

ORDEM DOS MÉDICOS

CONSELHO GERAL

**Sobre a Organização Social
da Medicina**

(CIRCULAR)

LISBOA

1949

ORDEM DOS MÉDICOS

ERRATAS

Na pág. 29, linha 36, onde se lê: Esc. 44.000\$00», leia-se: Esc. 44.000.000\$00».

Na pág. 48, linha 18, onde se lê: «começa por se dispensar» leia-se: «começa por se dispensar».

Sobre a Organização Social da Medicina

(CIRCULAR)



RC
MNCT
61
ORD

LISBOA

1949

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT
5300 S. DICKINSON DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637

ORDEM DOS MÉDICOS

Conselho Geral

Sobre a Organização Social da Medicina

(CIRCULAR)



Ordem dos Médicos
Rua do Carmo, 115 - Lisboa

RC
MNCT
61
ORD

LISBOA

1949

Atitude do Conselho

O Conselho Geral da Ordem tem-se vivamente interessado pelo problema da organização social da medicina. Em reuniões seguidas o abordou e discutiu, procurando juntar elementos para exame do que se passa aquê e alê de fronteiras.

Reconhece o Conselho a necessidade de informar os médicos do país sobre a posição do problema. Reflectiu na proposta dum Congresso Médico, já várias vezes pensado e outras tantas adiado, e não lhe pareceu, por agora, realizável um Congresso, mesmo encarando apenas os encargos financeiros que a todos exige e o volume de representação que necessita para a sua categoria.

Depois, se o problema é longo, delicado, com aspectos muito diversos, requer, mais do que teses parciais, um estudo e um julgamento em conjunto. E, também, a organização não é um projecto, é um facto real, que dolorosamente nos esqueceu e nos ultrapassou, que funciona já com centos de médicos, e tem originado circunstâncias em que as atitudes precisaram de ser imediatas.

Sem pôr de lado a ideia do Congresso, e podendo até servir-lhe de introito, o Conselho Geral tomou para si a tarefa de, sem mais demoras, levar à classe o esquema do problema e os caminhos que ele já abriu ao seu trabalho.

Característica social da nossa hora — A saúde como benefício geral — Medicina social

Está descrito, nos coloridos mais variados, o tempo que passa. Entre as suas características de maior relevo destaca-se o domínio do social. Traspôs-se a época individualista; se nada se pode dizer que definitivamente acabou no ciclo das ideologias, ao menos por

agora fechou-se o episódio do individualismo e dos estados liberais, não intervencionistas, guardas benévolos das iniciativas privadas.

O próprio liberalismo económico levou à proclamação da liberdade económica, da exigência desta liberdade à luta pela igualdade económica, depois à felicidade do maior número, e aos poucos, numa evolução só aparente contraditória, o social se foi sobrepondo ao individual, e os estados viram-se obrigados a uma intervenção cada vez mais progressiva e extensa.

Particularmente pode cada um de nós ficar no quadrante que melhor preferir: ou saudoso da florescência e da paz que o liberalismo nos deu na fase inicial, ou defensor dum estatismo que centralize e dirija as actividades, ou convencido de que vamos no trilho de mais um exagero ideológico, passageiro como todos, e de que tanto é preciso evitar que a comunidade se enfeude ao homem como o homem à comunidade. Mas aqui, neste posto, temos de ser objectivos: a hora é social. Grata ou dolorosamente os homens ganharam consciência da sua dependência mútua, e reclamam que os benefícios desapareçam como privilégio de certos estratos, e sejam os governos a procurar estendê-los à fruição geral.

Um deles é a saúde. Todos querem este benefício, e se alguns chegam a proclamá-la como um direito, erradamente porque a sociedade não pode dar o que em essência é inerente à pessoa de cada um, o maior número entrega ao Estado o encargo de velar, proteger e tratar a saúde geral, fora e acima da filantropia ou da caridade privadas. Diferentemente, portanto, da construção liberalista em que, com excepção das medidas de higiene pública e de assistência aos indigentes, a defesa da saúde era um problema individual, entregue aos cuidados particulares, hoje a saúde torna-se um problema social. Cabe aos estados, no vigente momento da sua evolução histórica, olhar pela saúde social, tanto preventivamente como curativamente, embora esteja longe a unanimidade sobre a forma e amplitude da acção estatal, que uns querem só coordenadora e orientadora, enquanto outros a defendem como intervencionista e reitora.

Esta posição da saúde trouxe para a medicina, ciência da saúde, uma posição forçosamente conexa. E de livre no seu exercício, e de individual na sua prestação de serviços, a medicina vem sendo regulamentada em mais ou menos extensão, e posta, também em graus variáveis, ao dispor da colectividade. Por isso se diz e se escreve por todo o mundo que a medicina caminha em sentido social. Num social que ganha significado diferente do que era tradição. O qualificativo

não se subordina já a um modo de prevenir e tratar as doenças chamadas sociais, agora quer dizer que a medicina passa a exercer-se inteiramente em benefício da colectividade.

Seguros Sociais — Evolução até à Segurança Social

Neste ambiente nasceram os Seguros Sociais, cujas principais características bem se conhecem: — são na maior parte obrigatórios; não prevêm lucros como no seguro mercantil; os riscos visam para além do individual a repercussão sobre o colectivo; os recursos provêm em muitos casos não da cotização exclusiva ou principal do segurado, mas da percentagem em escala dominante do erário público ou de outros andares da produção.

Começaram os Seguros Sociais na Alemanha, com Bismarck, através das leis de 1883. É possível que o Chanceler do Império tenha querido apenas realizar a grande manobra de incorporar no Estado a massa proletária. Mas a sua legislação, que arrastou para um bloco oposicionista desde os nobres e os partidos políticos até aos *trusts* e aos dirigentes da indústria pesada, abriu para as funções do estado mais um largo e novo caminho: a previdência colectiva obrigatória.

A difusão dos Seguros Sociais operou-se muito lentamente até à guerra de 1914-1918. Depois dela iniciou-se o movimento a favor dos Seguros, especialmente dirigido pelo Bureau International du Travail, com sede em Paris e que, a par do Office International d'Hygiène Publique, se ligava à Secção de Higiene da Sociedade das Nações. Em Conferências Internacionais do Trabalho foram-se juntando as primeiras pedras do edifício. Interessa destacar a Conferência de 1927 em que já se aprovaram convenções relativas ao seguro de doença dos trabalhadores da indústria, do comércio, dos serviços domésticos, e dos trabalhadores agrícolas.

O Seguro Social espalhou-se por vários países, com modalidades mais ou menos ricas, e pode bem dizer-se em paralelo com o prestígio e a força crescentes das massas operárias. Em realidade a ideia não tinha um fundo ou um selo de qualquer escola ou doutrina; nascia da ânsia geral dum mundo social melhor e por ela se bateram,

lado a lado, em Congressos Operários ou de Trabalho, tanto os socialistas como os católicos.

Com a última guerra o movimento recrudescceu e evolucionou-se para um conceito mais amplo dos meios de garantir a estabilidade social dos trabalhadores, assalariados ou independentes, economicamente débeis, isto é, com ganhos modestos, insuficientes para permitir equilíbrio quando uma perturbação afecta a vida normal e habitual. Não bastam os Seguros Sociais; há situações que eles não atingem e a seu lado, para os completar, verificou-se a necessidade da colaboração ou intervenção da Assistência. Para além de segurar e de assistir é ainda indispensável colocar os que se desempregam. E assim appareceu o conceito do que hoje se chama Segurança Social.

A expressão foi usada pela primeira vez nos Estados Unidos, por 1935, com a lei sobre protecção a velhos, cegos, crianças, inválidos e desempregados, e dentro da qual se juntavam para o mesmo fim medidas de seguros sociais e de assistência. É, no entanto, bem evidente, que o seu grande colorido e a sua grande força, digamos mesmo a sua consagração official, veio da Carta do Atlântico, quando, no parágrafo 5.º, Roosevelt e Churchill declararam a Segurança Social como um dos fins porque lutavam as Nações Unidas; desde aí, e já lá vão quase nove anos, o esforço para garantir a segurança social das populações atingiu a bem dizer todo o mundo.

Com o seu desenvolvimento salientou-se, por aqui e por além, a conveniência de as várias medidas não operarem ignoradas ou independentes. Reconheceu-se o valor, até a necessidade, de associar e coordenar os esforços em plano superior e central, que só a autoridade do Estado pode realizar. A questão pôs-se com luz especialmente clara para a Assistência e a Previdência; e por muito que se afastem em princípios e em factos, os Estados viram-se, pelo menos, compelidos à função suprema de unidade.

Dentre quanto hoje assim forma a Segurança Social — seguros sociais, serviços de saúde pública, assistência médica abaixo do seguro, colocação de desempregados — os seguros sociais continuam como o instrumento mais valioso de proteger o trabalhador contra as situações capazes de bruscamente o levar à pobreza: a doença, o acidente no trabalho, a invalidez, a velhice, o desemprego, o acréscimo familiar. Levitaria longe percorrer os países em que estão implantados os seguros sociais, e averiguar em cada lado o campo de aplicação que abrangem, os riscos que cobrem, as cotizações de que se alimentam e as prestações que concedem. Havíamos, no entanto, de encontrar

diferenças curiosas e seria talvez pouco difícil relacioná-las, para cada país, ao menos no âmbito da aplicação e na modalidade dos riscos, com o próprio conceito de Estado.

Veríamos, por exemplo, como o plano britânico de seguros sociais se desloca principalmente no sentido do risco-desemprego por este ter sido o elemento capital de insegurança na Inglaterra, e como no plano francês a ajuda vai de maneira especial para encorajar a maternidade e para conservar a capacidade de trabalho dos adultos, dada a precária situação demográfica da França. Depararíamos, em outras amostras, como na Grã-Bretanha a chegada ao poder dos trabalhistas trouxe uma legislação que engloba nos seguros sociais toda a população, e como nos Estados Unidos os seguros, limitados ainda aos trabalhadores assalariados do comércio e da indústria, prometem evoluir para a Segurança Social e Geral depois da vitória do Presidente Truman, em que tão decididamente intervieram os sindicatos operários.

Seguro contra a doença — Sua difusão — Organização na Inglaterra, na França e na Espanha

Se não vale, fundamentalmente para nós, tentar o estudo ao longo de todos os seguros sociais, merece-nos atenção o que de maneira particular diz respeito ao seguro contra a doença. É, de resto, o seguro mais largamente estendido porque não se encontra previdência social em que ele não entre, e há países onde existe como único seguro social obrigatório. Sobre ele, desde a última guerra, aprovaram-se importantes acordos nas Conferências Internacionais do Trabalho. Os textos mais recentes são os da 26.^a Conferência, celebrada em Filadélfia, no ano de 1944 e que reconhecem a formal obrigação de entre todas as nações se promoverem organizações para uma assistência médica completa e protecção à vida e saúde dos trabalhadores, à infância e à maternidade; em que se indicam os riscos a cobrir pelo seguro contra a doença; e em que muito valiosamente se estabelece o princípio da livre escola do médico, as condições de trabalho favoráveis aos médicos, a retribuição do médico segundo uma quantidade fixa por ano e outra variável para cada pessoa ou

família, a exigência de altos conhecimentos profissionais e até de formação médico-social.

Depressa alastrou o seguro contra a doença, e pela Europa criou-se já na Rússia, Alemanha, Dinamarca, Suécia, Noruega, Inglaterra, Holanda, Bélgica, Roménia, Jugoeslândia, Itália, Suíça, França, Espanha e Portugal. Difere de uns para outros países o campo de aplicação do seguro, o sistema dos serviços médicos e o volume das prestações; torna a valer, como princípio reitor de qualquer organização nacional, a capacidade da economia e o conceito oficial de Estado. Vamos figurar a ideia destas diferenças estudando os tipos de seguro contra a doença que se ergueram em três países de estrutura económica e política distintas, na Inglaterra, na França e na Espanha.

A Inglaterra é hoje governada por uma doutrina socialista que procura crescentemente nacionalizar as actividades. Até 1948, metade da clientela dos 50.000 práticos da Grã-Bretanha era já constituída por segurados sociais. E a prestação de serviços funcionava em moldes simples: o segurado inscrevia-se num médico da sua escolha, e este recebia directamente da Caixa tantas vezes 10 shillings por ano quantos segurados depositavam a carta na sua casa. Com a lei de 1948 sobre nacionalização da medicina os cuidados médicos tornaram-se gratuitos para todos, sem limitação ou restrição ligadas à fortuna, idade, sexo ou profissão ou mesmo inscrição na segurança. Nada cobram directamente os médicos, especialistas ou não, e dentistas, seja onde for que tratem o doente. São gratuitos os hospitais e os seus serviços especializados, as maternidades, os sanatórios, os manicómios, as casas de convalescença e de readaptação, como também os medicamentos, as análises, as radiografias, a óptica e as próteses.

Para prestar o Serviço Nacional de Saúde há uma organização em escala. No centro está o Ministro da Saúde, que exerce autoridade directa sobre os hospitais escolares e de especialidades, serviços de transfusão de sangue e de epidemiologia; é assistido pelo Conselho Central dos Serviços de Saúde composto de altas personalidades dos diversos ramos sanitários.

Daqui a autoridade vai-se distribuindo aos poucos. No que respeita a serviços de internamento, primeiro para as comissões hospitalares regionais, que repartem entre si o território do país, fundamentalmente constituídas por membros de nomeação ministerial e escolhidos na Universidade, por representantes da profissão médica,

por autoridades locais, com a incumbência de organizar e harmonizar os diferentes elementos da rede hospitalar da região, e com domínio sobre os estabelecimentos assistenciais de todas as ordens, incluindo os hospitais livres; depois para comissões locais, que se ocupam de um hospital ou de um grupo de pequenos hospitais formando uma unidade hospitalar relativamente independente. No que se refere aos serviços ambulatoriais, domiciliários e ao exercício da medicina, há os Conselhos de Condado e de Comuna representados pelas autoridades locais e obrigados a instalar e a pôr em funcionamento os centros de saúde, de assistência social e ao domicílio; e há em cada circunscrição um Conselho Executivo formado metade por elementos do corpo médico local designados pelos seus colegas, um terço por membros das autoridades locais, e o sexto restante por pessoas de nomeação ministerial, com a função de coordenar e administrar o trabalho de médicos, dentistas e farmacêuticos.

A assistência aos ambulatorios pode ser prestada nos consultórios dos médicos, mas criam-se postos, chamados Centros de Saúde, ao mesmo tempo para, em cada comuna ou cantão, satisfazer as necessidades da medicina curativa quanto a equipamentos técnicos de boa categoria, e para valer como células de higiene e de medicina preventiva.

Os médicos que querem trabalhar no Serviço Nacional de Saúde inscrevem-se nos Conselhos Executivos que os repartem por locais diferentes segundo as necessidades da população. Está previsto o vencimento sob a forma de uma capitação obrigatória combinada com uma taxa correspondente ao tempo passado no Centro de Saúde e também a variar segundo a região, umentando nas mais pobres ou menos povoadas.

É completa a livre escolha; cada pessoa dirige-se ao médico que prefere entre os que compõem o Serviço Nacional de Saúde e, por seu turno, o médico pode recusar-se a tratar um doente que considere indesejável. Em princípio fica possível a clientela privada; nem todos os médicos são obrigados a entrar para o Serviço Nacional de Saúde e todos os que dele fazem parte têm a liberdade de tratar das pessoas que não querem aproveitar-se do serviço. Mas compreende-se que houve apenas a intenção de salvar um princípio; a lei com os seus benefícios reduzirá a clientela privada a proporções muito insignificantes.

Os gastos com hospitais, médicos, farmacêuticos, todos os principais elementos do Serviço, são pagos directamente pelo Estado, que

recebe, no entanto, importantes reembolsos vindos da Segurança Social, por percentagem sobre as cotizações. As autoridades locais contribuem também com largas somas para construir e manter os Centros de Saúde, e ainda com os encargos de protecção à maternidade e à infância, da assistência médica ao domicílio, da convalescença, das vacinações e dos serviços de ambulância.

Na França invocou-se uma tradição de liberdade, de igualdade e de democracia para estruturar a Segurança Social, núcleo de medidas de protecção que engloba o seguro e subsídio de velhice, seguro de invalidez, seguro de sobrevivência, seguro de doença, seguro de doença prolongada, seguro de maternidade, seguro de acidentes do trabalho e doenças profissionais e subsídios familiares. O Estado fica fora da organização, nem a financia nem a tutela; é a produção que a funda, a dirige e a custeia. Os seus grandes princípios são a unidade e universalidade; unidade assegurada por uma caixa única e uma cotização única, universalidade expressa pela generalização a toda a massa populacional.

A Caixa Única funciona por escalões de raio e acção progressivamente maiores: a Caixa Primária, a Caixa Regional e a Caixa Nacional, não dependentes hierárquicamente, mas possuindo cada uma ampla autonomia dentro das jurisdições respectivas e com um Conselho de Administração próprio. Na base está a Caixa Primária, interessando geralmente um departamento e com o governo completo de vários seguros, entre eles o da doença. Verdadeiro organismo chave da Segurança Social é nele que caracterizadamente se marca o selo da doutrina política, porque o seu Conselho de Administração é eleito por sufrágio de todos os patrões e operários da circunscrição, e três quartos dos seus cargos pertencem aos operários e um quarto aos patrões. Quer dizer que nas mãos de operários fica em realidade a administração da Segurança Social, de profundo alcance económico e cuja tesouraria movimentava centos de milhões de francos por ano.

Paga-se uma contribuição única para todos os seguros. Nos obrigatoriamente segurados a cotização é de 12 % do salário, distribuídas em partes iguais pelos patrões e pelos operários para os seguros sociais em geral; e para os abonos de família e acidentes do trabalho as taxas ficam da inteira responsabilidade dos patrões, o que eleva para 27 % a contribuição com que estes participam no sistema. Não há restrição pelo volume dos ganhos nos obrigatoriamente segurados, mas todas as remunerações que ultrapassem 150 mil francos por uma duração hebdomadária de 40 horas não são contadas

além destes limites em vista do cálculo das cotizações e, conseqüentemente, das prestações. Para os segurados voluntários fixaram-se tarifas de contribuição orçadas em harmonia com os ganhos e com os riscos escolhidos. A lei de 22 de Maio de 1946 estende a toda a população as medidas da Segurança Social, porém sem carácter obrigatório geral. Este existe apenas para os trabalhadores assalariados, distribuídos ainda por regimes diferentes, um para os agrícolas, outro para os marítimos, outro para os mineiros..., e que no total não excedem 56 %; o resto da população poderá inscrever-se voluntariamente.

Dentro destas normas que comandam os seguros sociais em geral, no que respeita pròpriamente ao seguro-doença os beneficiários são os segurados e os membros da sua família, — cônjuge (salvo se está inscrito no registo dos officios ou do comércio, se exerce uma profissão liberal ou se beneficia dum regime especial de seguro), os filhos (excepção dos assalariados com mais de 16 anos), e os outros membros da família que vivem sob o mesmo tecto e se consagram exclusivamente ao trabalho da casa e da educação familiar. Por via de regra o seguro cobre 80 % das despesas relativas às consultas e tratamentos em medicina geral e em especialidades, à hospitalização, à farmácia, à óptica, aos aparelhos de ortopedia e de protese, às análises, aos pensos e outro material de cura; estas prestações, como as em metálico, começam a partir do quarto dia e acabam ao fim de seis meses. Todos os beneficiários são obrigados a exames de saúde periódicos, que por agora se realizam apenas entre 25 e 35 anos e entre 45 e 65 anos.

A assistência médica é feita em regime de clínica aberta: nas Caixas inscrevem-se todos os médicos que quiserem acatar as condições do seguro, e o beneficiário escolhe à vontade entre os médicos inscritos aquele que prefere. Em cada departamento as tabelas de honorários fixam-se por convenção estabelecida entre as Caixas Regionais de Segurança Social e os Sindicatos Médicos. Quando o beneficiário precisa de hospitalização escolhe ainda um estabelecimento público ou uma das clínicas particulares admitidas pela Caixa.

Existe uma inovação de grande interesse, o seguro da doença-longa. Considera-se, assim, toda a afecção, qualquer que seja a sua gravidade, cuja duração se avalie em mais de 6 meses, e que permita esperar, por tratamento adequado, ou a cura ou uma melhora que não possa considerar-se invalidez legal. Segundo as palavras officiais «poderão igualmente beneficiar do seguro da doença longa, um individuo atingido de pleurisia sero-fibrinosa de que se pode esperar

a cura, um indivíduo atingido de endocardite reumatismal de que se pode esperar uma melhora permitindo o regresso ao trabalho, mas que ficará portador de uma lesão orifical definitiva não arrastando invalidez, um diabético grave cuja cura ou melhoria são, sem dúvida, incertas, mas que, graças ao tratamento insulínico, está em condições de continuar o seu trabalho». Para poder disfrutar deste benefício o segurado deve provar que leva um ano de filiação ao começar o trimestre civil em que se verificou a doença, e que trabalhou 240 horas no decurso daquele ano, sendo 60 horas durante o trimestre civil que antecedeu a doença ou, então, que esteve em situação de desemprego involuntário num período equivalente. Prevê-se que a tuberculose seja a afecção mais abrangida pelo seguro de longa doença, visto que à sua conta abrange já 40 % das pensões de invalidez; o seguro, que pode prolongar os seus benefícios durante três anos, é aqui, na recuperação do maior número de tuberculosos, como na de outros doentes crónicos, uma verdadeira profilaxia da invalidez, útil para quem a recebe e de compreensível vantagem para a entidade seguradora.

Na Espanha, onde rege a doutrina de um Estado forte e director, com tendências sociais embora não socialistas, os seguros sociais obrigatórios têm sido progressivamente implantados; já existe desde 1932 o seguro contra acidentes do trabalho, em 1938 decretou-se o de subsídio familiar, em 1939 o de subsídio da velhice, em 1942 o de seguro da doença, em 1947 o de doenças profissionais, e no mesmo ano o seguro de invalidez e de velhice, ultrapassando o anterior subsídio de velhice.

Quase todas as modalidades de protecção estão, como se vê cobertas, e foi o Estado que as fundou como é ele que as administra através do Instituto Nacional de Previdência. Para cada seguro criou-se dentro do Instituto uma Caixa Nacional com ampla autonomia, que é a entidade seguradora. Até há pouco a Caixa Nacional administrava os recursos do respectivo seguro, independentemente das similares, recolhia as cotas, velava pelas prestações, organizava o serviço e estudava as melhorias a introduzir no seu funcionamento. Em disposição recentíssima — último Conselho de Ministros de 1948 — unificaram-se as operações de cotização dos Seguros Sociais Obrigatórios de Velhice e Invalidez, Doença e Subsídios Familiares, determinando-se que para todos eles se faça o ingresso das contribuições mediante uma cota única e um só acto administrativo; quer dizer, estabeleceu-se a unidade administrativa dos Seguros Sociais.

O seguro obrigatório da doença abrange todos os produtores economicamente débeis. A lei considera produtores todos aqueles que «intervenham num ciclo qualquer da produção, seja por sua conta ou por conta alheia, assim como os que trabalham no seu domicílio e os colocados em serviço doméstico». E por economicamente débeis entendem-se os produtores, maiores de 14 anos, cujas rendas de trabalho não excedam um certo limite; de entrada fixaram-se os economicamente débeis naqueles que por todos os conceitos recebessem menos de 9.000 pesetas por ano, com excepção dos trabalhadores manuais; estes podiam ingressar no seguro mesmo ganhando mais de 9.000 pesetas, mas para efeito de contribuição e de prestação não excediam este limite; depois subiu-se para 12.000 pesetas anuais; nas recentissimas disposições já aludidas o seguro da doença deixou de ter limitação aparte dos outros seguros e estabeleceu-se que o campo de aplicação dos Seguros Sociais se amplia aos trabalhadores cujas rendas de trabalho não ultrapassem, por todos os conceitos, 18.000 pesetas. É de calcular que por este último alargamento o seguro contra a doença se estende já a mais de 50 % da população espanhola.

São beneficiários, além dos segurados, os familiares como cônjuges, ascendentes, descendentes e irmãos menores de 18 anos ou incapacitados de maneira permanente para o trabalho. As prestações concedidas dizem respeito à assistência sanitária em caso de doença ou de maternidade, à indemnização económica por perda de salário devida a doença ou a maternidade, à indemnização por gastos funerários. As contribuições, para os assalariados, são satisfeitas por partes iguais entre os trabalhadores e os empresários, salvo no serviço doméstico onde só intervém o dono da casa com uma taxa fixa, e são pagos integralmente pelo segurado quando se trata de produtores por conta própria. O Estado não deixa de contribuir, não fica sem qualquer participação, paga especialmente uma parte das prestações sanitárias e económicas à maternidade e dá gratuitos os serviços de Sanidade Pública que tem este carácter.

Para as prestações sanitárias propôs o seguro: 1.º — Assistência médica constituída pelos serviços de Medicina geral, Cirurgia geral, Maternologia, Pediatria e Puericultura, Ginecologia, Doenças dos Aparelhos Respiratório e Circulatório, Doenças do Aparelho Digestivo, Oftalmologia, Oto-Rino-Laringologia, Odontologia, Nutrição e Secreções Internas, Urologia, Neuro-Psiquiatria, Electrologia e Radiologia, Laboratório e Análises Clínicas; 2.º — Serviços de Tuberculose, Venereologia, Assistência Psiquiátrica, Doenças Infecciosas,

Medicina Preventiva, que procuram colaborar intimamente com as Instituições especiais encarregadas da medicina preventiva e da Higiene Social; 3.º — Serviços de hospitalização.

Os serviços em medicina, cirurgia geral e especialidades são prestados no domicílio para os acamados, e nos consultórios, clínicas ou laboratórios para os que possam deslocar-se, durante um período de 26 semanas por ano; os serviços de hospitalização são efectuados em casas de saúde até ao limite de 12 semanas para o segurado e de 6 para os seus familiares, podendo os períodos ser aumentados. Não entraram os serviços em exercício dum só golpe. As primeiras prestações ficaram pela medicina geral e poucas especialidades; depois foram estas alargando-se e só em princípios de 1948 começaram decididamente os internamentos. Mas também, num paralelo que bem merece sublinhar-se, o seguro não cobrou de entrada a percentagem actual, foi-a elevando à maneira que ampliava o esquema.

A assistência médica faz-se em sistema de racionalização, portanto com médicos privativos. Foi aberto um concurso documental para quantos médicos quisessem participar no seguro; os documentos tiveram a apreciação dum júri composto por vários membros, entre os quais um representante da Faculdade de Medicina e um do Conselho Geral dos Colégios Médicos, e organizou-se uma escala de ordem, segundo os méritos, que se tornou pública e que vai regendo as nomeações.

A distribuição dos beneficiários pelos médicos do seguro não se faz individualmente, mas por família. Cada médico com a competência de medicina geral pode ter à sua conta até 500 famílias, calculando-se um total de 1.500 beneficiários; vence uma retribuição por família ou, por cada grupo de dois segurados individuais (recentemente cada segurado considera-se uma família); é colocado num território mais próximo ou mais afastado do centro populacional conforme a sua classificação na escala da área ou da região. Quando num lugar há mais de um médico, o segurado pode escolher aquele que prefere no seu tratamento e de sua família. Para os médicos especialistas o número de segurados é diferente e varia consoante o movimento da especialidade; poucos milhares se os serviços são de maior procura, contingentes mais altos se são baixas as taxas da morbidade respectiva.

De princípio os serviços de medicina geral e de especialidades para os doentes ambulatorios eram exclusivamente prestados nos consultórios dos médicos do seguro. Foi-se verificando, por um lado,

que nem sempre as instalações particulares tinham equipamento capaz e, por outro, que havia mais lucro em concentrar e articular os serviços, e começaram a instalar-se postos, chamados mesmo Ambulatórios — alguns de boa traça estão quase acabados — onde os médicos gerais ou especialistas têm o seu gabinete de consulta, o seu instrumental, os laboratórios de análise e de radiologia em satisfatória combinação, até as suas salas privativas de reunião e de descanso.

A Caixa Nacional de Seguro contra a doença não é a única entidade seguradora; permite-se a colaboração de entidades particulares, Mutualidades, Montepios, Seguro Privado. Todas podem tomar o compromisso de segurar contra a doença, jogando com o favor das cotas e benefícios; os trabalhadores têm o direito de escolher a que mais lhes convém em taxas ou garantias, somente ao executar assistência as Entidades Colaboradoras são obrigadas a servir-se dos médicos inscritos na Caixa Nacional e a adoptar como mínimo o seu esquema de prestações em espécies.

Ficam, assim, descritos três modos diferentes da organização do seguro contra a doença. Nenhum deles obteve as boas graças tanto dos segurados como dos médicos, embora seja evidente que o sistema francês poupa, mais do que os outros, os princípios tradicionais da medicina.

Algumas tendências gerais eles denunciam. Primeiro, a extensão progressiva do campo de aplicação do seguro: na Inglaterra cobre toda a população; na França é obrigatório para todos os trabalhadores assalariados e facultativo para os independentes; na Espanha abrange todos os produtores por conta própria ou alheia incluídos em rendas de trabalho cujos limites progressivamente se ampliam.

Segundo, a criação de postos para cuidados médicos e onde se concentram os clínicos gerais e os especialistas com o seu instrumental de semiótica e os laboratórios de análises e de raios X: legislaram-se logo de entrada para a Inglaterra, e estão-se agora construindo na Espanha. Ainda não existem em França nos departamentos da metrópole; até aqui têm conseguido sustá-los quer a Ordem dos Médicos quer os Sindicatos médicos, actuando em concordância. Mas a Segurança Social anuncia de vez em quando a sua realização, agradável, de resto, para os médicos recém-formados. Estes só podem viver da clientela dos seguros sociais; e se a Ordem os aconselha a instalar um consultório para prestar serviços aos segurados, um consultório custa hoje somas proibitivas, sobretudo nos grandes cen-

tros e mais ainda quando visa especialidades de larga aparelhagem. Depois, a Seguranga Social vai-se estendendo à Argélia, onde está prevista a criação de Dispensários Médicos de Cuidados, e, no dizer do Dr. Debray, Secretário Geral do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos, a Argélia não deixará de «servir de campo de experimentação».

A Previdência em Portugal

Em Portugal decretaram-se os Seguros Sociais Obrigatórios em 1919. No mesmo dia do mês de Maio, florida e inesperada legislação estabeleceu, em amplíssima extensão, o seguro social obrigatório contra a invalidez, velhice e sobrevivência, e o mesmo seguro nos desastres de trabalho e na doença. Este último excedia no âmbito quanto já havia no mundo; Portugal era o primeiro país que alargava o seguro da doença a todos os «individuos de ambos os sexos, que exercessem qualquer profissão nos domínios da actividade humana».

A legislação não se cumpriu, embora para esse fim e ainda no mesmo dia se criasse o Instituto de Seguros Sociais Obrigatórios e de Previdência Geral. Nem podia cumprir-se; mesmo altamente idealista, era uma construção de fantasia, ousada para as mais fortes estruturas de então e sem a medida das nossas realidades económicas, técnicas e culturais. O Instituto foi dissolvido ao cabo de 14 anos de vida acidentada, e de tantos sonhos ficou apenas o seguro nos desastres do trabalho.

Pela mesma altura, em 1933, publicou-se o Estatuto Nacional do Trabalho e organizou-se, também para lhe dar cumprimento, o Instituto Nacional do Trabalho e da Previdência Social. Com a promulgação do Estatuto do Trabalho abriu-se para a nossa Previdência a fase que ainda corre e cujas directrizes se marcaram pelo

Art. 48.º — *A organização do trabalho abrange, em realização progressiva, como as circunstâncias o forem permitindo, as caixas ou instituições de previdência tendentes a defender o trabalhador na doença, na invalidez e no desemprego involuntário e também a garantir-lhes pensões de reforma.*

§ 1.º — *A iniciativa e a organização das Caixas de Previdência incumbe aos organismos corporativos.*

§ 2.º — Os patrões e os trabalhadores devem concorrer para a formação dos fundos necessários a estes organismos nos termos em que o Estado estabelecer expressamente, ou sancionar quando da iniciativa dos interessados.

§ 3.º — A administração das Caixas e fundos alimentados por contribuição comum pertencem de direito a representantes de ambas as partes contribuintes.

Logo a seguir, ano e meio depois, determinaram-se os princípios fundamentais que deviam caracterizar a Previdência: obrigatoriedade, generalidade e organização diferenciada, não unitária, por grupos sociais de características distintas. Mas o Estado continuava a insistir que não intervinha directamente na realização do seguro social; não era o Estado que fundava por sua conta o seguro, não era o Estado que o administrava, deixava-o ao foro de instituições de previdência, criadas umas dentro, outras fora da orgânica corporativa. E admitiu, para tanto, quatro categorias de instituições:

- 1.ª — *Instituições de previdência dos organismos corporativos;*
- 2.ª — *Caixas de reforma ou de previdência;*
- 3.ª — *Associações de socorros mútuos;*
- 4.ª — *Instituições de previdência dos servidores do Estado e dos corpos administrativos.*

Como oficialmente se definiu: «a primeira categoria abrange os seguintes tipos: Caixas Sindicais de Previdência (destinadas aos trabalhadores do comércio e da indústria), Casas do Povo e Casas dos Pescadores. As instituições do primeiro tipo e as da segunda categoria têm, além dos mesmos fins a mesma técnica de funcionamento. Diferem essencialmente na origem. As caixas sindicais de previdência são criadas por convenções colectivas de trabalho; as caixas de reforma ou de previdência não têm base corporativa, são criadas pela iniciativa dos interessados ou por acto do governo, mas — como as primeiras — destinam-se a assegurar a previdência obrigatória a grupos já bastante individualizados. As associações de socorros mútuos definem-se por ser facultativa a inscrição dos sócios e por esta não estar limitada aos indivíduos que exerçam determinada profissão, serviço especializado ou actividade diferenciada ou ao pessoal de uma só empresa. Constituem a quarta categoria as instituições criadas ao abrigo de diplomas especiais e privativas do fun-

cionalismo público e demais pessoal ao serviço do Estado e dos corpos administrativos».

Organização do seguro-doença nas nossas Instituições de Previdência

Não importa e levaria longe estudar a orgânica dos diferentes tipos de instituições já existentes, quais os sócios de que se compõem, quais as modalidades de seguros que abrangem, quais as receitas, como se distribuem os fundos e como se administram. O que importa para nós é saber que todas incluem o seguro na doença, e que quase todas o efectuem segundo a Regulamentação Internacional do Trabalho: subsídio pela perda do salário e assistência médica, quer dizer prestação em dinheiro e prestação em espécies. Como divergem na amplitude do seguro, convém estudá-las em separado na parte que propriamente nos interessa, ou seja a da assistência médica, e distinguiremos para isso:

Caixas de Previdência.

Casas dos Pescadores.

Casas do Povo.

Associações de Socorros Mútuos.

Caixas de Previdência — Sindicais ou não tomam vulto dominante as que abrangem os trabalhadores do comércio e da indústria. Em princípio de Dezembro de 1948 estavam já formadas 94 instituições de previdência incluindo mais de 450 mil destes trabalhadores; mantêm-se ainda fora delas os empregados bancários, os ferroviários e toda a construção civil.

Os empregados bancários porque as regalias que já usufruem com o contrato colectivo de trabalho são mais vantajosas dos que as trazidas pelos seguros sociais; os ferroviários porque a situação financeira das empresas não permite a contribuição global dos seguros sociais, e sem eles já existem pensões de reforma, de invalidez, de sobrevivência e funcionam serviços de saúde com consultas nos postos, no domicílio e com internamentos; a construção civil porque não foi ainda possível para os pedreiros, carpinteiros, trolhas e pin-

tores vencer as dificuldades que se levantam à introdução do seguro social. Também, por enquanto, não estão abrangidos, nem aqui nem por outra estrutura de previdência, a zona dos trabalhadores do serviço doméstico e a dos trabalhadores das indústrias caseiras.

Principiaram as Caixas por prestar assistência médica com clínicos privativos para cada uma. Conforme a riqueza das Caixas, dispondo de maior ou menor fundo de assistência, assim algumas criaram postos de consulta próprios, centros de enfermagem, ou alargaram amplamente o receituário farmacêutico, ou pagaram especialistas, intervenções cirúrgicas e até internamentos.

Embora com tipos de assistência diversos os regulamentos das Caixas mandava que todas prestassem assistência ao segurado e família representada por cônjuges, pais, filhos menores e irmãos que com ele vivessem, e marcava para todas que a assistência cessava ao fim de nove meses, e só passado um ano de novas cotizações poderia recommençar. Aproximadamente o mesmo se verificava para a prestação em metálico: o segurado tinha direito a subsídio depois de um ano de cotizações; o subsídio, que principiava a partir do terceiro dia de doença, computava-se em dois terços do salário ou ordenado nos três primeiros meses de cada doença, e metade do mesmo salário ou ordenado nos seis meses seguintes; interrompia-se ao esgotarem-se estes nove meses, e outro ano de contribuições era necessário para ser novamente concedido.

Em 15 de Junho de 1946 foi pelo Subsecretário de Estado das Corporações e da Previdência Social estabelecido que se federassem as Caixas no que respeitava à prestação dos serviços médicos. Procedeu-se assim pelo «interesse efectivo na concentração da organização, de que resulta diminuição de encargos e grau superior de eficiência». As Caixas continuavam a recolher e a depositar as cotas, a pagar subsídios, a velar pela realização dos outros seguros, mas entregavam, confiavam, ou delegavam num serviço comum a obrigação da assistência médica. E concentrou-se este serviço das Caixas sob a designação **Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência**.

De entrada a Federação abrangia apenas a Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais do Comércio e a Caixa Sindical de Previdência do Pessoal da Indústria Têxtil. À maneira que os serviços o permitiram, as Caixas foram integradas por despacho do Subsecretário das Corporações; em fim de Julho de 1948 — última informação que podemos obter — havia já reunidas vinte Caixas com

um total de 212.116 segurados. Cada Caixa paga à maneira de adiantamento uma quantia arbitrada pela Federação, variável enquanto não há elementos para fixar o custo médio dum segurado. Entre cada Caixa e a Federação há portanto, uma folha em aberto e para ajustar, de adiantamentos e de serviços. A que mais contribuiu para a receita de 1948 foi a Caixa Sindical de Previdência dos Profissionais do Comércio, logo inicialmente com 15.600 contos.

Com a Federação não variou o período máximo de duração da assistência aos beneficiários nem se modificou a extensão familiar do seguro; acabou-se, porém, «com a multiplicidade e dispersão de tipos de assistência prestada pelas Caixas» (Boletim da DICI, — Federação de Caixas de Previdência, 1.º de Dezembro de 1948), e adoptou-se um esquema geral que compreende os seguintes benefícios:

- a) — *Consultas de clinica médica nos postos e domicílios;*
- b) — *Consultas de algumas especialidades ou nos postos ou nos consultórios médicos;*
- c) — *Análises e radiografias;*
- d) — *Medicamentos injectáveis e sulfamidas;*
- e) — *Serviços de enfermagem.*

Se quisermos figurar a orgânica dos Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência diremos que no cimo há uma Direcção composta de um Presidente e dois Vice-Presidentes, de nomeação governamental. Sob o governo desta direcção ou, melhor, sob a efectividade da presidência, giram vários serviços: Serviços Administrativos, Serviços Médico-Sociais, Serviços Técnicos. No que respeita pròpriamente aos serviços médicos, estão eles divididos em especialidades, para cada uma das quais «haverá um director e um sub-director, sempre que o número de clínicos o justifiquem e a Direcção entenda conveniente. Todos os clínicos, seja qual for a sua situação, ficam directamente subordinados ao Director de Serviços da sua especialidade, e através deste a Direcção da Federação» (Ordem de Serviço n.º 25 da Federação, 6 de Junho de 1947).

Por agora há vários directores de Serviços de Especialidades em Lisboa e no Porto, e um em Coimbra. Separaram-se desde já as seguintes direcções: Clínica Médica, Estomatologia, Oto-Rino-Laringologia, Oftalmologia, Urologia, Dermato-Venereologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia, Análises Clínicas e Radiologia. Parece que virão a constituir-se três zonas — Norte, para cima do

Mondego; Centro, entre o Mondego e o Tejo; Sul, para baixo do Tejo — cada uma com os seus Directores de Serviços. A assistência faz-se no Porto e em Lisboa, para quase todas as especialidades, em postos expressamente apetrechados; para muitas localidades e para certas especialidades realiza-se ainda nos consultórios. Cada posto tem um médico chefe e um número de médicos de cada especialidade em relação com o número de beneficiários.

Junto da Direcção da Federação, e com funções meramente consultivas, existe um Conselho Médico composto pelo Presidente da Federação e oito médicos da sua livre escolha. Este Conselho reúne por convocação do Presidente da Federação, que é o seu Presidente nato, e a nomeação dos médicos para o Conselho é feita por um período de três anos, podendo haver lugar a recondução para iguais períodos. Fazem parte actualmente deste Conselho os: Prof. Toscano Rico, Director dos Serviços de Clínica Médica em Lisboa, Prof. Freitas Simões, Director dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia em Lisboa, Dr. Avelino Cavaleiro Ferreira Gonçalves Rapasote, Director dos Serviços de Oftalmologia em Lisboa, Dr. José Maria de Sacadura Botte, Director dos Serviços de Cirurgia em Lisboa, Dr. Salvador José da Cunha, Director dos Serviços de Pediatria em Lisboa, Prof. Azevedo Maia, Director dos Serviços de Clínica Médica no Porto e Prof. Bissaia Barreto, Director dos Serviços de Clínica Médica em Coimbra. Também se prevê um Conselho de estudos médicos sociais, como órgão de estudo e de investigação médico-social.

A admissão dos médicos nos quadros da Federação é feita por concurso documental para cada um dos postos e para as vagas que ocorrerem em cada especialidade. O concurso é anunciado na Imprensa e aberto entre médicos com pelo menos três anos de formatura ou com o internato geral, residentes na freguesia em que o posto será instalado ou nas freguesias limítrofes, e de idade não superior a cinquenta anos. Os interessados devem apresentar na Secção de Pessoal requerimento dirigido ao Presidente da Federação, do qual constem os seguintes elementos: *a)* — Nome, filiação, naturalidade, idade e estado; *b)* — Morada, com indicação da freguesia; *c)* — Especialidade clínica em que se encontra inscrito na Ordem dos Médicos e respectivo número de inscrição; *d)* — Data da formatura, média de curso e Universidade; *e)* — Classificação nas clínicas e patologia; *f)* — Internatos e respectivas classificações; *g)* — Cursos de especialização e respectivas classificações; *h)* — Outros títulos de valorização profissional; *i)* — Frequência dos serviços, em especial em

Institutos de Previdência e Organismos Corporativos; j) — Louvores e atestados passados pelos Directores de Serviços.

A Secção do Pessoal elabora mapas por especialidades donde constem os nomes dos candidatos, títulos e classificações alegadas; os mapas são enviados aos Directores das respectivas especialidades para que estes, à luz das normas estabelecidas, procedam à classificação em mérito relativo; a classificação é comunicada ao Presidente por meio de informação escrita; no final, o Presidente delibera tendo em conta os elementos de apreciação que sejam de considerar. Constituem motivos de preferência para nomeação os internatos de medicina ou de especialidades, conforme os casos e, em igualdade de circunstâncias, «terem os pretendentes prestado serviços em Caixas de Previdência federadas ou a federar na Serviços Médico-Sociais, ou terem prestados serviços clínicos em quaisquer outros organismos corporativos ou terem sido mobilizados».

Os médicos são obrigados a seis períodos diários de consulta por semana. Não há número de horas estabelecido, mas calcula-se uma média de duas horas diárias. O trabalho em Lisboa e Porto para as consultas de clínica médica é feito por médicos que habitualmente se substituem de duas em duas horas. O médico tem de ver todos os doentes que para ele se inscrevam; pode, por isso, trabalhar mais ou menos de duas horas diárias; no entanto, desde que haja ao fim do mês uma média diária de 12 doentes, a consulta desdobra-se. Na província os médicos atendem os doentes do posto e as chamadas a casa; em Lisboa e Porto há médicos destinados aos postos e outros às visitas domiciliárias.

Os vencimentos estão assim ordenados: — Directores clínicos, 3.250\$00 (o Director dos Serviços de Clínica Médica de Lisboa percebe ainda uma gratificação mensal de 500\$00); Adjunto ou Sub-Director Clínico, 2.700\$00; Chefe de grupo de Estomatologia, 2.600\$00; Médico, 2.100\$00 (o Médico-Chefe de cada Posto percebe ainda a gratificação mensal de 500\$00); Adjunto do Director do Gabinete de Estudos Médico-Sociais, 3.000\$00; Médico-Inspector, 3.000\$00; Médico adstrito ao Gabinete de Estudos Médico-Sociais, 2.100\$00; Médico Estatístico e Arquivista 1.350\$00 (gratificação); Cirurgião-Chefe de Equipe, 3.000\$00 (por cada grupo de 10 operações além de 20 ou fracção a mais, ser-lhe-á atribuída a cada um, uma gratificação de 1.000\$00. Se o Cirurgião-Chefe for o Director dos Serviços de Cirurgia, recebe além do vencimento 1.500\$00 de

gratificação, e a gratificação por cada grupo de 10 intervenções além de 20, será de 1.500\$00).

A nomeação dos médicos, como a de todo o pessoal, é feita sempre em regime provisório, só se considerando definitiva passados dois meses, mediante contrato assinado pelas duas partes. Diz a Ordem de Serviço N.º 25 que todos os funcionários da Federação estão sujeitos às seguintes penas disciplinares: a) — Advertência; b) — Repreensão verbal; c) — Repreensão registada; d) — Suspensão de exercício e vencimento de 10 até 20 dias; e) — Suspensão de exercício e vencimento de 20 a 40 dias; f) — Demissão. E diz também que as penas superiores a repreensão registada só podem ser aplicadas mediante processo disciplinar em que o arguido seja ouvido, reduzindo-se a auto as suas declarações. Durante o período de nomeação provisória os funcionários podem ser dispensados, se os seus serviços não convierem, sem qualquer formalidade e sem direito a indemnização.

A Federação só abrange, portanto, o serviço de assistência das Caixas de Previdência dos trabalhadores do comércio e indústria, embora estejam ainda por englobar, como já foi dito, os empregados bancários e os importantes sectores dos ferroviários e da construção civil. Fora da Federação mantêm-se como vamos ver, outras instituições de previdência, emolduradas ou não no quadro corporativo.

Casas dos Pescadores — Abrangem toda a população piscatória, até mestres e contra-mestres dos barcos de pesca. Existem 21, com cerca de 50.000 sócios e prestam serviços médicos e sociais. Os serviços médicos são feitos com clínicos privativos, nomeados pela Direcção, que consultam nos postos das Casas dos Pescadores ou nos consultórios, e têm a obrigação de ver os doentes que para eles se inscrevem e de atenderem as chamadas domiciliárias. Quase sempre o movimento é pequeno; em muitos lados o médico só vai duas vezes por semana ao posto e cobra a remuneração de 750\$00 mensais. A amplitude da assistência no que respeita a serviços de especialistas, operações e internamentos não é a mesma para todas as Casas de Pescadores.

Casas do Povo — Pelas próprias palavras oficiais «nas Casas do Povo são obrigatoriamente inscritos todos os trabalhadores rurais e outros que deles se não diferenciam nitidamente em situação material ou modo de vida e ainda os produtores agrícolas que não possam

ser contribuintes por os seus bens ou rendimentos não serem suficientes para lhes assegurar situação diversa da do comum daqueles trabalhadores. A acção da previdência, que consiste obrigatoriamente na assistência médica, no subsídio pecuniário na doença e subsídio por morte, abrange todos os sócios efectivos». São em número avultado as Casas do Povo, distribuídas por todo o país e abrangendo mais de meio milhão de sócios. Tem cada uma médico admitido pela Direcção, sem concurso, com obrigação de atender os sócios no posto e no domicílio. Os vencimentos são raramente sofríveis, quase sempre muito baixos e às vezes mesmo de simples miséria.

Associações de Socorros Mútuos — Existem mais de 500, agrupando um número de segurados superior a meio milhão. Prestam seguros de várias ordens, umas de campo mais vasto, outras de campo mais limitado, mas todas o prestam contra a doença. Têm também médicos privativos, nomeados pelas respectivas direcções e com vencimentos variáveis. A assistência ao mesmo tempo no posto ou consultório e no domicílio não pode atingir a complexidade técnica de especialistas e de serviços analíticos que a Federação possui.

Socialização da medicina

Se exceptuarmos as Associações de Socorros Mútuos, que decerto não sofrerão grande incremento, pois que a Lei (parágrafo 5.º do art. 1.º da Lei 1884) prevê a sua gradual integração no plano da Previdência Social, — as outras Instituições de Previdência evoluem e caminham até atingir todos os trabalhadores. Com eles e suas famílias podemos avaliar que ficarão incorporados no seguro contra a doença, quer dizer em regime de medicina organizada, cerca de 60 % da população portuguesa.

Pensa-se que não se chama a isto socializar a medicina? Assim se crê em alguns meios oficiais onde se diz que é «perfeitamente falsa a fórmula de socialização da medicina aplicada à organização unitária dos Serviços Médico-Sociais» (Discurso do actual Subsecretário das Corporações em Alhandra, Janeiro de 1948), que «não é socializada a medicina pelo facto de se exercer, em regime de racionalização, no terreno do seguro» (Idem), que «não se trata de medicina

socializada, mas sim de medicina organizada» (Discurso do anterior Subsecretário das Corporações no Porto, em Novembro de 1947), que «seria legítimo falar de socialização de medicina se a intenção fosse a de criar uma organização única, nas mãos do Estado, revestida do exclusivo no exercício da assistência médica» (Idem).

Pedimos licença para discordar. É certo que racionalização não significa socialização, que uma empresa ou uma actividade não se socializa só porque se explora ou exerce em regime de racionalização; mas a racionalização, que, essencialmente, é a organização da produção por uma forma científica (Prof. Ruy Ulrich, *Economia Política*), pode fazer-se com mão socialista. É real que organização não é sinónimo de socialização, mas torna-se assim quando a organização se estabelece, como aqui, num sentido social, para prestar serviços de tipo oficial. No *Plan Analítico de Salud Publica*, estampado em Buenos Aires, ainda há poucos meses, sob a direcção do Prof. Carillo, Ministro da Saúde Argentino, escreveu-se: «a socialização deve entender-se mais do que uma mudança na forma de posse, uma mudança na utilização dos bens. *Socializar* não é o mesmo que *proprietarizar*. Socializa-se um serviço por o facto que ele seja prestado com uma finalidade social e sem um propósito de beneficio económico».

Em verdade, não é preciso proprietarizar para socializar; a colectivização da posse dos factores de produção e das actividades, dispersa-se em amplitude pelas escolas, mais ou menos extremistas, em que hoje se tonaliza a solução socialista. O que essencialmente importa é a colectivização dos beneficios. O médico representa um capital e um trabalho, — acumulação de conhecimentos, prestação de serviços, técnicos, mas únicos, no sentido mais alto da especificidade. E faz-se obra de socialização da medicina quando o seu exercício deixa de ser livre e independente, e se intervém como uma organização que põe os conhecimentos e os serviços dos médicos em beneficio da colectividade.

Também não é condição fundamental que a organização se faça completamente em sentido vertical e horizontal. Mesmo limitada a certos andares sociais, a socialização continua em relação a eles se a organização foi feita com fins colectivos e sem espírito mercantil. Porque não há-de ser verdade para as partes o que é verdade para o todo? O método só é socialista quando abrange todos os degraus sociais e não o é quando engloba uma fracção deles? Em que reside o carácter do método, na sua essência ou na extensão da sua aplicação? E uma vez estabelecido o método, não revela ele próprio o seu

conteúdo doutrinário pela força expansiva com que tende a generalizar-se?

O figurino inglês é um tipo, mas só um tipo da socialização da medicina. Com ele foi-se, pela nacionalização da medicina, para um sistema que não é ainda a socialização completa. Digamos, com mais rigor, que a medicina pode ser socializada em graus diferentes, que há países, como o nosso, em que se estabeleceu uma meia socialização: organizou-se socialmente a medicina em relação a algumas camadas sociais e deixou-se a medicina livre para tratar as restantes. Mas se as camadas sociais abrangidas pela organização são as que respeitam determinados sectores de produção, a nossa organização não pode ainda negar outra tendência socializante ao incorporar nos seus benefícios todos os que trabalham em qualquer empresa, seja qual for a situação económica, até os administradores e os gerentes.

Depois, se na Inglaterra a assistência é garantida «por uma organização nacional que o Estado enquadra e dirige através do Ministério da Saúde» (Discurso de Alhandra), a organização social da medicina que entre nós se fez, tem a iniciativa e a direcção do Estado, bem podendo dizer-se que por ela se quebrou o espírito corporativo das instituições originárias. Foi estabelecida por despacho oficial, e pelo mesmo processo vão nela sendo integradas as Caixas. E se nos Corpos Directivos os organismos contribuintes têm alguns representantes, o comando efectivo da organização não está entregue, como na própria Inglaterra socialista, a um Conselho Executivo de que participem os técnicos, cabe à Presidência da Direcção, lugar de confiança e de nomeação governamentais. É ela quem traça o rumo e os pormenores da organização; quem decide a instalação de postos e os surte de pessoal administrativo e técnico; quem através de Ordens de Serviços estabelece as regras para a admissão dos médicos, os escolhe, os nomeia, os demite, e até lhes fixa as condições de serviço; quem, afinal, compõe o esquema da assistência. E para tudo isto nem precisa até de possuir o curso de medicina.

Bem sabemos que a nossa hora é de interpenetrações amiudadas e pouco custosas; que as políticas sociais raramente se perfilam em contornos nítidos e muitas vezes se descaracterizam pela facilidade das infiltrações ou pela tentação das transigências. Mas connosco é, apenas, o registo objectivo do facto, e não o julgamento da sua importância para a eficiência das doutrinas.

Bases do seguro social — Excessos do seguro contra a doença

O seguro social baseia-se e defende-se em razões múltiplas, umas de carácter moral, outras de índole jurídica ou médica ou demográfica. Não vem para aqui minudá-las. Basta lembrar quanto hoje se estende o conceito — tanta vez defendido pelas próprias Encíclicas Papais —, de que o salário do trabalhador deve ser bastante para enfrentar os riscos que ameaçam a sua vida e a estabilidade da sua família, e como também se espalha a doutrina de que a contribuição operária e até patronal para o seguro é apenas salário diferido ou adiado, salário que se amealha para depois se receber convertido em benefício. Pode ainda reconhecer-se que a intervenção do Estado para a protecção dos grupos mais desvantajosamente colocados na luta económica se vêm aceitando quase por toda a parte, ainda que uns a queiram em plano totalitário e outros a limitem em medidas gerais, deixando as aplicações práticas às iniciativas individuais ou colectivas. E de boa prova é igualmente reafirmar que os seguros sociais, ao mesmo tempo que evitam a miséria e velam pela saúde, aumentam o potencial efectivo dos mais numerosos grupos de cada nação.

Os seguros sociais apoiam-se em fundamentos bem qualificados. Compreende-se que, entre eles, o seguro social da doença tenha adquirido especial relevo, e tão vasto que assumiu já uma quase universalidade. É um facto que tudo leva a considerar definitivo. Vem trazer prejuízo a interesses já criados, médicos e não médicos? De acordo. Não se rompe uma postura social sem deslocar ou derrubar situações por tanto tempo erguidas. Os médicos estavam habituados à clínica inteiramente livre e pessoal, e surge-lhes uma organização toda poderosa que regula o exercício da profissão, marca os lugares, dispõe as horas ou reparte os serviços e os actos.

É erro teimar em posições que envelheceram; os factos passam e desalojam-nos, mesmo contra nós. Mas também é erro que as doutrinas forcem os factos e os levem a excessos. Levantaram-se pelo mundo revoltas de médicos e de associações médicas contra a organização da medicina. Desacertadas aquelas que não compreenderam nem a razão nem o indestrutível do acontecimento. Justas aquelas que

exigiram do acontecimento o respeito pela vida dos médicos e pela dignidade da medicina.

Não há que negar a hora que vivemos, o que dentro dela palpita em ânsia de justiça. Nem há que protestar contra a ideia nobre e alta do seguro social. Mas há que dizer às ânsias que se não desvirtuem e às ideias que se não ultrapassem. O que, em boa verdade, pelo mundo pedem médicos e associações médicas é que não levem a medicina para organizações onde se desvalorizem tanto os médicos como a medicina. Não se ouvem estas razões? Vai-se cada vez mais para a socialização da medicina? A declarada filosofia política de alguns Estados ou as infiltrações ou complacências de outros levam a medicina a prestar serviços num regime que levanta o desacordo da imensa maioria dos médicos de todos os países? Não se pode aqui deter a força evolutiva dos acontecimentos? Não querem os homens guiá-los, seja porque concordam seja porque abdicam? Os próprios acontecimentos imporão a correcção, quando se extinguirem as élites ainda florescentes e da má qualidade do trabalho não for possível extrair novas. Mal, entretanto, para todos, — para os doentes, para os médicos e para a medicina.

Também não há que negar quanto os progressos da medicina concorrem para lhe dar uma função social. Cuidando, sempre mais extensamente, da saúde das populações em toda a gama das idades e das actividades, desde a gravidez e a infância até à velhice, desde as massas dos trabalhadores até aos agrupamentos dos exércitos, a medicina, pela força interna de seu desenvolvimento, ganha uma importância crescente na vida das sociedades modernas. É ela mesmo que se afirma um valor social. E, olhando com desafogada claridade, pode até dizer-se que está aqui um verdadeiro sentido de essência. Se a medicina é feita do homem e para o homem, não deve segui-lo na expressão de todas as suas realidades naturais, através da família, da profissão e da cidade? O que importa mais uma vez pedir é que o sentido se não desfogue, que o social não desvaire, que a medicina da pessoa se não submerja na medicina do grupo.

A nossa organização da medicina e os direitos da medicina e dos médicos

Pela nossa parte queremos também ocupar uma posição séria e de equilíbrio. Compreendemos a organização da medicina, aceitámo-la alegremente no que tem de enobrecedor para o homem, sacrificamos ao bem comum muito do nosso bem individual, mas com a mesma valentia com que afirmaram os médicos dos outros países nós acentuamos também: — que a organização não abafe ao médico o legítimo direito de viver num nível de dignidade, que ela não desarticule os princípios fundamentais e essenciais da medicina.

Se no fundo do seguro há uma ânsia de justiça, o dever humano de tratar e assistir os economicamente débeis, a mesma justiça impede que para tanto se tornem aflitivas as condições de vida de uma classe social. Há em todos os homens uma soma igual de direitos, mas inútil é fechar os olhos para não ver que há graus de actividade, que há hierarquias de trabalho e que o próprio interesse social manda que se fomentem, se encorajem e se prestigiem os graus e as hierarquias. Mal vai a um Estado que não protege e não defende, — que não salva as suas élites.

Queremos o médico a viver à altura da sua missão. Com um nível material que corresponda ao seu grau social. Com o mesmo direito que reconhecemos aos outros. Sem hipérboles, sem ganâncias. Porque de ganâncias não pode acoimar-se uma classe que ainda presta serviços — apesar de tantas e tão repetidas solicitações da sua Ordem —, que ainda é obrigada a exercer com remunerações lamentáveis, como os médicos municipais, vencendo quase metade do que ganha um motorista, ou como os médicos das Casas do Povo, cobrando por vezes menos do que se paga a muitos trabalhadores do campo.

Mas queremos também, como preço mais delicado, que nos distingam na qualidade da nossa profissão. Não é demais pedir a todos que oficialmente nos olhem como somos, na particularidade dos nossos direitos e dos nossos deveres. Há no trabalho médico os elementos comuns a todo o género do trabalho, — é pessoal porque também a força activa vem de quem o exerce e a ele pertence, é necessário

porque também representa a condição da existência. E há elementos que o caracterizam aparte, que o afastam de todo o trabalho intelectual e derivam da própria natureza da medicina. Exercer a medicina é, sem dúvida, obra de inteligência e de ciência mas é, igualmente, obra de consciência e de caridade. E porque não-de esquecer tudo isto aqueles mesmos que, para além da secretaria e da toga, quando a doença os atinge ou fere o mundo dos seus amores, nos exigem, e com razão, que lhes demos o nosso esforço, o nosso zelo, o nosso carinho, que vivamos com eles o mesmo drama de anseios e de angústias?

Depois, a medicina tem uma estrutura e uma actuação próprias, valores que até hoje foram distintivos e conformativos. Tiram-se os primeiros do acto médico elementar, já tantas vezes descrito. Sabe-se que é um diálogo de homem para homem, a confissão do doente ao médico que escolheu como de melhor confiança, a quem confia o segredo das suas misérias e a quem deixa a liberdade de instituir os meios de tratamento. Com insistência se afirmou que há nele três elementos — a liberdade de escolha do médico, o segredo profissional, a liberdade de prescrição terapêutica — que são característicos e que séculos inteiros consagraram. Por isso lembramos à organização da nossa medicina que os não desarticule nem invalide.

E se ela repetir ainda argumentos levantados aqui e além, como aconteceu há poucos dias, em Alhandra, no discurso do Sr. Subsecretário das Corporações, ao desmerecer a importância da escolha do médico pelo doente, nós voltamos a esclarecer o bom sentido das coisas. A medicina coloca a liberdade de escolha dentro do condicionalismo das outras liberdades; não a crê «ilusória» só porque o doente não pode escolher entre todos os médicos do mundo ou entre todos os médicos do país; considera-a *real, efectiva*, quando o doente vai até o médico que, por uma ou por várias razões psicológicas, escolheu entre os que estavam ao alcance da sua escolha. E é esta razão ou razões psicológicas que interessam à medicina; é a sua existência e a sua importância como factor activo, de real actuação no jogo terapêutico, que a medicina quer defender. O essencial é que o doente chegue ao médico com ambiente interno de confiança; nos lugares em que há vários médicos, chega melhor se pôde ir até àquele que preferiu; onde há só um médico, também chega em bom ambiente porque a sua confiança está livre de querelas.

A medicina trata pessoas. É outro carácter essencial a reafirmar. E na pessoa entram os factores da escolha e da confiança. A medi-

cina é a ciência do homem, e a realidade do homem não é a realidade do bocado, mas de um todo solidário e interdependente; a visão médica tem de abranger o homem inteiro em tudo o que vai desde os silhares, desde a herança, desde a constituição, desde o modo de ser orgânico e psíquico até ao meio em que luta e se defende. E situa-se aqui, para que a nossa organização decididamente compreenda e aceite, a importância do médico de família, conhecedor mais íntimo de vícios, de taras, de virtudes, do meio físico e moral.

Devia ser escusado defender o homem como unidade psico-somática nesta Europa, tão desgraçada mais ainda merecedora de fé, onde nasceu o humanismo como ânsia de enriquecimento integral de valores. A realidade, também, é que nem sempre a doutrina foi a ascensão para o alto dum total equilibrado e hierarquizado, mas alguns a levaram para a exaltação perturbada e desarmonica duma parte.

Devia ser supérfluo em países que oficialmente negam a intervenção total do Estado e proclamam o valor da iniciativa particular, lembrar que se não ultrapassem os limites naturais do seguro social e se não abranjam aqueles que a natureza da sua actividade obriga a proteger-se a si próprios. Porque o interesse doutrinário é manter socialmente livres quantos são economicamente livres, e é bem certo que apagando o amor da defesa pessoal se prepara o ambiente da sujeição colectiva. Mais dispensável ainda devia ser advogar entre nós o médico de família como base de uma assistência médico-social quando a família se afirma, desde a Constituição, a verdadeira célula da sociedade.

Pedimos, enfim, à organização que funcionalize os médicos o menos possível. Não nos repliquem que a funcionalização é tentadora mesmo para alguns médicos. Compreende-se a inquietação dos que chegam ao patamar da profissão, depois de anos de fadiga escolar, e apetezem um abrigo que os ponha a coberto de mais dificuldades. Mas no próprio interesse dos que assim se deixam tentar, a funcionalização é para a medicina e para os médicos um grande mal: empalidece a medicina porque rouba aos médicos o afã de conquistar e de criar, até o dom do sacrificio e do amor. Não tenhamos a ilusão de acreditar que o barro humano escapará nos médicos ao esmeril da prova. Aí está o exemplo, já claro, da Nova Zelândia: nacionalizou-se completamente a medicina, funcionalizaram-se em tudo os médicos; leiam-se agora os comentários que vão vindo a lume sobre a decadência de uma e de outros.



Apreciação dos Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência

Vamos ver que apreciação particular nos merece cada tipo de instituições criado pela previdência do nosso país. Começemos pela organização mais importante:

Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Previdência — Decididamente não podemos dar um juízo nem completo nem definitivo. Os serviços estão a começar, e tateiam, como em todos os países, um caminho ainda virgem. Tão pouco devemos exigir maravilhas ou perfeições, porque universalmente se arriscam passos, tentam soluções e em nenhuma parte se encontrou ainda a fórmula feliz.

Podemos e devemos em todo o caso dizer que sendo um serviço novo, iniciado agora, não começou como era aconselhável que começasse. Ao riscar uma organização que havia de ser feita com médicos e para prestar serviços médicos, parece bem claro que o traço não devia ficar à competência exclusiva dos que não são médicos, por muito que se tenham enriquecido em conhecimentos teóricos; a prudência, o acerto, e por eles o êxito, mandavam que se chamassem os profissionais, que se lhes ouvissem as técnicas e as deontologias, e se chegasse a um plano onde os princípios e os interesses se harmonizassem.

Não se fez assim, e foi pena. A organização tinha hoje seguramente uma marcha mais certa; muitos conflitos e muitas energias se teriam poupado. Porque os que não são médicos foram para as inevitáveis disposições que chocam os médicos. E porque as coisas depois de feitas custam muito mais a reparar; é-se transposto, mesmo querendo evitá-lo, para um pessoalismo de obras onde tudo é difícil e delicado.

Esperamos ainda que a cooperação se faça. Temos alguma luz íntima para crer que um dia nos veremos ao redor de uma mesa, chamados pela vontade franca decidida e alta de acertar caminhos. Lá estará a Ordem, com o espírito e as mãos abertos e sinceros, pronta sempre para bem servir o país, que soberanamente estremece, e a

classe, que dignamente quer representar. Entretanto, porque os factos vivem, correm, nos atingem, e é preciso julgá-los, apontemos sinceramente, sem apriorismos de hostilidade ou de resistência, as nossas considerações:

Natureza do sistema — Para cumprir o encargo das prestações em espécie que no seguro da doença lhe foi incumbido, a Federação adopta o sistema de racionalização, isto é, de médicos privativos.

A racionalização da medicina desagrada a muitos que preferiam ver entre nós o regime de clínica aberta, como, por exemplo, existe em França e já deixamos descrito. Não vale a pena discutir em relação ao nosso caso os processos de um ou de outro sistema, desde que foi oficialmente declarado que a exiguidade dos recursos obrigou entre nós a enveredar pelo caminho da racionalização. Se nem houve, sequer, possibilidade de opção, não cabe outra atitude além de aceitar.

Campo de aplicação — Por agora a Federação abrange, como já vimos, as Caixas de Previdência dos trabalhadores do comércio e da indústria. Mas o campo de acção é largo porque em matéria de admissão aos seguros das Caixas obedeceu-se às seguintes normas estabelecidas pelo Subsecretariado das Corporações: 1.º — *o âmbito duma Caixa é extensivo a todo o pessoal, qualquer que seja a sua profissão, que preste serviços em empresas já contribuintes dessa mesma Caixa*; 2.º — *alarga-se o conceito de trabalhador a todo individuo que receba uma remuneração de forma a abranger os administradores, gerentes e outros em situação paralela ou equiparável*.

Entram, assim, nos nossos seguros sociais grupos de indivíduos com índices económicos muito variáveis desde os mais humildes operários aos técnicos, guarda-livros, chefes, engenheiros, administradores e gerentes das empresas mais ricas. Pode dizer-se que na admissão há o limite de 3.000\$00 mensais para o que respeita a contribuições e a prestações em metálico, mas o facto é que o seguro abrange toda esta vasta escala de posições. E, importantemente, pelo que respeita à prestação em espécies no seguro da doença, ou seja quanto à assistência médica, todos têm igual direito a consultas, visitas, análises, radiografias e medicamentos.

Com tão ampla extensão do seguro contra a doença excedeu-se positivamente o espírito da nossa previdência. Prestar assistência médica, em regime de seguro social, aos trabalhadores que careçam de protecção, não se refere, não pode, em claro sentido, referir-se

aos administradores e gerentes das empresas e aos empregados superiores do comércio e da indústria que vencem remunerações altas e levam vida desafogada. Temos o perfeito direito de assinalar aqui um desvio da política social do Estado Português, — que intervém para regular a protecção dos que precisam e deixa ao encargo particular a defesa dos que podem.

Mas há também nesta larga aplicação do seguro da doença manifesto desacordo com as razões médicas; ainda há bem pouco na reunião da *World Medical Association*, a que pertencem as mais categorizadas associações médicas dos diferentes países, — e onde a nossa Ordem também está filiada — se aprovou com votos gerais a alegre cooperação dos médicos no seguro da doença com a obrigação recíproca do seguro se limitar aos economicamente débeis.

Longe iríamos se quiséssemos contar muitas situações do injusto prejuízo que sofrem de norte a sul os médicos portugueses, especialmente nos meios de maior vida comercial ou industrial. Em vez de casos nossos que atestem como indevidamente se drenou muita clínica dos consultórios para os postos da Federação, tem, decerto, mais eficácia, e chega como exemplo lapidar, o que um dia nos contou o Sr. Dr. Castro Fernandes, quando era Subsecretário das Corporações, sobre aquele esplêndido Packard que levou aos benefícios da Federação, e no uso de pleno direito, a esposa do sócio gerente duma das mais ricas empresas de Lisboa...

Não se estranhe, com tudo isto, a reacção dos médicos, reacção de justiça e de amargura, porque ninguém como os médicos se consagra ao bem dos outros, classe nenhuma dá gratuitamente maior quinhão de esforços em prol dos que precisam. Foi, talvez, por esta clara objectivação, que o Sr. Dr. Castro Fernandes prometeu no seu discurso do Porto que a assistência da Federação se iria limitar aos economicamente débeis. Já lá vão, no entanto, catorze meses, deram-se muitos passos, fizeram-se instantes diligências, e o assunto continua por resolver.

As nossas primeiras tentativas, logo que tomamos posse, foram para obter a definição dos economicamente débeis. Era o que, na realidade, faltava, porque a promessa de limitação já estava publicamente feita. Propusemos, então, que por economicamente débeis se entendesse todos os que ficavam dentro dum salário limite, para além do qual não seria permitido o seguro da doença. O Sr. Subsecretário das Corporações não rejeitou, em princípio, a sugestão que ficou de levar ao estudo do Conselho Superior de Previdência Social. Sofreu

adiamentos vários esta reunião do Conselho e quando, em começos de Outubro último, tudo parecia bem encaminhado, deu-se a substituição do Sr. Dr. Castro Fernandes. De entrada, o novo Subsecretário mostrou-se disposto a aceitar o problema nos termos já conhecidos; mas, com grande surpresa nossa, o Sr. Dr. Mota Veiga, no seu último discurso de Alhandra, atacou a fórmula do salário limite e defendeu que, excluídos gerentes e administradores, a assistência do seguro deve cobrir todos os trabalhadores por conta de outrém qualquer que seja a remuneração.

Volta, assim, o problema quase inteiro à primeira fase; porque eliminar apenas os gerentes e os administradores e deixar dentro do seguro todos os que numa empresa estejam em situação paralela ou equivalente, todos os altos postos da indústria e do comércio, é manter as coisas praticamente como estavam. E lá se vai a promessa dos economicamente débeis, e torna-se para uma posição que desagrada aos médicos e que continua para nós sem lógica com a política social do Estado Português. Argumenta o Sr. Subsecretário que a fórmula do salário limite foi ultrapassada e vem sendo abolida nos vários sistemas de seguro social; foi-o ou ameaça sê-lo nos Estados de formação ou tendência socialista, e de novo, pelas palavras de Alhandra, se abre a divergência que já referimos e analisamos entre o conceito dos políticos que estende progressivamente o seguro, levando a medicina para caminhos de uma socialização paralela, e o conceito dos médicos que restringe o seguro aos economicamente débeis, poupando a medicina aos estragos da regulamentação socialista.

Fomos nós os primeiros a denunciar os defeitos da fórmula ao reconhecer que o nível económico dum trabalhador não é função exclusiva do salário, varia com o estado civil, com a extensão da família, com a junção de outros bens... Mas nenhuma fórmula quantitativa de limitação é capaz de prever todos os casos, e já é boa quando satisfaz a justiça do maior número. Veja-se, por exemplo, o limite de idade para a reforma dos cargos públicos. Ora tendo o Estado de fixar onde principiam as condições económicas que permitem a cada um suportar os riscos com os próprios meios, a limitação não pode deixar de exprimir-se em fórmula quantitativa. Se quisermos tentar uma melhor justiça distributiva, a fórmula é susceptível de corrigir-se por inquérito social instalado em termos idênticos ao que já funciona para os serviços da Assistência. Mas por agora, e enquanto lá se não chega, continuamos a propor o salário limite: com os seus defeitos é ainda um processo de largas satisfa-

ções e o mais simples, o mais rapidamente exequível, para balizar os economicamente débeis.

Admissão de médicos — Como já vimos os médicos são sujeitos para a sua admissão a concurso documental; a sua posição relativa é julgada pelo Director de Serviço respectivo que elabora uma escala de ordem; esta escala fica secreta, não tendo o médico conhecimento do lugar que nela ocupa nem possibilidade de recorrer da sua classificação; depois, sobre esta escala, a Presidência escolhe os nomeados.

Não merece o processo a nossa sanção. Embora sejam sempre preferíveis concursos de provas públicas, aceitamos, aqui os documentais. Mas na defesa de todos — até do médico que exclusivamente é posto a julgar — pedimos um largo júri de apreciação. Em Espanha, onde o processo de admissão é também por concurso documental, o julgamento dos méritos relativos está confiado a um numeroso tribunal, de que participam um membro da Faculdade de Medicina e outro do Conselho Geral dos Colégios Médicos. E insistimos também, para honra de todos e até de quem julga, que a escala de classificação se torne pública e cada concorrente saiba claramente a sua posição e os seus direitos. É isto ainda o que lealmente se faz em Espanha, estampando no Boletim Oficial o *Escalafon Medico*, e dando, por cima, a regalia de apelar para o Ministro no caso de suposta injustiça.

Também entre nós se fixou o limite de 50 anos para a admissão de médicos na Federação. Não somos capazes de descortinar as razões suficientes de esta determinação; aos 50 anos os médicos possuem, via de regra, esplêndida resistência física e adquiriram uma maturidade profissional que só pode ser útil à eficiência das instituições onde prestam serviço. Citamos mais uma vez a Espanha para dizer que não há limitação de idade na admissão de médicos, e que nem mesmo aos 70 anos eles são obrigados a retirar-se, podendo continuar a trabalhar enquanto se sentirem fisicamente capazes. Depois, a medida, leva por vezes a injustiças bem marcadas em meios intensamente fabris onde a chegada da Federação diminuiu em franco grau a população de muitos consultórios; — e está certo que aos 50 anos seja cortada ao médico a posição que ganhou em esforços longos e ao mesmo tempo vedada a prestação de serviços na instituição para onde transitaram muitos dos seus doentes? Repetidas vezes temos instado junto do Sr. Subsecretário das Corporações para

que a medida seja revogada. Deu-se valor ao fundamento das nossas razões, mas o caso anda agora affecto ao parecer duma Comissão do Subsecretariado.

Modo de prestação de serviços — Em Lisboa e no Porto há médicos designados para os serviços dos postos, ou seja para a consulta dos ambulatórios, e médicos com o encargo das visitas domiciliárias, isto é, para a consulta dos acamados. Nas províncias os médicos atendem indiferentemente os doentes que vêm ao posto e os que ficam em casa. Para as consultas nos postos os beneficiários têm direito de escolher entre os médicos de cada serviço; quando estão doentes no domicílio acaba a livre escolha e recebem a visita do médico escalado para esse fim. Nos postos os médicos revezam-se durante o dia para a consulta de medicina geral; há horas, è portanto médicos, que são exclusivamente destinados ao exame do segurado e de que não podem participar outros membros da sua família. Resulta, assim, que na mesma família o segurado è assistido por um médico e a mulher e filhos por um médico diferente.

Todo este modo desarticulado de prestar assistência è contra os princípios da medicina; nem está certo que a liberdade de escolha se limite aos postos, que o doente seja tratado por um médico quando anda a pé e por outro quando fica na cama, nem que os componentes duma família se não abracem em visão médica de conjunto. E não podemos deixar de propor que acabe este sistema de distribuir os beneficiários e a repartição se faça com base na família: — cada médico terá a seu cargo a assistência, no posto e no domicílio, dum certo número de famílias (em Espanha são 500 com um total aproximado de 1.500 beneficiários). Já mostramos as vantagens que nos levam a defender a instituição dos médicos de família. Porque não há-de ela fundamentar a assistência da nossa Previdência se a alicerça em Espanha, tantas vezes chamada a terreiro como exemplo mais próximo, se, até, a própria legislação britânica a prevê e admite?

Com a distribuição por cada médico de um certo número de famílias melhorava-se também a qualidade dos serviços médicos. Pelo esquema actual o médico è obrigado a atender nos postos quantos doentes se inscrevam para a sua consulta; podem ser dois mas também podem ser vinte. Se o facto não deve repetir-se constantemente sem levar ao desdobramento da consulta, apresenta-se uma e outra vez. E o resultado inevitável è as consultas diminuir em tempo e em valor. Desdobra a Federação os seus mapas estatísticos

12) e sublinha como de grande preço, em aferição com outros países, as médias de 10-20 minutos para as consultas de medicina geral. Quem exerce medicina, mas também quem dela precisa, avalia bem o que pode fazer-se neste período de tempo, dentro do qual há ainda que preencher os burocráticos papéis.

Lembram-nos, aqui, os comentários de *The Journal of American Medical Association* às palavras com que o Presidente Truman anunciou para os Estados Unidos um sistema de seguro social que traria a todos uma «adequada e boa assistência médica». Diz claramente o órgão da Associação Médica Americana: «é de toda a evidência que o tipo de assistência médica prestado em outros países sob o mesmo sistema que é proposto para os Estados Unidos não tem semelhança com a qualidade do serviço médico que agora prevalece nos Estados Unidos. Quando a diagnose é feita na base de uma ou duas perguntas e quando a terapêutica é dirigida nas mesmas bases, quando os médicos tentam ver de 40 a 100 doentes por dia de maneira a dar a qualidade de assistência que podem dar em tais circunstâncias — e este é o caso de muitos países que têm estes sistemas — a assistência médica não pode ser caracterizada como «adequada», «boa» ou «própria». Aparentemente o que os proponentes precisam é de um termo adequado, bom ou próprio para caracterizar a espécie de medicina que assim referem. A profissão médica entende que é inadequada, má, ou imprópria». (Vol. 139, n.º 3, 15 de Janeiro, 1949).

Segredo profissional — Nos impressos que se destinam aos serviços administrativos o médico não deve ser obrigado a escrever o diagnóstico da doença. Só o deve revelar nas informações particulares que se dirijam aos serviços de estatística médica. Por eles o seguro pode muito bem conhecer, com os pormenores necessários, o movimento nosológico.

Medidas terapêuticas — Pouca amplitude terapêutica têm os médicos dentro da Federação. Tal como os serviços presentemente funcionam as coisas apresentam-se assim: — se o médico da Federação é chamado para ver um segurado que precisa de intervenção urgente, só pode declarar que a Federação não toma conta do seu caso e o procure resolver pelo concurso de outra assistência; se o médico da Federação a certa altura da doença dum beneficiário reconhece a necessidade de acto cirúrgico, só pode anunciar que a

Federação pára aqui a sua competência, e não interna nem opera; se o médico da Federação trata um segurado que no decurso de uma tuberculose pulmonar — e tantos são os casos! — carece de pneumotorax ou de tratamento sanatorial, o médico só pode aconselhar que bata à porta da Assistência Nacional aos Tuberculosos e dizer que a Federação nem pratica o pneumotorax nem paga o tratamento sanatorial; se o médico da Federação encontra um segurado canceroso, seja até com um carcinoma da pele, para o qual estão indicadas as radiações, nada mais pode fazer que declinar a falta de recursos da Federação.

Decididamente que isto não é assistência médica nem fora nem dentro do seguro. E o que fica, afinal, para ajuizar em prestação terapêutica? O que abona a Federação aos segurados? As sulfamidas e os injectáveis. Nada mais. É pouco, manifestamente insuficiente. Para medicamentos, no seu orçamento de 1948, a Federação destinou de entrada apenas a verba de 5.000 contos. O problema, já o reconheceu o antigo Subsecretário das Corporações «assume extraordinária gravidade, porque uma assistência médica sem o complemento da farmacêutica é bastante precária». Que lucro, em realidade, se tira do diagnóstico clínico, das análises e das radiografias que vale gastar tanto dinheiro, se o doente fica sem meios de tratamento?

Pode dizer-se que uma larga assistência farmacêutica abre aspectos morais com os beneficiários e aspectos económicos com os fornecedores. Mas a Espanha procurou já solucionar os morais, e estas ou outras dificuldades não impediram que lá haja uma ampla assistência farmacêutica, como há em França, em Inglaterra, e que para ela se caminhe na América do Norte. Se estes países a cumprem porque o seguro da doença dispõe de percentagens maiores na cotização geral do seguro, o problema deve situar-se no domínio da técnica e não das contribuições, cujo volume atinge já entre nós, não inferiormente ao da Espanha, 22 % sobre os vencimentos.

Não podemos deixar de pedir um alargamento das medidas assistenciais que permita aos médicos suficiente liberdade terapêutica.

Vencimentos dos médicos — Os médicos não pesam grandemente nos encargos da Federação apesar de serem a real essência dos seus serviços. Pelo orçamento de 1948, num total de Esc. 44.000\$00, as despesas do pessoal médico previam-se em 4.800 contos, enquanto que os gastos com o pessoal administrativo, menor e assalariado se

144.000.000\$

cotavam ao redor de 9.270 contos, isto é, um quinto do orçamento (1). As verbas foram ultrapassadas para vários quadros, mas dão ideia da posição dos médicos nas contas da Federação.

Vencem os clínicos gerais e os das especialidades uma quantia fixa, sempre a mesma para cada categoria. Merece-nos sérios reparos este modo de remuneração; nem o consideramos justo nem moralizador. Não deve, em sã justiça, ganhar tanto o médico que vê seis como o que observa vinte doentes ao dia, o que passa meia hora no posto como o que lá fica três horas, o que vai a casa de dois doentes como o que visita dez. E é de boa moral premiar os que melhor cumprem, abrir estímulos à excelência e à virtude da profissão. Na grande luta travada em Inglaterra entre o Conselho da *British Medical Association* e Bevan, Ministro da Saúde, foi o vencimento fixo uma das mais enérgicas condenações médicas. E Bevan acabou por aceitar as razões dos profissionais britânicos e dividiu a sua remuneração numa quantia *per capita* e noutra variável segundo o tempo passado no posto ou segundo a região em que o médico era colocado. Em França, os médicos cobram em proporção do número de serviços que prestam, e em Espanha está fixada uma retribuição por cada família que lhes é entregue.

Propomos que, igualmente, se proceda entre nós. As mais sólidas razões nos acompanham ao reprovar o vencimento fixo, chegue a organização à virtude que já apontamos dos médicos de família ou persista na individualização actual. Para já o problema podia solucionar-se mantendo o vencimento existente que deveria ficar como básico e ordenando sobre ele um suplemento em proporção do número de doentes assistidos, desde um mínimo até um máximo a considerar. E porque não há-de, em boas contas, a Federação aceitar este sistema nos clínicos gerais e nos especialistas, se ela própria, para os cirurgiões, regulou o vencimento com uma quantidade fixa e outra proporcional ao número de actos operatórios?

(1) Orçamento para o ano de 1948 — Capítulo I — Despesas de Administração: Remunerações certas ao Pessoal, 2.827 contos; Remunerações ao Pessoal Menor e Assalariado, 187 contos; Remunerações acidentais, 163 contos; Outras despesas com o Pessoal, 993 contos. Soma, 4.110 contos. — Capítulo II — Despesas de Acção Médico-Social: Remunerações ao Pessoal Administrativo, 960 contos; Remunerações ao Pessoal Menor e Assalariado, 264 contos; Remunerações Acidentais, 572 contos; Outras despesas com o Pessoal, 2.766 contos. Soma, 4.562 contos. — Total das duas somas, 9.272 contos.

Entre as considerações sobre os vencimentos dos médicos exige também referência o que se passa com as visitas dos segurados. Em qualquer ponto do país os médicos da Federação são obrigados a atender todas as chamadas domiciliárias, habite o beneficiário na sede do posto ou longe dele; para a deslocação o médico não pode servir-se de automóvel próprio, tem de alugar meio de transporte, mas os primeiros cinco quilómetros correm por sua conta, a Federação só paga o que no percurso for acima desta distância. Por disposição tão curiosa o médico recebe tanto menos quanto mais doentes assiste no domicílio, e pode até chegar ao fim do dia de trabalho sem outro proveito do que ganhar para os cinco primeiros quilómetros das distâncias que foi obrigado a transpor ⁽¹⁾.

Não é preciso comentar a disposição, basta expô-la. E é inegável que a Federação tem o dever de proporcionar meio rápido de transporte para todos os serviços que o médico haja de realizar fora dos postos.

Representação da Ordem na Federação — Os problemas que acabamos de passar em revista, e outros que nascem todos os dias, mostram a necessidade de um entendimento constante entre a Ordem e a Federação. Os nossos Estatutos (Decreto-Lei N.º 29.171) dizem no n.º 8 do Art. 4.º que à Ordem compete «promover o estudo e execução das medidas de fiscalização aos serviços das instituições de previdência e entidades seguradoras ou outras que prestem normalmente assistência na doença». Mesmo sem invocar as prerrogativas da Lei, em espírito de sincera colaboração, temos várias vezes pedido ao Sr. Subsecretário das Corporações a nomeação dum representante da Ordem junto da Federação ou do seu Conselho Médico. O pedido foi sempre aceite, em princípio, mas até hoje, infelizmente, não foi deferido.

(1) A Ordem de Serviço da Federação, Série B-n.º 232, 22 de Outubro de 1948, diz: «A utilização de automóvel próprio em serviço da Federação depende sempre de despacho prévio de autorização, sendo da exclusiva responsabilidade de quem o executar, se não for cumprida essa determinação. — Em regra a utilização do automóvel próprio deve limitar-se a pessoal de Inspecção, e só em casos muito excepcionais pode ser autorizada essa prática a outro pessoal». Quer dizer, o pessoal de Inspecção pode utilizar o automóvel próprio — como o utiliza a Presidência nos seus deslocamentos —, só o médico o não pode fazer livremente no serviço urgente dos doentes. É obrigado a alugar automóvel e a pagar do seu bolso os primeiros cinco quilómetros dos percursos!

Pelo que deixamos exposto chegamos, como se viu, a um certo número de pontos de vista que exprimem outras tantas reivindicações mínimas. Podemos assim concretizá-los:

- 1.º — *Limitação do seguro da doença aos economicamente débeis. Defendemos o salário limite na definição dos economicamente débeis.*
- 2.º — *Admissão dos médicos por concurso, ampliada para além dos 50 anos, e sem mais razões de preferência que as profissionais ou morais. Apreciação por júri do valor absoluto e relativo. Publicidade da escala de classificação, com direito a recurso superior.*
- 3.º — *Assistência regulada de forma a que o médico possa tratar tanto no posto como no domicílio qualquer beneficiário que o escolha livremente, e tanto a ele como aos restantes membros da família. Para isso, distribuição dos beneficiários pelos médicos em agrupamentos familiares.*
- 4.º — *Defesa do segredo profissional. O diagnóstico deve ser apenas confiado aos serviços médicos da instituição.*
- 5.º — *Alargamento das medidas assistenciais e, consequentemente, da liberdade terapêutica do médico.*
- 6.º — *Vencimento dos médicos per capita ou constituído por uma quantidade de base acrescida dum valor proporcional ao número de beneficiários ou de famílias assistidos.*
- 7.º — *Nomeação dum representante da Ordem dos Médicos junto da Federação ou do seu Conselho Médico.*

Alguns destes pontos de vista foram já repetidas vezes defendidos em contactos oficiais. De novo aqui os formulamos na claridade e na sinceridade das suas razões.

Insuficiência do seguro-doença das Caixas de Previdência

Antes de passar além da doença que funciona por meio das Caixas de Previdência, alguns comentários e sugestões queremos fazer

sobre a duração da assistência. Pela orgânica do seguro esta só pode prestar-se durante nove meses e retomar-se passado um ano de novas contribuições; quer dizer o seguro não abrange a doença de período superior a nove meses, e quando assim acontece cessam as prestações e o segurado fica, por este lado, sem assistência. A situação agrava-se à maneira que a doença se prolonga; em contados casos, via de regra só ao fim de dez anos de contribuição, pode o segurado receber uma pensão de invalidez; assistência sanitária é que o seguro lhe não dá em outros moldes.

Salta rápida esta insuficiência do sistema, e para se atenuar deve, em nossa opinião, introduzir-se no seguro a modalidade da doença de longo curso. O mesmo se passou em França: a assistência médica da Caixa acabava ao fim de seis meses; o segurado podia passar ao benefício da invalidez logo depois de um ano de inscrição, se a incapacidade de trabalho fosse, pelo menos, de dois terços; mas grande número de segurados atingidos de doença prolongada ficava ainda, neste regime, sem qualquer ajuda, e, a bem dizer nada se fazia em proveito das grandes doenças sociais; criou-se, então, o seguro da doença longa com o fim de prestar aos beneficiários durante três anos os cuidados necessários para restabelecimento da saúde, dando um subsídio para sustento da família, pagando todas as despesas médicas, farmacêuticas ou de internamento e proporcionando reeducação ou readaptação antes de voltar à actividade normal. Distinguiu-se, no entanto, que este seguro não inclui todas as categorias de doenças de longa duração; entende-se somente para aquelas que, por um tratamento conveniente, se prevêem capazes de cura ou de melhora que fiquem aquém da invalidez legal; as outras, que não comportam tratamento eficaz, que não permitem esperar qualquer recuperação, são para o cargo e para a conta do seguro-invalidez.

Foi dito que entre nós «a doença de longa duração, principalmente se tem em vista a tuberculose, representa um risco particularmente pesado, que não pode ser coberto sem acréscimo notável das contribuições» (Discurso do Sr. Subsecretário das Corporações em Alhandra). É para replicar que em França a instalação do risco-doença longa não agravou o montante das contribuições e impôs como única condição um ano de matrícula do segurado. Confessam os técnicos que não é ele a grande preocupação financeira das Caixas, mas o seguro dos pequenos riscos; são as baixas de dez ou de quinze dias por catarro, por bronquite, por amigdalite, por acidente digestivo, por indisposição geral..., tantas doenças trivialmente ocorridas

ou mais facilmente ainda simuladas, que pesam gravemente nos orçamentos.

Certo que em França dando assistência por três anos aos doentes recuperáveis o seguro defende o sector da invalidez onde estes doentes, logo ao fim de um ano, entrariam em condições mais onerosas porque menos passageiras. O Problema põe-se com clara evidência para a tuberculose, que só a sua conta marca 40 % das pensões concedidas pelo seguro-invalidez; quanto mais tuberculosos forem susceptíveis de curar ou de melhorar até uma fórmula de trabalho, menos encargos definitivos de invalidez. E as coisas, realmente, não funcionam assim entre nós: por um lado, o seguro da doença deixa o beneficiário ao cabo de nove meses, e até o desprende mais cedo se é um tuberculoso que necessite de tratamento cirúrgico ou sanatorial; por outro lado, o seguro da invalidez só dá fruto depois de dez anos de inscrição; e entre os dois tempos o seguro lava as mãos, não tem encargos que o forcem ao estudo de mais úteis esquemas. Por isso, não lhe importa, de maneira directa, o seguro da doença de longa duração. Deixa-o para a responsabilidade de outras assistências. E é assim que já se fala dum seguro especial para a tuberculose.

Seja-nos, no entanto, permitido dizer que não consideramos esta a melhor solução. Já temos dois seguros separados, entregues cada um ao seu Ministério, o de desemprego nas Obras Públicas, o das Caixas no Subsecretariado das Corporações, obrigando a serviços, gerências e tesourarias distintas. Não parece de boa defesa que um terceiro seguro, instalado noutra Ministério, venha complicar ainda mais a gestão administrativa e os trabalhos dos contribuintes. Por muitas partes se caminha para a unidade administrativa do seguro: em França há uma cotização única paga a uma Caixa única, e aqui ao lado, em Espanha, onde até ao fim do ano existia uma Caixa Nacional para cada seguro e o aborrecido encargo de contribuições distintas para cada seguro, acaba de se decretar a fusão administrativa dos seguros e o estabelecimento de uma cota única paga a uma só entidade.

Em vez de nova organização, novos quadros de burocratas e de técnicos, maiores dificuldades para os contribuintes, não é preferível rever o domínio dos seguros sociais já existentes? Leva-nos mais longe o problema? Abre as relações da Previdência e da Assistência, e a necessidade da sua direcção comum? Lá chegaremos também nesta nossa exposição.

Juízo de outras Instituições de Previdência

E passemos ao juízo de outras Instituições de Previdência.

Casas dos Pescadores — Muito do que deixamos dito para a Federação se aplica aqui, embora as circunstâncias melhorem quanto ao volume dos benefícios. Há que pedir algumas correcções:

- 1.º — A assistência médica é prestada a pessoas de alto nível económico como os mestres e contra-mestres dos barcos de pesca que chegam a auferir mais de uma centena de contos ao ano.
- 2.º — Os médicos são admitidos sem concurso e vencem a mesma remuneração qualquer que seja o número de doentes observados.

É preciso, de igual modo, limitar a assistência aos economicamente débeis, admitir os médicos por concurso, dar-lhes boas garantias de exercício profissional, e estabelecer para eles uma remuneração *per capita* ou um vencimento de base e outro proporcional ao número de doentes examinados.

Casas do Povo — A assistência é aqui muito deficiente. Já sobre ela escreveu o Sr. Subsecretário das Corporações: «o seguro na doença para os trabalhadores rurais não assenta em bases técnicas suficientemente sólidas para darem a garantia de eficiência. A prestação em espécies (assistência médica) está longe de satisfazer, aparte casos isolados que constituem excepção».

A Ordem, desde 1943, vem-se ocupando das Casas do Povo, tentando a promulgação de um diploma que, especialmente, garanta: provimento de lugares por meio de concurso, limitação dos benefícios aos que não possam dispender os honorários da clínica livre, remuneração mínima e estabilidade no cargo. Nada se tem obtido pela complexidade do problema; as Casas estão longe ainda de abrigar toda a população rural; quase todas são pobres, só no Alentejo algumas

têm vida desafogada; os salários do campo são muito reduzidos e das pequenas cotas não se pode alimentar uma assistência capaz.

O problema é aqui de inegável importância porque se trata, afinal, da assistência médica à nossa população rural, que anda por cerca de um milhão. E aflige o estado em que ela se encontra, especialmente em comparação com o que está feito para os trabalhadores do comércio e da indústria e quando se repete, com boa verdade, que é necessário proteger a agricultura, alto e fecundo reservatório das virtudes da grei.

Estudando, sem lamentações inúteis, o problema revela-se de grandes dificuldades. Sabemos que estão feitos cálculos para a instalação de um seguro-doença de bases modestas aos trabalhadores do campo. Exige este seguro uma soma equivalente à actual contribuição agrícola. Decididamente a lavoura não comporta esta duplicação de encargos. E qual o caminho, então? Intervém o Estado com subsídios dependentes de tributação geral? Ou prefere o Estado continuar à margem das participações, e dá-se ao nosso seguro social uma feição mais unitária, vai-se para uma Caixa única onde a solidariedade de todos os contribuintes alimente e mantenha uma assistência igual para os mais como para os menos favorecidos de salários?

Claramente que este dilema se projecta na maneira de realizar a assistência. Em vez de conservar serviços sanitários privativos de cada sector, um para os trabalhadores do comércio e da indústria, outro para os marítimos, outro para a lavoura, ainda que superiormente unificados, podia ir-se para uma organização única que enquadrasse toda a assistência sanitária dos economicamente débeis. E queremos marcar aqui, bem expressa, para que não fiquem dúvidas, a nossa posição: há que fazer a assistência médica dos economicamente débeis, e nós aceitámo-la como obra de justiça; há que montar uma organização para realizar a assistência, e nós compreendemo-la como necessidade; mas o que fundamentalmente nos interessa é que a organização, de grande ou de pequeno tipo, socialize o menos possível a medicina, respeite os seus valores essenciais, não funcionalize os médicos, não os inferiorize com planeamentos, deixe liberdade profissional para a emulação e para o estímulo de cultura.

Caixas e Federações

Podemos, é certo, discutir a estrutura da organização. Temos o legítimo direito de confessar que não nos convencem os termos do que está feito para as Caixas de Previdência: multiplicidade de Caixas do mesmo tipo e do mesmo conteúdo regulamentar; impossibilidade para a acção isolada das Caixas de realizar com eficiência os benefícios do seguro; criação de Federações que concentrem as actividades dispersas pelas Caixas. Assim: porque um dia se verificou que as Caixas não davam rendimento satisfatório à assistência sanitária, levantou-se a Federação dos Serviços Médico-Sociais; porque outro dia se concluiu que as Caixas não eram capazes de separadamente empreender as largas iniciativas que defendam as suas reservas matemáticas, ergueu-se a Federação das Casas Económicas; porque outro dia se revelou a insuficiência das Caixas para difundir os conhecimentos e as vantagens do sistema, levantou-se a própria Federação de Divulgação, Informação e Cooperação Internacional; porque outro dia... E para que servem, então, as Caixas se é preciso constantemente corrigi-las com as Federações? Porque não optar por uma Caixa única onde os serviços logo de entrada se concentrem? Por sobre melhor rendimento não se obtém, ainda, maior economia? Quanto custa a centena de Caixas já existentes com os seus edifícios ou andares próprios, com os seus empregados que devem andar por alguns milhares, e quanto se gasta, depois, nas Federações com a sua instalação e os seus larguíssimos quadros burocráticos?

Escreveu-se que «este conceito de Federação é original da orgânica portuguesa de Previdência» (Boletim da DICI, Dezembro de 1948), e é verdade, porque nenhuma outra legislação mantém ao mesmo tempo os primeiros organismos por onde um serviço se quebrou em dispersão reputada ineficaz e um segundo organismo para onde depois o mesmo serviço transitou em concentração proclamada como necessária. Foi superiormente dito que «se procurou a conciliação entre os princípios opostos de dispersão e de centralização» (Discurso do Sr. Subsecretário em Alhandra), e nós ainda entendíamos a virtude do sistema se a dispersão quisesse realmente dizer variedade, se houvesse disparidade no tipo das Caixas, se a diferença fosse em qualidade e não em quantidade, se não se tratasse apenas de repetir

o mesmo esquema de contribuições e de benefícios. A multiplicidade não traz aqui decidida flexibilidade, como acontece, por exemplo, em Espanha onde o seguro da doença tanto pode ser aceite pela Caixa Nacional como pelas diversas Mutualidades que oferecem regalias à escolha. Curioso até que se algumas variantes na amplitude assistencial começaram por manifestar-se quando as Caixas actuavam em separado, apagaram-se com a chegada da Federação que veio, como declara o próprio Boletim oficial para «acabar com a multiplicidade e dispersão de tipos da assistência praticada pelas Caixas, consequência inevitável da diversidade de critérios» (Boletim da DICI, Dezembro de 1948).

Verdade que «concentração não significa centralização rígida, antes é compatível com a descentralização» (Discurso de Alhandra). Assim se verifica em França, onde uma Caixa Única concentrando todos os seguros não impede a larga descentralização na aplicação dos serviços. É justamente discordamos da nossa organização porque além de muito cara — não conhecemos outra que assim duplique as instalações e os quadros do pessoal —, começa por se dispensar sem variar e acaba por se concentrar sem descentralizar, é primeiro múltiple e depois uma sem ser flexível em qualquer dos tempos, é, afinal, tão uniforme na entrada como rígida na saída.

Mas não nos compete pedir a sua modificação. Sobe a cumes mais altos julgar se deve ou não manter-se a actual fragmentação burocrática e administrativa. Nem tão pouco nos diz respeito decidir se na balança económica é mais conveniente que exista uma ou que se criem várias estruturas para a assistência aos economicamente débeis, se, por exemplo, numa povoação onde há trabalhadores do mar, da terra ou da indústria deve ir cada grupo a um posto privativo, com edifício, médicos, pessoal e material distintos, ou todos se utilizam dum centro assistencial comum, largamente equipado e apetrechado. A nós só nos incumbe pedir a eficiência dos serviços e que, entregues a uma ou a várias organizações, de grande ou de pequena montagem, por todas se respeitem os valores da medicina e dos médicos.

Segunda fase de realizações da Previdência - Internamento dos doentes

Prometeu a nossa Previdência, para uma segunda fase de realizações, o internamento dos doentes.

Merece ser sublinhada esta promessa. Ao ler-se atentamente o Discurso de Alhandra pode parecer que a hospitalização dos beneficiários não foi superiormente posta como um encargo da Previdência, mas resulta apenas dum compromisso inerente à expressão «assistência médica». Diz-se assim: «é de notar que o regulamento das Caixas se refere simplesmente à *assistência médica* ao enumerar os benefícios do seguro na doença. Numa acepção larga é óbvio que a expressão inclui, além da assistência em regime ambulatorio e no domicílio também a assistência hospitalar».

Ora a verdade é que o anterior Subsecretário das Corporações, apontando os serviços médicos da Federação, escreveu: «Numa segunda fase de realizações projectadas, haverá que encarar o problema do internamento dos doentes. Esta organização de serviços médicos não tem carácter excepcional, apesar da amplitude que se lhe assina, a não ser na medida em que corresponde a um plano de conjunto, bem definido. As iniciativas mutualistas já conduziram, entre nós, à organização de autênticas policlinicas e mesmo de hospitais privativos. Não pode, portanto, questionar-se a legitimidade da extensão que se atribui no plano da previdência social à estrutura dos serviços médicos» (*A Segurança dos Trabalhadores através do Seguro Social*, pág. 59). É de aqui tira-se, sem sombra de dúvida, o projecto de internar os doentes, e até a rasgada confissão de que o internamento faz parte «dum plano de conjunto, bem definido».

Mas alguma coisa ainda mais importante se extrai. Dado que o internamento de doentes se pode fazer de duas maneiras, ou aproveitando os estabelecimentos sanitários que já prestam assistência ou construindo organismos privativos, a nossa Previdência marcou com estas palavras, e nitidamente, a sua opção pela segunda maneira. Bem expressa ficou a organização de serviços de hospitalização e a sua amplitude, como bem claramente se invocou o exemplo das policlinicas e dos hospitais privativos já construídos pelas iniciativas mutualistas. Não há, também, margem para dúvidas. E se ainda as houvesse ficariam dissipadas pelos próprios factos, pois que a Federação chegou a melhorar as instalações duma Casa de Saúde de

Lisboa para lá operar os segurados, e converteu em maternidade um dos andares do prédio que possui e habita, embora acabasse por abandonar o intento depois de obras custosas e do voto desaprovativo da Inspecção Sanitária.

Dispõe a Previdência de amplos recursos para enfrentar esta realização. Parte da receita dos seguros sociais, aquela que corresponde às reservas matemáticas para os seguros a longo prazo e que anda por cerca de 33 % do total, pode ser invertida em construções de vários tipos, e entre elas as hospitalares. Entende-se que na posse de tais recursos — centos de milhões de escudos que todos os anos aumentam —, a Previdência queira expandir-se e tenha ideado um «plano de conjunto» para a extensão dos seus serviços médicos.

Não se nos afigura, porém, que seja este o caminho acertado. Vai-se por ele, em escala progressiva, até uma organização hospitalar largamente difundida pelo país e que teria, na hora da projecção completa da Previdência, o encargo de velar por cerca de 60 % da população portuguesa. Ora o Estado projectou e começou já a construir uma rede hospitalar em todo o continente, com hospitais centrais, regionais e sub-regionais, de capacidade estudada em relação ao número global dos habitantes de cada zona. Chega-se, assim, à repetição de duas estruturas sanitárias, e não se atina para quem serviria a dispendiosíssima realização do Estado, se dos 40 % que sobram do seguro há ainda que descontar a percentagem dos que não precisam de recorrer à Assistência Pública.

Creemos, por bons motivos, que o país não tem capacidade económica para erguer dois alinhamentos hospitalares, mas o que podemos com justo conhecimento garantir é que não há técnicos para os alimentar, — nem cirurgiões, nem especialistas, nem analistas, nem radiologistas, nem, sequer, pessoal de enfermagem. A Previdência só tem um caminho: aproveitar o que está feito, sem gastar grandes somas em transformações, e esperar pela rede hospitalar do Estado, internando no que já há e no que vier os beneficiários do seguro.

Coordenação da Previdência e da Assistência—O Ministério da Saúde

Salta daqui, bem nítida, a necessidade de a Previdência caminhar colada à Assistência e dirigidas as duas por mão comum. Não se descortina outra maneira de evitar as duplicações. Foi exactamente por se ter mantido o desencontro que em algumas se caiu já. Quem quiser ver, facilmente encontra a Previdência a repetir os mesmos serviços que existem na Assistência.

Criam-se, por exemplo, consultas de ginecologia, de obstetria, de pediatria, ou apetrecham-se gabinetes de análises clínicas onde há maternidades, dispensários infantis e laboratórios oficiais. A nós, profissionalmente, estranha a duplicação porque conhecemos a escassez dos nossos recursos técnicos, mas anda tão às escâncaras que choca os próprios olhos dos que nos visitam. Não há muito que um perito das Fundações Rockefeller, depois de percorrer em Lisboa os serviços da Previdência e da Assistência, confessou que o tinha salientemente impressionado a duplicação das coisas num país pequeno como o nosso.

Previdência e Assistência são, na realidade, dois sectores da vida do Estado com íntimas conexões. Ninguém o contesta já. O próprio Dr. Castro Fernandes quando era ainda Subsecretário das Corporações e da Previdência escreveu que a Assistência e a Previdência são «duas actividades paralelas e afins» (*Loço cit.*, pág. 60). Salta aos olhos que não funcionam em planos isolados, em compartimentos estanques. Ligam-se, inter-relacionam-se. Mais, encontram-se nos meios de realização. Está certo, por isso, que a vida separada, independente, autónoma leve, em pendor lógico, à repetição, à hipertrofia de competências, à emulação e à desarticulação que tão facilmente se encontram.

E quando se pensa em outras funções que às duas competem, menos se compreende a independência de governos. Como se vai cumprir, neste dualismo de jurisdições, a medicina preventiva que tanto interessa à Previdência como à Assistência? Repetem, outra vez as duas, cada uma por seu lado, as vacinações protectoras, os serviços sociais, a defesa dos crónicos como profilaxia da invalidez? Ou pauta uma as regras e a outra aceita? Como se realiza e se fiscaliza? Onde ficam os limites e as competências?

É erro, e erro que todos os dias vai abrindo novas complicações,

manter descoladas a Previdência e a Assistência. O bom rendimento das duas exige que se enlacem e coordenem num plano e numa direcção de conjunto. E a mão única onde as duas se integrem e unifiquem só a pode trazer o Ministério da Saúde, cuja criação os acontecimentos tornam dia a dia mais premente e mais obrigada.

Pensamos sinceramente que não basta segregar da Previdência os serviços sanitários para os subordinar a uma acção comum com os mesmos serviços da Assistência. A praticabilidade da operação está assegurada com o exemplo da própria Federação dos Serviços Médico-Sociais, que extraiu para um organismo independente a função médico-social da Previdência. O encontro deve, quanto a nós, abranger a totalidade da Previdência e da Assistência. Deixamos já bem expresso como o conceito actual de Segurança Social ultrapassa a Previdência, junta em bloco solidário os seguros sociais com os serviços de saúde e de assistência pública.

«A Segurança Social une numa mesma caixa as obras de previdência e as de assistência. Havendo um fundo comum e uma autoridade comum, evitam-se os velhos artificios do Seguro Social que se esforçam em limitar até onde chega o seguro e onde começa a assistência», assim se escreveu pelo Ministério da Saúde da Argentina no *Plan Analítico de Salud Publica*, a que já aludimos, acentuando-se que o esforço sanitário no país «será para coordenar as obras de previdência com as de assistência». E da nossa Câmara Corporativa saiu já, nos Pareceres sobre as Contas Gerais do Estado, a prova franca de identidade de objectivos entre Previdência e Assistência, a vantagem clara de unificar sob a mesma direcção, e portanto sob a mesma responsabilidade, todos os que trabalham por caminhos idênticos, e a obrigação lógica de criar um Ministério da Saúde ou da Saúde e Previdência.

Estamos certos de que chegam às mesmas conclusões quantos queiram estudar o problema com olhos serenos, desejosos de verdade. Encontram-se tantas relações, tantas intersecções entre Previdência e Assistência que brota constantemente a instância deste poder central do Ministério da Saúde. O poder que associe as realizações de uma e de outra para evitar duplicações e gastos inúteis; o poder que maneje todos os organismos assistenciais para repartir com justiça as escalas dos beneficiários; o poder que marque e faça cumprir as leis gerais de higiene; o poder que estabeleça para todos os sectores as medidas de tratamento e de protecção dos doentes contagiosos; o poder que fixe e garanta a defesa sanitária do trabalho ou que vele e cuide as

doenças profissionais; o poder que junte os elementos da ciência e da técnica para estudar e promover a profilaxia e a readaptação dos doentes crônicos; o poder que regule e articule o esquema geral da luta contra os grandes flagelos da tuberculose, da sífilis, do cancro, e até o problema dos doentes mentais...

Outras razões do Ministério da Saúde

Mas é agora lugar de dizer que as razões para criar o Ministério da Saúde não ficam na obrigação importantíssima de acertar os passos da Previdência e da Assistência. Outras existem de relevo não inferior, e a nossa Ordem já as focou quando, através dos Conselhos Gerais anteriores, mostrou as vantagens do Ministério da Saúde.

Todos temos, primeiro, de aceitar que a saúde depende hoje maximamente de circunstâncias e de medidas que transcendem o âmbito individual e entram na esfera ou no alcance do poder. É fácil é observar que em todos os países civilizados a saúde pública se tornou, nos últimos tempos, saliente preocupação dos governantes. Irromperam, assim, progressivamente, os Ministérios da Saúde, e a Europa já os conta na Alemanha, França, Inglaterra, Suíça, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Checoslováquia, Jugoslávia, Hungria e Polónia.

Depois, a saúde de um povo é um todo coordenado e indissociável, como é a sua instrução, como é a sua economia, como é a sua defesa militar, como são as suas finanças. E entre nós a saúde pública sofre do grande pecado da incoordenação. As funções andam dispersas, desarticuladas, e até muitas vezes interferidas e repetidas. Há largos organismos sanitários que quase se sobrepõem na competência, outros que deviam completar-se e até se desconhecem. Há estruturas clínicas ou laboratoriais que se duplicam ou triplicam no mesmo meio. Há serviços de saúde repartidos pelos mais diversos Ministérios —, da Instrução, dos Estrangeiros, das Obras Públicas, da Justiça, do Exército, da Marinha, das Colónias — com foros independentes, com quadros privativos e pior, com acções desencontradas. E o mal alastra, reincide-se no pecado, porque ainda há semanas, na reforma do Instituto Nacional do Trabalho, se criou mais uma Secção de Higiene.

Se tudo isto não reclamasse para a sua eficácia uma concentração onde se simplifique e unifique, impunha-se a concentração pelo número real dos nossos valores especializados. Nós não temos técnicos capazes para tantos departamentos. Olhemos as coisas com seriedade. E pouco dá inovar, recorrer às improvisações de momento, porque ciência e experiência são frutos de anos e de canseiras. Em lugar de inevitáveis medianias, fragmentando e malbaratando o pouco que temos de bom, juntemo-lo em obra alta de esforços e de rumos comuns.

Mais ainda, tudo isto custa muito dinheiro e rende pouco. Gasta-se por ano na saúde e na assistência cerca de 10 % das receitas ordinárias do Estado. Os resultados não estão, *possivelmente*, à altura das verbas consumidas. Nem podem estar enquanto se não reunir o que anda disperso, simplificar o que está repetido, articular o que necessita de ligação. Só então se gastará menos e se colherá mais.

Já disseram os técnicos da nossa Câmara Corporativa, já insistiram os Relatores dos Pareceres das Contas Públicas que não há maneira de reformar séria e eficazmente tudo o que diz respeito à saúde e à assistência sem um Ministério da Saúde; porque uma reforma séria implica, como objectivo primeiro, a concentração de tudo o que está espalhado pelos vários serviços do Estado. Se há margem para questionar a independência de serviços militares, não há razão bastante para continuarem organizações de saúde repartidas pela Instrução, pelos Estrangeiros, pela Justiça, pelas Obras Públicas e até pelas Colónias.

Quer dizer, o Ministério da Saúde não é uma engrenagem a mais na já complicada vida do Estado. Não é mais uma separação ou individualização de competências como seria um Ministério da Agricultura, da Indústria ou do Comércio. É uma aglutinação de serviços, em rigorosa verdade uma unificação e simplificação de engrenagens. Não se trata simplesmente de elevar em categoria o actual Subsecretariado da Assistência, mantendo intacto o seu raio de acção; se assim se fizesse, o Ministério da Saúde falharia ao nascer.

Juntamos a nossa a estas vozes colocadas em importantes sectores oficiais. De novo, e em nome da Ordem dos Médicos, pedimos a criação do Ministério da Saúde. Consideramo-lo como necessidade e como urgência; longos meses estudamos e meditamos os nossos problemas de saúde e de assistência pública e convencemo-nos de que nada resultará verdadeiramente útil e eficaz sem primeiro colocar as fun-

positivamente

ções e os poderes no seu justo e obrigado lugar. Vemos, com tristeza, que se continue a legislar antes de arrumar; porque sabemos, porque aprendemos, e as leis também o dizem nas suas hesitações e nas suas dificuldades, que as melhores ideias e as mais esperançosas reformas se diminuem, se incapacitam, no desarticulado, no incoordenado, no anárquico dos nossos serviços sanitários.

Pode ser que para abrir caminho o Ministério da Saúde tenha de impor sacrifícios, prejudicar interesses e situações criados; — nós continuamos sempre a pedir que se chegue ao fim, de olhos postos mais acima, mais para o alto, no bem supremo da Nação.

O que esperamos

Aqui ficam as reflexões que *Sobre a Organização Social da Medicina* resolvemos transmitir à classe. Delas faremos também menção aos Ex.^{mos} Senhores Presidente do Conselho, Ministros, Subsecretários das Corporações e Previdência e da Assistência, Presidentes da Assembleia Nacional, Membros das nossas duas Câmaras, designadamente aos Deputados que são médicos.

Contém aspectos que interessam à medicina e aos profissionais da medicina, mas também trazem comentários e soluções que aproveitam ao país. Pusemos nelas a nossa melhor sinceridade e o nosso mais entranhado desejo de colaborar em obra tão vasta, tão difícil e ao mesmo tempo tão bela. Temos, por isso, o justificado direito de esperar que nos ouçam e nos atendam.

Lisboa, 26 de Fevereiro de 1949.

O CONSELHO GERAL.



CONSELHO GERAL
MILLO DE CARVALHO

ÍNDICE

	PÁG.
Atitude do Conselho	3
Característica social da nossa hora — A saúde como benefício geral — Medicina social	3
Seguros Sociais — Evolução até à Segurança Social	5
Seguro contra a doença — Sua difusão — Organização na Inglaterra, na França e na Espanha	7
A Previdência em Portugal	16
Organização do seguro-doença nas nossas Instituições de Previdência ...	18
Socialização da medicina	24
Bases do seguro social — Excessos do seguro contra a doença	27
A nossa organização da medicina e os direitos da medicina e dos médicos	29
Apreciação dos Serviços Médico-Sociais — Federação das Caixas de Pre- vidência	32
Insuficiência do seguro-doença das Caixas de Previdência	42
Juízo de outras Instituições de Previdência	45
Caixas e Federações	47
Segunda fase de realizações da Previdência — Internamento dos doentes	49
Coordenação da Previdência e da Assistência — O Ministério da Saúde	51
Outras razões do Ministério da Saúde	53
O que esperamos... ..	55



RÓ
MU
LO

CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA



1329666394

1329666394

R.I

MEMBER

DUI
204
CI

6.000 ex. — Tip. Sequeira, L.^{da}
Rua José Falcão, 122 — Porto

