **Diário do Governo** n.º 127/1969, Série I, de 29 de Maio de 1969. A Lei n.º 2144, de 29 de Maio de 1969 resultou da Proposta de Lei n.º 4/IX (*vide*, **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 115 de 18 de Dezembro de 1968, pp. 1995 a 2004) e seria objecto de parecer da Câmara Corporativa (Parecer n.º 22/IX, de 12 de Fevereiro de 1969, **Actas da Câmara Corporativa**, n.º 125/IX de 12 de Fevereiro de 1969).

[94] Em discurso na Assembleia Nacional em 27 de Novembro de 1968, MARCELLO CAETANO, a propósito dos trabalhadores rurais, afirmava o seguinte: «Neste capítulo, a situação dos trabalhadores rurais merecerá especial cuidado por dever de justiça e até por necessidade de fixar nos campos a mão-de-obra de que a agricultura carece. Está em estudo a adopção do abono de família para os rurais a que se seguirá, com a prudência aconselhável, de modo a não sobrecarregar demasiadamente os produtores, a extensão dos benefícios de assistência na doença e da previdência», **Diário das Sessões**, n.º 149 de 28 de Novembro de 1968, p. 2731.

trabalhadores rurais ao regime dos trabalhadores das caixas de previdência, nomeadamente ao nível da assistência médica e medicamentosa na doença e maternidade para os sócios efectivos e familiares ou nos subsídios na doença[95].

No ano seguinte, foi aprovado o Decreto n.º 445/70, de 23 de Setembro[96] que procedeu à reestruturação orgânica das Casas do Povo, bem como à regulamentação dos fundos de previdência dos mesmo organismos para a realização do regime especial de previdência dos trabalhadores rurais.

Entre as muitas novidades apresentadas por este diploma, destaque para a introdução do acesso a elementos auxiliares de diagnóstico[97] no quadro das prestações regulamentares e o prolongamento do período de concessão de subsídio por doença de três para seis meses.

No campo específico da saúde, o período do marcelismo ficou marcado pela publicação de uma miríade de diplomas sobre uma pluralidade de diferentes realidades, que se materializaram quer na criação de centros de saúde ou de lares para convalescentes, quer na criação e regulamentação de Escolas de Enfermagem, na regulamentação dos preços de medicamentos ou a edificação de um serviço nacional de ambulâncias.

6 Os Decretos-Leis n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de setembro

Quando Francisco Gonçalves Ferreira assumiu as funções Secretário de Estado da Saúde e Assistência no início de 1970, fê-lo através de um projecto político que propunha a definição de uma política nacional de saúde universal[98]. Tendo em vista esse propósito, foi constituído um grupo de trabalho[99] que elaborou um relatório ("Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência"[100]), apoiado num conjunto de princípios orientadores[101], sendo que as sugestões aí apresentadas foram aproveitadas em grande parte, com excepção das relativas à estrutura orgânica das direcções-gerais.

[95] *Vide* Base XXIV, n.º 1, alíneas a) e b).
[96] *Vide* **Diário do Governo** n.º 221/1970, 1.º Suplemento, Série I, de 23 de Setembro de 1970.
[97] *Vide* Artigo 57.º, n.º 1.
[98] «Os elementos governativos do ministério constituído em 15 de Janeiro de 1971 [...] traziam no seu programa o projecto de reorganização imediata do Ministério da Saúde e Assistência, com a definição de uma política nacional de saúde e a estruturação do sistema de cuidados de saúde julgado indispensável», FERREIRA, Francisco Gonçalves. **História da saúde**..., p. 459.
[99] Dirigido pelo director do Gabinete de Estudos e Planeamento (Dr. Arnaldo Sampaio) e com representantes das Direcções-Gerais de Saúde e Assistência e Hospitais: Luís Cayolla da Mota, Carvalho da Fonseca, Maria Manuela Silva, Álvaro de Paiva Brandão e Augusto Mantas.
[100] «O relatório [...] indicava três sugestões prioritárias: de que nas actuais condições portuguesas se devia organizar um *Sistema Nacional de Saúde* e não um *Serviço Nacional de Saúde*. O *Sistema* era definido como um conjunto articulado de actividades de interesse nacional, regidas pelo Estado, mas de iniciativas diversas, em que este procede ao planeamento e orientação geral e assegura a execução das que entender reservar para os seus serviços, com revogação do princípio da supletividade. O *Serviço* era caracterizado pela responsabilidade de prestação de cuidados globais de saúde, quer no campo da acção preventiva, quer nos campos da acção curativa e da recuperação, a todas as pessoas, sob forma gratuita ou quase, com financiamento dos serviços feito por meio do imposto geral e em que a iniciativa privada, sem carácter significativo, constitui esquema marginal; de que se deveria encarar a fusão das direcções-gerais de Saúde e dos Hospitais e dar nova estrutura à Direcção-Geral da Assistência; ou, em alternativa, aumentar o número das direcções-gerais para quatro, separando na Direcção-Geral de Saúde os sectores da Higiene, por um lado, e os da Medicina Preventiva e Cuidados Médicos Gerais, por outro, mantendo as direcções-gerais da Assistência, reestruturada, e dos Hospitais; de que se deveria considerar sob novo ponto de vista a missão e atribuições dos serviços das Misericórdias

Os Decretos-Leis n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro[102] corporizaram o núcleo da reforma operada pelo então Secretário de Estado da Saúde e Assistência. No entendimento deste, esta reforma «representou a maior mudança de sempre na estrutura e funcionamento dos serviços de saúde portugueses e a abertura definitiva para um caminho de cuidados de saúde completo com capacidade para inventariar os problemas de saúde e da doença no País e procurar-lhes as soluções possíveis em cada época, na base da investigação continuada e do aperfeiçoamento técnico das intervenções»[103].

Um dos principais objectivos da nova legislação (assim se determinava no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 413/71) consistia em intensificar e desenvolver as actividades de saúde pública e de promoção social. Ademais, e de forma cristalina, reconhecia-se e afirmava-se o «direito à saúde», ainda que limitado «pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias».

Por outro lado, pretendia-se que existisse uma renovação dos meios de acção, aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, desenvolvimento dos serviços, preparação do necessário pessoal (com instalação de carreiras profissionais) «com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde e à integração da política de assistência no contexto mais vasto da política social globalmente considerada». O intento era, por conseguinte, transformar uma estrutura orgânica de «acentuadas características individualistas» numa estrutura de «serviços subordinados a uma política unitária de saúde e assistência» com capacidade suficiente para «assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social».

Ao mesmo tempo, com este diploma visa-se uma reestruturação orgânica dos serviços. Para tal (e nos termos deste Decreto-Lei) foi criada a Secretaria-Geral (com funções de orientação, coordenação e apoio técnico e administrativo)[104], o Gabinete de Estudos e Planeamento (responsável pelas acções de planeamento e actualização dos programas e estruturas da saúde pública e assistência e pela promoção da disciplina do planeamento e avaliação a nível de serviços e global)[105] e o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge[106] (e neste integrado o Centro Nacional de Gripe, o Centro de Estudos de Paramiloidose e o Instituto de Malariologia de Águas

e de outras entidades privadas actuando no campo da saúde, para o que foram apresentadas hipóteses de aproveitamento como suportes de serviços oficiais, mantendo as estrutuuras adaptadas a trabalho coordenado, ou de integração naqueles serviços, também segundo condições adequadas», FERREIRA, Francisco Gonçaves (coord.). **15 anos da História Recente de Portugal (1970-1984)**. Lisboa, 1985. p. 289.

[101] O relatório foi elaborado tendo em consideração um conjunto de princípios: «uma política unitária de saúde nacional; o reconhecimento do direito à saúde e o delineamento do esforço legislativo e administrativo a empreender para o generalizar a toda a população; a necessidade de progressiva instauração de um Sistema Nacional de Saúde com capacidade para executar essa política; o reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e assistência, responsável pela sua execução e fomentador das actividades públicas e privadas que a esta dizem respeito; integração de todas as actividades de saúde e assistência designadamente nos planos local e regional; planeamento geral dessas actividades, a elaborar ao nível central com os dados recolhidos e analisados nos níveis local e regional, respeitantes à evolução das condições de saúde da população», FERREIRA, Francisco Gonçalves. **História da Saúde**..., pp. 459-460.

[102] *Vide* **Diário do Governo** n.º 228/1971, Série I, 27 de Setembro de 1971.

[103] FERREIRA, Francisco Gonçalves. **História da saúde**..., pp. 459-460. Já RUI MANUEL PINTO COSTA entende que com esta reforma se davam «alguns passos decisivos para a universalização dos cuidados de saúde, com um atraso de várias décadas relativamente à generalidade dos países europeus ocidentais», **O poder médico**..., p. 95.

[104] *Vide* Artigo 12.º.

[105] *Vide* Artigos 19.º e 20.º.

[106] *Vide* Artigo 21.º, n.º 1.

de Moura[107]). Releva ainda salientar que se mantinham as três Direcções-Gerais existentes (Direcção-Geral de Saúde, Direcção-Geral dos Hospitais e Direcção-Geral da Assistência Social).

Com a publicação deste diploma, o Estado passou a assumir a incumbência relativa à definição da política de saúde e assistência[108] (sem obnubilar o significado e a participação da iniciativa particular[109]), bem como o dever de garantir o direito à saúde «como direito de personalidade» [110] compreendendo este o direito de acesso aos serviços sem outra restrição que não as resultantes do limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis[111].

Entre as muitas inovações introduzidas, destaque ainda para a criação dos primeiros Centros de Saúde[112] sendo que a subsecção II (do Capítulo III, Secção II) lhes era inteiramente dedicada.

Aos Centros de Saúde era atribuída a responsabilidade de coordenar as actividades de saúde e assistência e assegurar a prestação de cuidados médicos de base, sendo que estes deveriam ser criados em todos os concelhos[113], objectivo ambicioso, mas que não foi alcançado antes do fim do Estado Novo[114].

No mesmo dia foi também publicado o Decreto-Lei n.º 414/71, através do qual se estabeleceu o regime legal que permitiu a progressiva estruturação e funcionamento das carreiras profissionais dos funcionários do Ministério da Saúde e Assistência[115]. Neste diploma encontramos

[107] *Vide* Artigo 22.º, n.º 2.
[108] *Vide* Artigo 1.º, n.º 1.
[109] *Vide* Artigo 1.º, n.º 3.
[110] *Vide* Artigo 2.º, n.º 1.
[111] *Vide* Artigo 2.º, n.º 2.
[112] *Vide*, sobre a importância da criação dos primeiros Centros de Saúde, ANTÓNIO ARNAUT quando afirma que «Em 1971 verificou-se um importante avanço nas ancilosadas estruturas de saúde. Gonçalves Ferreira, então responsável pelo sector no governo de Marcelo Caetano, publicou legislação definidora de uma política nacional, criando os primeiros *Centros de Saúde*, unidades fundamentais para a instituição de um futuro Serviço nacional», «História do Serviço Nacional de Saúde», *Estudos do Século XX*, Coimbra, Ariadne Editora n.º 5, 2005, p. 111. *Vide* também, em sentido idêntico, CONSTANTINO SAKELLARIDES quando refere que «Esta reforma promoveu a ideia dos "centros de saúde", legislou a sua criação e criou-os de facto no terreno. Há mais de 30 anos os centros de saúde foram pensados como dispositivos coordenadores do conjunto dos serviços locais de saúde extra-hospitalares. Não se previa que fossem simplesmente, estruturas físicas, "casas" ocupadas por médicos, enfermeiros e funcionários administrativos», «Primavera em Portugal», *De Alma a Harry*, Coimbra, Almedina, 2005, p. 63. *Vide* ainda ANA PAULA GATO, «Em síntese, os centros de saúde foram criados para serem, assumidamente, a unidade em que assentava o sistema de cuidados primários em Portugal, sete anos antes da declaração de Alma-Ata. Procurava estabelecer-se o sentido de unidade na prestação de cuidados em regime de ambulatório, e garantir que o Estado velava para que fossem cumpridos os requisitos mínimos de interligação e complementaridade entre as várias instituições, visto que se incluíam nos problemas detetados a duplicação de serviços em alguns locais e/ou a sua inexistência noutros. Determinava-se que o diretor do centro de saúde, desempenhasse também a orientação técnica de todas as atividades públicas e privadas que existissem», **Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal:** o papel da enfermagem (1926-2002). Lisboa, 2013. p. 238.
[113] *Vide* Artigo 56.º.
[114] «Apesar de todos os obstáculos, em Agosto de 1973 estavam em funcionamento cento e vinte e dois centros de saúde no país: cento e oito centros de saúde concelhios e catorze centros de saúde distritais», GATO, Ana Paula. **Da assistência**..., p. 249.
[115] Em 1961 a Ordem dos Médicos publicou o *Relatório das Carreiras Médicas*, documento fundamental para a estruturação de um pensamento crítico não apenas quanto às carreiras médicas, mas também sobre o modelo de prestação de cuidados de saúde como um todo. *Vide*, sobre este relatório, J.P. MILLER GUERRA ; TOMÉ, F. «A profissão médica e os problemas da Saúde e Assistência», **Análise Social**, v. II, (7-8), 1964. pp. 623-651. e COSTA, Rui Manuel Pinto, «A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo», **História**, III Série, v. 8, Porto, 2007. pp. 355-381.

também as normas e regras relativas ao processo de recrutamento e promoção dos funcionários.

De acordo com o preâmbulo, a instituição de carreiras profissionais surgia com o propósito – entre outros – de garantir que os mais qualificados (entre os quais se incluíam e destacavam os mais jovens) poderiam estar ao serviço das instituições públicas, sendo que dessa forma se poderiam, por um lado, satisfazer expectativas individuais de carreira e, por outro, tendo presente o desenvolvimento da ciência e o progresso das técnicas, que os cargos eram preenchidos por profissionais devidamente habilitados e credenciados.

No âmbito do modelo formulado, as carreiras profissionais organizavam-se em três tipos: de profissionais com habilitação de licenciatura universitária (médicos hospitalares, farmacêuticos; administradores hospitalares; e técnicos superiores de laboratório); de profissionais com habilitação técnica devidamente titulada (ensino de enfermagem; enfermagem hospitalar; técnicos terapeutas; técnicos de serviço social; técnicos auxiliares de laboratório; e técnicos auxiliares sanitários); de profissionais com habilitação para cargos de pessoal administrativo[116].

Embora, do ponto de vista filosófico, ao Decreto-Lei n.º 414/71 faltasse – o seu objecto não era propício a reflexões de cariz ideológico ou a declarações programáticas ou de princípios – alguma densidade e estrutura, tal não significa que tenha sido menos importante para a concretização da reforma empreendida por Francisco Gonçalves Ferreira. Era o próprio que o asseverava quando referia que se haviam estabelecido «sob a forma de regime de «carreiras profissionais», as medidas referentes a pessoal, pois que o sistema não funcionaria sem pessoas que o servissem, com adequada formação, em todas as suas intervenções intercomplementares do trabalho médico-sanitário e assistencial»[117].

O Decreto-Lei n.º 414/71, no contexto da reforma coordenada por Francisco Gonçalves Ferreira, permitiu, ao estruturar as carreiras médicas, reforçar o processo de edificação de um sistema nacional de saúde tendo constituído o «progressismo possível»[118].

7 Conclusões

Por pedido do próprio, Francisco Gonçalves Ferreira seria exonerado do cargo de Secretário de Estado da Saúde e Assistência em 31 de Janeiro de 1972[119]. Exerceu funções durante pouco mais de dois anos e o balanço que fez da experiência parece ter sido negativo, uma vez que afirmou, *a posteriori*, que «os importantes diplomas n.ºs 413/71 e 414/71 não foram oportunos,

[116] *Vide* Artigos 2.º e 4.º, n.º 1.
[117] FERREIRA, Francisco Gonçalves. **Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal**. Amadora, 1975. pp. 94-95.
[118] «Na verdade, sob o pretexto de uma reforma do Ministério, os legisladores de 1971 praticaram o progressismo possível. Reconheceram que o "direito à saúde compreende o acesso aos serviços nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis". Deixam de ser referidas a caridade e o primado das instituições particulares como suporte doutrinário da prestação de cuidados de saúde à população. O Estado é reconhecido como o sujeito passivo do direito à saúde, através dos seus serviços. Ao colocar a tónica da universalidade na mera reorganização de serviços do ministério, o legislador progressista penetrava por onde podia. A nova lei orgânica, tendo por objectivo explícito assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados de saúde e de apoio social acabava por construir o que designava por um "sistema nacional de saúde", integrando ainda a assistência no contexto mais vasto da sua política social», FERREIRA, António Correia de Ferreira; SIMÕES, Jorge, «Introdução», *In*: CAMPOS, António Correia de e SIMÕES, Jorge (coord.). **40 anos de Abril na saúde**. Lisboa: Almedina, [20--?]. p. 33.
[119] *Vide,* **Diário do Governo**, n.º 25/1972, Série I, Decreto n.º 31/72, de 31 de Janeiro de 1972.

porque não havia vontade política de implementar todas as suas potencialidades»[120].

Não foi apenas a passagem de Francisco Gonçalves Ferreira pela Secretaria de Estado da Saúde e Assistência que foi curta, uma vez que o Governo de Marcello Caetano terminou em 25 de Abril de 1974, o que não terá permitido executar plenamente a reforma delineada no início da década[121].

No período do Estado Novo é difícil encontrar mutações violentas, sendo que Marcello Caetano ficou célebre por defender uma «renovação na continuidade». As transformações políticas e sociais – que indubitavelmente que verificaram ao longo das experiências salazarista e marcelista – foram sempre lentas e graduais, ainda que a partir da década de cinquenta o seu ritmo tenha aumentado.

Nas vésperas da Revolução, 73% da população residente no país usufruía de um qualquer esquema previdencial[122], o que revela um significativo crescimento face à realidade do início da década de sessenta, momento em que apenas 13% dos residentes se encontravam em situação análoga[123].

Dos dados relativos ao sector da saúde pode concluir-se que, entre 1961 e 1975, aumentou o número de hospitais e camas disponíveis, bem como o número de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde (quer em número total, quer no rácio por cem mil habitantes)[124]. O número de casos de tuberculose estabilizou[125] como consequência, provavelmente, das políticas desenvolvidas ao longo de várias décadas de combate a esta doença.

O mesmo se diga em relação aos gastos públicos em saúde em percentagem dos gastos públicos totais e do produto interno bruto. Em percentagem dos gastos públicos totais verificou-se um aumento de 6,69% em 1970 para 10,78% em 1974 e em percentagem do produto interno bruto subiram de 1,86% em 1970 para 2,94% em 1974[126].

Assim, e embora a reforma de Gonçalves Ferreira não tenha assumido qualquer dimensão revolucionária (no ocaso do salazarismo, o modelo de prestação de cuidados de saúde era já, substancialmente diferente, daquele que havia sido seguido nos trinta anos anteriores), não deixou de manifestar o posicionamento progressista dos seus autores, nomeadamente porque, por um lado, o Estado passou a ocupar um lugar central na prestação de cuidados de saúde e, por outro abriu portas para possibilidade de concretização de uma política unitária de saúde e para a instauração de um sistema nacional de saúde que materializaria, finalmente, a previsão constitucional do direito à saúde.

Bibliografia

ALMEIDA, A. S. **O sistema de saúde do Estado Novo de Salazar**. Coimbra: Almedina, 2018.

[120] FERREIRA, Francisco Gonçalves. **História da saúde**..., p. 349.
[121] *Vide*, nesse sentido, CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge, **40 anos**..., p. 35.
[122] *Vide*, nesse sentido, BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas, «Indicadores da Evolução Social», *In*: BARRETO, António (org.). **A situação social em Portugal, 1960-1995, vol. I.** Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996. p. 134. Note-se, porém, que apenas 58% da população estava coberta por sistemas de saúde. *Vide* nesse sentido, CAMPOS, António Correia de; SIMÕES, Jorge. **40 anos**..., pp. 35-37.
[123] *Vide* BARRETO, António, «Três décadas de mudança social», *In:* BARRETO, António (org.). **A situação social em Portugal, 1960-1995, vol. I**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996. p. 47.
[124] *Vide*, BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas. **Indicadores**..., pp. 77-78.
[125] *Vide*, BARRETO, António; PRETO, Clara Valadas. **Indicadores**..., p. 81.
[126] *Vide*, nesse sentido, ALMEIDA, Maria do Rosário Giraldes *et al.* , «Gastos públicos com a saúde em Portugal (1970-78)», **Análise Social**, vol. XVII (1.º), n. 65, 1981. pp. 73-74.

ARNAUT, A. História do serviço nacional de saúde. **Estudos do Século XX**, Coimbra, Ariadne Editora n. 5, 2005.

BARRETO, A. Três décadas de mudança social. *In:* BARRETO, A. (org.). **A situação social em Portugal, 1960-1995, vol. I**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996.

BARRETO, A.; MÓNICA, M. F.(coords.). **Dicionário de história de Portugal.** Porto: Figueirinhas, 2000. Suplemento 9.

BARRETO, A.; PRETO, C. V. Indicadores da evolução social. *In*: BARRETO, A. (org.). **A situação social em Portugal, 1960-1995, vol. I**. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 1996.

CRUZ, M. B.; RAMOS, R. (org.). **Marcelo Caetano**: tempos de transição. Lisboa: Porto Editora, 2012.

CAETANO, M. **Marcelismo e "Estado Social":** uma interpretação. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013.

CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. Introdução. *In:* CAMPOS, A. C.; SIMÕES, J. (coord.). **40 anos de abril na saúde**. Lisboa: Almedina, [20--?].

CORKILL, D. O desenvolvimento económico Português no fim do Estado Novo. *In*: ROSAS, F. **A transição falhada e o fim do Estado Novo (1968-1974)**. Lisboa: Editorial Notícias, 2004.

COSTA, R. M. P. A ordem dos médicos e a condição do trabalho médico no estado novo. **História**, III Série, v. 8, Porto, 2007.

COSTA, R. M. P. **O poder médico no Estado Novo (1945-1974):** afirmação, legitimidade e ordenamento profissional. Porto: U. Porto editorial, 2009.

FERREIRA, N. E. F. M. **A câmara corporativa:** composição, funcionamento e influência. [*S.l.*]: ICS, 2009.

FERREIRA, F. G. **História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

VITAL, D. F. **Curso de direito corporativo.** Lisboa: Minerva Comercial Sintrense, 1940.

FONSECA, C. D. Da organização hospitalar do País, **Boletim da Assistência Social**, Edição do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, Ano 11.º, n.ºs 111 e 112, Jan./Jun., 1953.

GATO, A. P. **Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal:** o papel da enfermagem (1926-2002). Lisboa: [*S.n.*], 2013.

GIRALDES, M. R. Gastos públicos com a saúde em Portugal (1970-78), **Análise Social**, vol. XVII (1.º), n. 65, 1981.

GUIBENTIF, P. Génese da previdência social: elementos sobre as origens da segurança social portuguesa e as suas ligações com o corporativismo, **Ler História**, n. 5, 1985.

GUERRA, J. P. M.; TOMÉ, F. A profissão médica e os problemas da saúde e assistência, **Análise Social**, vol. II, (7-8), 1964.

HOBSBAWM, E. **A Era dos Extremos.** 6. ed. Lisboa: Presença, 2014.

JUDT, T. **Pós-Guerra:** história da Europa desde 1945. 2. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.

LEAL, A. S. **Organização da previdência:** apontamentos das lições proferidas no Instituto de Estudos Sociais, no ano lectivo de 1966/67. Lisboa: Instituto de Estudos Sociais, [20--?].

LUCENA, M. **A evolução do sistema corporativo português:** o Salazarimo, vol. I. Lisboa: Editora Perspectivas e Realidades, 1976.

MAIA, F. M. **Segurança social em Portugal:** evolução e tendência. Lisboa: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1985.

MARTINS, J. M. O. Os grandes investimentos em transportes e as comunicações. *In:* CRUZ, Manuel Braga da; RAMOS, Rui (org.). **Marcelo Caetano:** tempos de transição. Lisboa: Porto Editora, 2012.

MARTINEZ, P. S. **Manual de Direito Corporativo**. 3. ed. Lisboa: Faculdade de Direito de Lisboa, 1971.

MURTEIRA, M. O desenvolvimento industrial português e a evolução do sistema económico, **Análise Social**, vol. II, (7-8), 1964.

NEVES, J. C. O crescimento económico português no pós-guerra: um quadro global, **Análise Social**, vol. XXIX (128), 1994 (4.º).

NUNES, A. S. Portugal, sociedade dualista em evolução. **Análise Social**, v. II, (7-8), 1964.

NUNES, F. A. **A construção jurídica-política do estado social em Portugal durante o Estado Novo (1933-1974):** contributo para o estudo da história do pensamento político em Portugal. Lisboa: AAFDL, 2018.

PEREIRA, P. T. Corporações e previdência social: primeiros aspectos. *In:* **A batalha do futuro.** Organização corporativa. Lisboa: Livraria Clássica Editora, 1937.

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL. [*S.l.*]: Amadora, 1975.

REMOND, R. **Introdução à história do Nosso Tempo:** do Antigo Regime aos Nossos Dias. 2. ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

SAKELLARIDES, C. **Primavera em Portugal:** de alma a Harry. Coimbra: Almedina, 2005.

SOUSA, M. R. **Baltazar Rebelo de Sousa**: fotobiografia. 2. ed. Venda Nova: Bertrand Editora, 1999.

SILVA, M. Crescimento económico e pobreza em Portugal (1950-74). **Análise Social**, v. XVIII, (pp. 72-74), 1982. (3.º, 4.º, 5.º).

TORGAL, L. R. **Estados Novos, Estado Novo, vol. I**. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2009.

VARELA, R. **História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal:** a saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias. Lisboa: Âncora Editora, 2009.

15 ANOS DA HISTÓRIA RECENTE DE PORTUGAL (1970-1984). Lisboa: [*S.n.*], 1985.