

BIBLIOTECA CPC — Ciência - Progresso - Cultura
Dirigida por F. A. Gonçalves Ferreira

Volume N.º 1

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

F. A. Gonçalves Ferreira

SUMÁRIO

GLOSSÁRIO DE TERMOS DE SAÚDE — POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE — SITUAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL — A REFORMA PORTUGUESA DA SAÚDE, DE 1971 — O PERÍODO INCERTO DO PÓS-25 DE ABRIL — O QUE O POVO PORTUGUÊS PODE TER E DEVE EXIGIR EM SAÚDE — CUSTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PREVISTO PARA O NOSSO PAÍS — CARTA ABERTA A UM EX-SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

1975

614 (469)
CC 1900/1975
FzR

BIBLIOTECA CPC — Ciência - Progresso - Cultura
Dirigida por F. A. Gonçalves Ferreira

Volume N.º 1

**POLÍTICA DE SAÚDE
E
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
EM
PORTUGAL**

F. A. Gonçalves Ferreira

1975



Nº 4372

BIBLIOTECA CPC — Ciência-Progresso-Cultura

Dirigida por F. A. Gonçalves Ferreira

Volume n.º 1 — Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Volume n.º 2 — Alimentação, Nutrição e Saúde (no prelo)

SOBRE A «BIBLIOTECA CPC» E O SEU PRIMEIRO VOLUME

Em termos de tempo histórico, os grandes passos do progresso — que são a tradução e a consequência do desenvolvimento psico-social e sócio-económico das sociedades — resultaram todos, sem excepção, das intervenções e inovações tecnológicas e da utilização oportuna das novas forças ou vantagens trazidas pelas técnicas que se renovaram.

Desde a utilização regular do fogo, a criação da agricultura e domesticação dos animais, a utilização das várias formas de energia animal e física da Natureza, a libertação progressiva do Homem do peso das forças brutas do ambiente pela experiência e conhecimentos científicos, a organização da segurança social, à desintegração do átomo e perspectiva do uso da energia atómica, a humanidade só tem feito avanços como consequência de novos conhecimentos científicos e do aproveitamento de novos meios técnicos.

As grandes mudanças que a História regista — correspondentes aos impulsos civilizadores de índole sócio-económica, política, religiosa, cultural, artística — sob a forma aparente de «revoluções» e, realmente, resultantes de «evolução» sempre demorada, são consequências e não causas desses factores fundamentais que se chamam experiência, cultura, ciência, tecnologia, interdependentes e inseparáveis.

Mais do que em qualquer outra época, os conhecimentos científicos estão a impulsionar, nos nossos dias, o desenvolvimento acelerado de novas tecnologias extremamente evoluídas e a criarem nova mentalidade humana e, consequentemente, novos tipos de vida social. Conhecer o que se passa e adquirir ideia clara dos verdadeiros factores do progresso, que a experiência demonstra desde há milénios que não são realmente os políticos, é uma necessidade e uma característica dos grupos humanos mais civilizados.

A «Biblioteca CPC», ao aparecer entre nós nesta época, vem chamar a atenção para alguns importantes problemas da sociedade actual e tem como objectivo concreto «apresentar», «analisar» e «sugerir» o caminho das soluções para estes problemas, no plano em que estas interessam fundamentalmente o nosso País.

Este 1.º volume refere-se a um dos mais importantes problemas da humanidade — a Saúde — ao qual todo o mundo civilizado começa a dedicar boa parte da sua capacidade de estudo e de criação de meios de intervenção, mas que se encontra no nosso País ainda em fase de grande atraso e precisa, consequentemente, de atenção urgente e decisiva.

- *Em nenhum sector da vida social portuguesa os problemas de interesse verdadeiramente nacional são tão bem conhecidos e as soluções estão tão bem estudadas, como no da Saúde.*
- *Também em nenhum outro, como no da Saúde, há legislação mais actualizada e completa que apenas é preciso aplicar — ajustando-a às necessidades e situações de diversidade resultante dos factores regionais e sócio-económicos, à medida que evoluem, e unificando as actividades específicas organizadas, em obediência a essa mesma legislação.*
- *A Saúde é, ainda, o sector da vida social portuguesa em que se dispõe de mais conhecimentos sobre a orgânica de serviços adequados e estruturas indispensáveis, e em que há mais experiência das causas que estão na base das dificuldades do seu bom funcionamento — tanto no que respeita à influência dos factores humanos profissionais e métodos de trabalho, como dos factores do meio ambiente comunitário, que vão da falta de conhecimentos e de cooperação das pessoas em risco a atrasos sanitários graves.*
- *Sabendo-se que a Saúde deve hoje ser considerada o problema número um da humanidade, como na realidade é, sem a resolução do qual pelo menos até ao nível mínimo exigido pelo progresso, não há economia, bem estar, confiança e harmonia social duradoira, não se compreende por que nós, portugueses, havemos de continuar a esquecer ou desprezar o que está ao nosso alcance conseguir e tão necessário nos é pôr imediatamente ao serviço do Povo. Para mais, não se podendo invocar já a desculpa do desinteresse continuado duma política tradicional governativa.*
- *O presente livro apresenta e procura explicar todo o panorama da problemática da Saúde na nossa época e aprecia-o em termos de estratégia e política de saúde, de tecnologia sanitária, administrativa e de educação, sem esquecer o papel da investigação aplicada no caso português.*

— De tudo isto pode o leitor aperceber-se e, com uma leitura reflectida, fazer o seu juízo construtivo de cidadão operante, a quem os problemas da Saúde devem interessar cada dia mais, pelo presente e pelas gerações futuras.

— As gerações futuras farão justiça serena do que nós em Saúde fomos capazes de fazer, nesta época, no sentido de dar a toda a população o que já é possível e a que ela tem todo o direito, e o que deixámos de fazer por ignorância, incapacidade ou desinteresse.

— A Saúde, como nenhum outro subsistema social, exige a aplicação dos conhecimentos científicos e da tecnologia (sanitária) evoluída, sendo certo que nenhuma revolução terá efeito sensível na saúde sem que a tecnologia própria seja adquirida, dominada e posta, sob a forma de meios práticos, ao serviço da população, dentro de esquemas de intervenção administrativamente correctos.

GLOSSÁRIO

(TERMOS E EXPRESSÕES DE SAÚDE)

Administração de Saúde (ou Sanitária). Conjunto de normas coordenadas que permitem a aplicação das técnicas administrativas, apoiadas em regras do direito aplicado, na prática da saúde pública e da ciência social. A administração estabelece e aplica critérios sistemáticos na organização e gestão das actividades organizadas da comunidade, com o fim de proteger e fazer progredir a saúde de toda a população. O seu objectivo concreto consiste em dotar a comunidade de serviços adequados, fazê-los funcionar capazmente de forma a darem execução eficiente aos programas sanitários que as condições de saúde exigem e avaliar os resultados das actividades, para o que distribui e coordena estes programas em cinco áreas: *promoção da saúde* (realizada pelas técnicas da educação para a saúde, da educação geral e da vigilância regular das pessoas); *prevenção primária* (realizada pela higienização do meio ambiente, melhoria da alimentação e da habitação, imunização, medicina escolar e do trabalho, luta contra os factores causais das doenças e dos accidentes); *prevenção secundária* (realizada pelo diagnóstico precoce e tratamento imediato dos casos identificados de doença e pelas intervenções de medicina de massa); *prevenção terciária* (realizada por meio de cuidados médicos organizados e intervenções correlacionadas para evitar as inferioridades e incapacidades que podem ser sequelas das doenças e dos accidentes); *reabilitação* (realizada por serviços de natureza médico-social para recuperar até ao limite da sua potencialidade fisiológica as pessoas inferiorizadas pela doença, accidentes ou idade, e integrá-las na vida normal).

Assistência. Forma tradicional de auxílio às pessoas em situação de inferioridade, pelo seu estado de miséria, doença, condição física ou moral, que leva os indivíduos, de livre vontade e por sentimento de solidariedade, a ajudarem-se mutuamente. Da forma caritativa inicial, privada e em grande parte irregular, e que ainda hoje representa em países atrasados papel importante na minoração das privações e dos sofrimentos físicos, morais e da doença, sem os resolver, a assistência foi-se disciplinando e organizando, até se institucionalizar em forma pública, fiscalizada e orientada por grupos, autoridades locais e o próprio Estado (assistência social). Com os progressos feitos na estruturação da sociedade moderna, grande parte das atribuições da assistência passaram para serviços organizados da *previdên-*

cia, durante o fim do século passado e parte deste, e, na nossa época, para os serviços mais completos da *segurança social* (ver estas designações). Outras expressões, como assistência médica, materno-infantil, hospitalar, etc., correspondem a formas organizadas de apoio médico, paramédico e social, de índole colectiva, para indivíduos ou grupos da população, sem relação com as suas condições sócio-económicas.

Centro hospitalar. Conjunto de unidades hospitalares com instalações separadas, que funcionam integradas sob os pontos de vista administrativo (directão, gestão), técnico e financeiro. Entre nós, foram criados em 1971 os Centros Hospitalares das Caldas da Rainha e de Coimbra, respectivamente pelos Decretos-Leis n.º 84, de 19 de Março, e 93, de 22 de Março.

Centro de medicina comunitária. Designação equivalente à de centro de saúde, mas a desaconselhar. O centro de saúde engloba todas as actividades médicas e não médicas relacionadas com a saúde das comunidades, e não apenas as médicas, pelo que é designação mais correcta e adequada.

Centro de saúde. Unidade orgânica completa dos serviços de saúde, com estrutura fixa, embora transitoriamente possa ser constituída ou apoiada por dispositivos móveis (veículos), dispondo dos meios técnicos médico-sociais capazes de realizarem a vigilância sistemática da saúde da população abrangida pelo centro, de efectuarem o diagnóstico e a terapêutica dos doentes, sobretudo em regime de consulta externa ou domiciliário (ambulatório), fazendo a triagem oportuna dos doentes que o necessitem para serviços mais especializados de hospitais ou centros superiores. Cada serviço do centro chama-se correntemente «valência» e as valências trabalham em ligação estreita com outros serviços da comunidade com que têm relações, incluindo os de internamento de doentes, alguns dos quais podem ser dirigidos pelo próprio centro. A sua finalidade é a cobertura médico-sanitária total da população e, como tal, o centro representa a evolução funcional e técnica do dispensário polivalente, característico de certo tipo de medicina colectiva ambulatória das primeiras décadas deste século. O centro de saúde pode servir, no meio rural, até cerca de 30 000 habitantes, e mais de 100 000, no meio urbano. Sobretudo no meio rural, deve ser apoiado por postos de saúde, para grupos de ordem de 5000 habitantes, vivendo em locais afastados do centro de saúde.

Código sanitário. Conjunto interpretativo e sistematizado da legislação de saúde, orientado pela linha definidora da política de saúde e da sua aplicação prática na comunidade. Em muitos países é apenas uma compilação referenciada (codex) da legislação de saúde em vigor. Não acontece, assim, com o código português, em preparação.

Comunidade terapêutica. Teoria de índole sociológica que estabelece que o ambiente social do doente no hospital, na família (habitação), na comunidade, pode ter uma influência decisiva na sua recuperação e, conseqüentemente, pode ser utilizado como terapêutica.

Cuidados hospitalares. Ver «Cuidados de saúde».

Cuidados médicos. Conjunto organizado de prestação de serviços médicos a doentes. No sentido mais genérico, correspondente, pelo menos até há pouco, ao da expressão anglo-saxónica *medical care*, é equivalente de *cuidados de saúde*. No sentido restrito e habitual, os cuidados médicos constituem a parte clínica curativa dos cuidados de saúde.

Cuidados primários de saúde. Ver «Cuidados de saúde».

Cuidados de saúde. Conjunto organizado de prestação de cuidados médicos e paramédicos, gerais e de especialidades, para toda a população ou para grupos definidos desta, sob forma coordenada, com o objectivo de assegurar o melhor nível possível de saúde a cada indivíduo inserido na sua comunidade, promovendo e vigiando a saúde individual e colectiva, tratando e curando rapidamente os que adoecem e reabilitando os diminuídos e inferiorizados até ao nível da sua capacidade fisiológica potencial. Neste contexto, os *cuidados primários de saúde ou de base* compreendem o conjunto de intervenções médicas, paramédicas e médico-sociais coordenadas, que, além das actividades médicas na sua acepção restrita e mais corrente, abrangem a promoção da saúde e a prevenção da doença, integralmente executadas, e bem assim o diagnóstico e tratamento ou cura da doença e a reabilitação nos casos em que não seja requerida a intervenção especializada, ou o recurso a estruturas e equipamentos hospitalares diferenciados. No mesmo contexto, os *cuidados hospitalares* correspondem às actividades desenvolvidas para atendimento dos doentes em regime de internamento, quando são requeridos diagnósticos e tratamentos especializados, com equipamentos e estruturas devidamente ajustados. A sua organização faz-se em serviços ou departamentos clínicos e de especialidades médicas e cirúrgicas, actuando dentro do hospital, mas também em ligação directa com os serviços de cuidados médicos ambulatórios, sob a forma de consultas externas e de policlínicas, que assegurarão a complementaridade desejável de cuidados necessários na doença, em coordenação estrita com os dispositivos de cuidados primários ou básicos de saúde (centros de saúde).

Direito à saúde. Princípio de índole política que significa a garantia dada às pessoas, e por estas usufruída, de disporem de meios de preservar e melhorar a sua saúde e, conseqüentemente, de se libertarem da doença, por prevenção ou tratamento adequado.

Dispensário. Estabelecimento do tipo consulta externa, em que são fornecidos gratuitamente os cuidados preventivos e curativos, estes se têm valor profiláctico, a educação sanitária e assistência material. Inicialmente de natureza puramente assistencial, fornecedor de medicamentos a indigentes e pobres, o dispensário converteu-se em instituição médica para o exame sistemático dos indivíduos da população que serve, e onde é feita a observação clínica e o tratamento de certas doenças contagiosas e sociais, de acordo com as normas da medicina preventiva, incluindo os inquiridos às condições de vida

dos interessados, com a orientação e fins do serviço social. O dispensário será *monovalente*, quando se ocupa da luta contra uma só doença ou grupo afim de doenças (tuberculose, doenças venéreas), e *polivalente*, quando se ocupa de várias doenças, tendo assim uma ou várias secções (serviços) que são chamadas correntemente valências.

Doença. Estado objectivo ou subjectivo caracterizado por funcionamento defeituoso de organismo ou dos seus órgãos e sistemas, traduzido por sinais ou sintomas clínicos de índole anatómica, fisiológica, bioquímica ou psíquica. A doença traduz um desajustamento entre o indivíduo e as condições do meio ambiente em que vive, conduzindo à doença propriamente dita ou enfermidade, quando o desvio é apenas biológico, e à delinquência e perturbação mental criminosa, quando for biológico-social.

Doença social. A que adquire significado importante para a comunidade pelos riscos e prejuízos que causa, resultantes das suas características de difusão (incidência), severidade, letalidade, cronicidade, complexidade dos tratamentos ou acção incapacitante. A tuberculose, as doenças venéreas e as doenças crónicas (reumatismos, cárdio-vasculares, cancro, mentais, cárie dentária, etc.) são exemplos clássicos.

Educação médica. Aplicação dos conhecimentos coordenados das ciências e da tecnologia médicas, à preparação e aperfeiçoamento continuado do profissional médico, sob a forma de ensino e actividades integradas em planos e programas da responsabilidade de autoridades escolares, fazendo parte, simultaneamente, do subsistema da educação da sociedade e dos serviços de saúde que servem na docência.

Educação sanitária ou educação para a saúde. Aplicação à população — indivíduos e comunidades — das medidas adequadas de difusão de conhecimentos e práticas correntes que ajudem a melhorar a saúde e a lutar contra a doença. A educação sanitária constitui um objectivo de importância fundamental que exige planos e programas em permanente adaptação e capacidade suficiente para despertar o interesse das pessoas, criando nelas a receptividade indispensável. Os problemas da higiene do meio ambiente e pessoal, da alimentação, dos cuidados materno-infantis e dos riscos de doença e acidentes constituem, entre nós, o fulcro das actividades de educação para a saúde.

Estatuto de saúde. Medida legislativa que estabelece as bases regulatórias da forma como os problemas da saúde são resolvidos pela sociedade, nos aspectos políticos e técnicos. O estatuto de saúde, ou lei de bases, é acompanhado de outras estruturas jurídicas (lei orgânica e respectivos regulamentos, estatuto profissional), que definem os tipos de serviços e as normas do seu funcionamento e de formação do pessoal.

Gerontologia. Estudo dos problemas relacionados com a 3.^a idade (velhice) e o alongamento da vida em boas condições de saúde. Relacionada com a gerontologia, está a *geriatria*, que se ocupa com as doenças das pessoas idosas.

Higiene. Estudo e aplicação dos meios não clínicos apropriados para criarem, para o homem, na vida individual e colectiva, as condições favoráveis à saúde. Ou, em sentido muito mais lato, o conjunto de meios que têm a finalidade de conseguir as condições individuais e dos factores externos convenientes para a saúde, nos sectores individual, geral (meio ambiente) e social (comunidade).

Hospital. Unidade funcional, que faz parte integrante da organização dos serviços de saúde, destinada a atender doentes em regime de internamento para a prestação de cuidados médicos de urgência, intensivos e intermédios, e cujos serviços de ambulatório, em ligação com os serviços de cuidados primários de saúde, devem alcançar a família no seu ambiente doméstico. Além de centro de restauração (diagnóstico, tratamento, reabilitação), o hospital é um centro de ensino (formação de pessoal médico-sanitário) e de investigação (pesquisa bio-médica, sócio-biológica e do comportamento). Teoricamente, a designação de hospital deveria caber apenas às unidades com estruturas e número de camas (mínimo de 300), permitindo as três funções essenciais: prestação de cuidados especiais a doentes, ensino e investigação. As unidades muito mais pequenas (menos de 100 camas) e com funções limitadas à assistência a doentes e partos, como é o caso dos chamados *hospitais rurais*, devem ser ligadas às unidades de prestação de cuidados primários (centros de saúde), das quais constituem um sector de trabalho.

Informação médica. Conjunto de conhecimentos sobre o doente, obtidos nas relações médico-doente, envolvendo a aplicação da investigação sociológica e antropológica à medicina. *Henderson* aconselha os médicos a ter em conta, ao obterem a informação no diálogo com o doente: primeiro, o que este lhes diz; segundo, o que não lhes quer dizer; terceiro, o que não lhes pode dizer.

Lei de bases, lei orgânica, legislação regulamentar em saúde. Ver «Estatuto de saúde».

Medicina de massa. Modalidade de prestação de cuidados médico-sanitários planeados a parte importante da população ou a grupos desta, com a finalidade de diagnóstico, terapêutica ou prevenção, sob forma maciça e rápida de intervenção.

Medicina organizada. Sistema de prestação de cuidados de saúde generalizados à população, sob controlo do Estado ou das comunidades, mas sem a socialização dos meios empregados. O exemplo mais completo é o do Serviço Nacional de Saúde, da Grã-Bretanha.

Medicina preventiva. Estudo e aplicação dos meios médicos — ou clínicos — apropriados para proteger a saúde na vida individual e colectiva, tendo por finalidade imediata a preservação da saúde normal dos indivíduos e a prevenção activa da doença e das incapacidades, pela prevenção dos seus riscos.

Medicina social. Estudo e aplicação combinada dos conhecimentos da medicina e da sociologia aos problemas da saúde da colectividade, das relações entre saúde e modo de vida, das medidas sociais a favor da saúde e do efeito que estas intervenções têm na vida dos indivíduos e da família. No aspecto prático, a medicina social implica a adaptação do exercício da medicina e actividades correlacionadas às exigências da vida social, à medida que evolui.

Medicina socializada. Medicina completamente organizada, sob controlo do Estado, com socialização dos meios empregados. Ver «Sistemas de saúde».

Planeamento de saúde. Elaboração dos esquemas e programas de actividades organizadas de saúde, com o objectivo de proporcionar à população, progressivamente, um conjunto de cuidados do mais alto grau possível de eficácia, com os recursos existentes. As fases sucessivas do planeamento são a determinação da magnitude dos problemas de saúde, de acordo com a sua importância para a população, a análise das possibilidades de os remediar com os meios e práticas conhecidas, ou disponíveis, de actuação, o estudo da importância que apresentam em relação com o aumento de produtividade da comunidade e o cálculo dos benefícios directos (melhoria das condições de saúde) a que se aspira. Há, assim, uma fase de conjunto conceptual (avaliação da situação, estabelecimento dos objectivos, selecção dos meios e métodos para a sua realização) e outra operacional (escolha do programa, atribuição de actividades aos diversos serviços, avaliação dos resultados da execução, pela eficácia conseguida na mudança em vista da situação da saúde da comunidade).

Política de saúde. Conjunto de opções políticas fundamentais em que se estabelece o carácter público ou não da responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade (para todos ou parte), de integralidade (extensão dos cuidados prestados), de gratuidade (total, parcial), de planificação (elaboração dos esquemas e programas de actividades e avaliação dos resultados) e do trabalho a efectuar pelos serviços de saúde. A política da saúde como parte integrante da política geral do país deve procurar, na sua forma mais progressiva, que seja garantido a todos o direito à saúde e a cooperação na sua segurança e promoção social, e que a saúde seja promovida a níveis suficientemente elevados para que possa vir a ser o factor de impulso do desenvolvimento económico-social e uma via para o progresso do bem-estar geral.

Posto de saúde. Unidade elementar e a mais periférica dos serviços de saúde, dependente de um centro de saúde e destinada, em colaboração permanente com este, a prestar cuidados primários de saúde a populações rurais, da ordem de 5000 habitantes ou menos.

Previdência. Sistema, a cargo do Estado ou sob vigilância deste, que procura cobrir os riscos do trabalho, da velhice e da invalidez, e, em formas mais evoluídas, o desemprego, a doença e outras condições de inferioridade social, por meio de seguro obrigatório. A previdência estende-se apenas aos grupos

da população para que é organizada e sobre situações e riscos limitados, constantes de listas ou tabelas uniformes, proporcionalmente às contribuições que recebe. A previdência está a evoluir em muitos países para a forma mais completa de segurança social, correspondendo-lhe no sector da saúde uma organização de serviços de prestação de cuidados, não do tipo de serviços médico-sociais da previdência, mas de serviço nacional de saúde.

Reabilitação. Conjunto de meios que permitem a restauração das pessoas inferiorizadas, de forma a dar-lhes possibilidade de utilizarem o máximo de capacidade física, mental, social, vocacional e económica de que são capazes, qualquer que seja a causa da incapacidade: doença física ou mental, acidentes, condição congénita. A reabilitação (readaptação ou reeducação) cobre dois objectivos para o inferiorizado: a recuperação do máximo de funções diminuídas e a sua acomodação à vida normal.

Salubridade. Estudo e aplicação dos meios que precisam de ser postos ao serviço do homem para preservar, adaptar e corrigir, tornando-os inócuos e favoráveis às suas necessidades, os elementos do ambiente indispensáveis à vida e à saúde: ar, água, solo, alimentos, habitação, ambiente residencial e urbano, transportes. As medidas de protecção contra os factores agressivos do meio exterior, incluindo a poluição e os vectores animados de agentes de doenças, constituem actividades fundamentais de salubridade. Sinónimo de *engenharia sanitária* e de *saneamento*, embora este último termo seja empregado correntemente mais no sentido restrito das medidas aplicadas à recolha, transporte e destruição dos resíduos da vida doméstica e industrial (esgotos e lixos).

Saúde. Estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Corresponde ao estado em que o indivíduo apresenta uma capacidade óptima para desempenhar as atribuições e actividades que a sua integração na vida lhe exige, o que traduz um ajustamento satisfatório entre o organismo humano e o meio ambiente em que vive. A saúde pode ser considerada em relação ao conhecimento que tem de si próprio o indivíduo (sentir-se doente ou não), em relação à medicina, que procurará sinais e sintomas que traduzam a falta de saúde (anatómicos, fisiológicos, bioquímicos e psíquicos), fazendo a sua avaliação em termos de equilíbrio ou desequilíbrio de funções e tecidos ou órgãos, em relação à comunidade ou população em conjunto, sendo neste caso a saúde avaliada por índices (dados estatísticos relacionados com a mortalidade, morbilidade e condições de vida e de salubridade do ambiente).

Saúde pública. Conjunto de actividades organizadas pela colectividade para manter, proteger e melhorar a saúde do povo ou das comunidades e grupos da população no meio em que vivem. Habitualmente, considera-se que o conceito de saúde pública é mais limitado do que o de saúde, não abrangendo a medicina clínica individual, nem as ciências médicas básicas. O universo da saúde incluiria a saúde pública como o sector científico e técnico que emprega os esforços organizados pela comunidade para assegurar e melhorar

a saúde de todos os indivíduos, em termos ecológicos (estudo e criação das condições favoráveis ao ajustamento: indivíduos-meio ambiente).

Segurança social. Sistema que permite a realização dum programa de bem comum que assegura a todos os indivíduos um padrão mínimo de nível de vida, sem que qualquer pessoa esteja ameaçada de sofrer necessidades abaixo deste padrão mínimo, o qual inclui medidas de preservação da saúde e de luta contra a doença. Com a segurança social, passa-se dos sistemas de solidariedade individual (assistência) e profissional (previdência) para o de solidariedade nacional, em que é o Estado que assume a responsabilidade de assegurar a todos os indivíduos, sob a forma de direitos, os benefícios correspondentes às modalidades previstas nos planos de segurança estabelecidos.

Serviço nacional de saúde. Conjunto de serviços de acção coordenada destinados a prestar à população, dentro da orientação da política de saúde estabelecida pelo Governo, os cuidados primários de saúde e os cuidados hospitalares, incluindo as medidas de reabilitação, sob a forma de cobertura médico-sanitária completa, a qual não deve sofrer restrições, para além das impostas pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Um serviço nacional de saúde deve ser, por definição, universal (para servir todos os indivíduos), integral (fornecendo todos os cuidados de saúde), gratuito, progressivo no seu funcionamento e aperfeiçoamento, e pragmático na escolha das actividades prioritárias de saúde que mais interessam à população e seu planeamento.

Sistema de cuidados de saúde ou sistema de saúde. Totalidade de recursos que os grupos da população, as comunidades ou a sociedade, pelo Estado, reúnem na organização e prestação generalizada de cuidados de saúde. Corresponde ao esforço organizado de grupos da população ou das comunidades, ao nível local ou regional, ou da sociedade, ao nível nacional, para a prestação coordenada de cuidados médicos e outras actividades de saúde, com o objectivo de atingir um conjunto de resultados predeterminados, do que resulta a necessidade duma estrutura dotada de funções e meios de acção agrupados em escalões que facilitem aos utentes a sua utilização. Os sistemas de saúde, conforme o seu tipo, são financiados por regime de avença (pré-pagamento), ou por quotas em regime de seguro (tipo seguro de saúde ou doença), ou pela via do orçamento de Estado (tipo nacional). Os sistemas de saúde de tipo nacional são representados na nossa época pelo Serviço Nacional de Saúde inglês e pelos serviços de saúde da URSS e outros países socialistas, apresentando estes variedades que os tornam menos uniformes do que o Serviço Nacional de Saúde inglês. A diferença fundamental entre estes dois tipos de estruturas de saúde está em que a inglesa representa uma organização por acordos, em especial com o corpo médico de clínicos gerais e especialistas, sem que a actividade e os meios de trabalho destes estejam socializados ou nacionalizados, enquanto que a estrutura de serviços socialista está inteiramente socializada. Para fins de sistematização de conceitos e de objectivos de política de saúde, separamos os actuais sistemas de saúde em quatro grupos principais: liberal, ou de livre iniciativa predominante; de previdên-

cia ou misto, em que o seguro-doença desempenha papel dominante; nacional, do tipo inglês; socialista, da URSS e das democracias populares. Far-se-á referência especial ao sistema particular americano, de avença, da Fundação Kayser-Permanente, ao sistema da China, ainda mal definido, e também ao sistema de Cuba, dadas as semelhanças deste com as estruturas dos serviços de saúde portugueses, da reforma de 1971.

Sociologia em medicina. Aplicação do ou dos métodos sociológicos ao estudo e resolução dos problemas e temas médicos nas suas características e finalidades sociais, tomando em conta a organização dos serviços e a qualidade dos cuidados que prestam, o equipamento médico, as necessidades, recursos e distribuição destes, sentido e extensão em que são organizadas a medicina preventiva e a reabilitação e progresso da difusão dos cuidados médicos na população. Diferente, é a *sociologia da medicina*, que parte dos dados médicos e médico-sociais, recolhidos no campo da aplicação da medicina, para os rever criticamente em termos de paradigmas sociológicos e pôr em evidência a importância da estratificação social, das ideologias dominantes na sociedade e sua influência no desenvolvimento das actividades profissionais médicas, da organização do poder e relações entre grupos sociais no evoluir do processo social e da saúde da população total ou de grupos da população.

Unidade de saúde. Conjunto orgânico e funcional de serviços que asseguram a prestação dos cuidados primários de saúde na totalidade, ou a orientam técnica e administrativamente na área da sua responsabilidade. Corresponde, na nossa legislação, ao centro de saúde e autoridade sanitária.

INTRODUÇÃO

A SAÚDE — CONDIÇÃO DE PROGRESSO E BEM-ESTAR DA SOCIEDADE ACTUAL

A Saúde é o problema número um da humanidade, na sua fase presente de evolução, porque é da saúde que dependem o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos, a capacidade de trabalho, de organização e de iniciativa das comunidades, o equilíbrio da sociedade e a potencialidade desencadeadora dos grandes impulsos do desenvolvimento económico-social e psico-social.

Por isso, ao tornar-se, de assunto secundário e pouco claro nos planos dos governos e na mente dos povos, em primeira preocupação das nações e factor supremo do condicionamento da «qualidade da vida», a saúde precisa de ser conhecida e avaliada nos factores que a favoreçam ou prejudiquem, de forma a poderem ser criadas as condições indispensáveis à sua melhoria. A criação destas condições implica, porém, a responsabilidade crescente de governantes, administradores e cientistas no estabelecimento de medidas práticas e na realização de estudos que ajudem a encontrar as soluções adequadas e mais convenientes. Depois de se reconhecer que um bom estado de saúde é um pré-requisito essencial, e o mais básico, para que cada indivíduo possa realizar o seu papel de elemento activo da comunidade, criador de bem-estar, confiança e harmonia social, conclui-se, pelos resultados da experiência, que sem saúde não há progresso e que todas as tentativas de desenvolvimento efectuadas ao longo do tempo, sem níveis adequados de saúde da população, ou se confinaram a padrões mediocres de resultados ou fracassaram.

Baixo nível de saúde é sinónimo de atraso — económico, cultural, político, social — e pode-se seguir, em qualquer país ou população, o condicionamento das fases de desenvolvimento colectivo pela evolução da melhoria da saúde das comunidades, em grande parte dependentes dos sistemas de cuidados de saúde organizados, postos à disposição destas.

As relações entre *saúde* e *economia moderna* são muito estreitas e desenvolvem-se em termos de causa para efeito. Se a comunidade tem baixo nível de saúde, os indivíduos são fracos trabalhadores, não dão rendimento e não se aperfeiçoam. A economia, nestas condições, desenvolve-se mal e não cria, pela possibilidade de remunerações progressivamente mais elevadas e de maior emprego de mão-de-obra, os meios práticos de que depende todo o progresso na educação e na melhoria da alimentação, do saneamento e das comodidades que constituem na vida moderna o padrão do seu desenvolvimento. Saúde, rapidez de processo de desenvolvimento sócio-económico e rendimento «per capita» são factores que evoluem por influências recíprocas. O baixo nível de saúde não permite, por outro lado, que se aperfeiçoem e assegurem em ritmo crescente o padrão de cuidados médicos e a promoção e a vigilância da saúde para toda a população, pela falta de capacidade técnica e financeira resultante da falta de rendimentos, do peso dos dispêndios com as doenças que deviam estar vencidas e da carência de pessoal devidamente preparado.

Na sociedade moderna a saúde é um bem essencial que se contrapõe à doença — factor negativo por excelência na vida humana — e actua como factor positivo condicionante do progresso. Daqui o princípio que os economistas têm invariavelmente esquecido até há pouco — e entre nós continuam a esquecer, infelizmente — de que sem se ter atingido um nível suficiente de saúde e a certeza para cada indivíduo de que este nível de saúde lhe está assegurado, pelo amparo na doença, não se consegue grau elevado de progresso.

1—AS DUAS RAZÕES QUE LEVARAM À PUBLICAÇÃO DESTE LIVRO

No momento histórico vivido pelo Povo Português, de grandes mudanças políticas e instabilidade de ideias e de estruturas sociais, que outra coisa não são do que dificuldades resultantes do grande atraso em que nos encontramos para adquirir, dominar e aplicar os conhecimentos científicos, tecnológicos e administrativos criadores de progresso e de crescente nível de vida para todos, é urgente que os problemas da Saúde da nossa população sejam reconhecidos pelo povo, avaliados, analisados e apresentados pelos técnicos e resolvidos, em conformidade, pelos governantes. Este objectivo comporta muitas intervenções, que há necessidade de estimular, coordenar e orientar, ao longo do tempo, e as fases por que forçosamente terá de passar devem ser previstas no conjunto do plano a estabelecer e consequentemente nos planos a realizar. A contribuição do presente volume poderá ser decisiva para acelerar o processo, como o leitor irá verificar, e desdobra-se em duas finalidades:

- a) apresentar uma vez mais os problemas da saúde da população portuguesa, integrados no conjunto dos problemas sociais do País, e, em escala mais vasta, na situação geral criada pelos problemas a que o Mundo tem de fazer face, e de que não podemos desinserir-nos, por razões utilitárias, dados os seus ensinamentos, e de destino histórico e geo-político;
- b) expor as soluções adequadas para os nossos problemas, de acordo com os conhecimentos, meios e experiência prática existentes, na esperança de que o conhecimento da realidade e dos resultados que podem ser obtidos encorajará outros trabalhadores e, de forma especial, as pessoas com o sentido das responsabilidades e desejo de servirem o bem comum, a seguir as vias mais convenientes, dentre as conhecidas, ou a procurar novas vias mais rápidas e expeditas.

Deve acentuar-se que a possibilidade de mudanças radicais nas más condições de saúde está hoje aberta a todos os povos e que, embora os métodos para o conseguir sejam múltiplos, resultantes de diversas experiências com êxito realizadas em vários países, é indispensável que se faça a escolha das vias mais ajustadas ou da via mais cómoda, de acordo com a linha de política de saúde adoptada, uma vez que nenhum método particular é aplicável uniformemente a todos os povos ou regiões de cada país, com a segurança da infalibilidade.

2—OS PROBLEMAS DA SAÚDE NÃO PODEM SER SEPARADOS DOS OUTROS PROBLEMAS ESSENCIAIS À VIDA DO HOMEM EM SOCIEDADE

Na vida dos indivíduos e das comunicações os três factores essenciais para o progresso — saúde, educação e economia evoluída — estão intimamente ligados e são interdependentes, contribuindo em conjunto para a formação e aperfeiçoamento do complexo doutros elementos determinantes da qualidade da vida dos indivíduos e das comunidades que os integram: dignidade humana, usufruição dos direitos fundamentais humanos, sentido das responsabilidades, desejo

e capacidade de organizar, modificar e melhorar as estruturas sociais, espírito de solidariedade, nível crescente de educação e cultura e gosto e sentido da necessidade de participação colectiva. Os grandes avanços conseguidos em muitos sectores da vida social e das condições de vida pessoal dos indivíduos na família, no trabalho, etc., no decurso deste século, por certas populações, estão em contraste com as grandes insuficiências e atrasos ainda existentes nas condições de trabalho, de alimentação e de higiene, características de muitos países e, de maneira geral, das grandes massas de populações rurais no Mundo. O baixo nível de conhecimentos e de educação e a permanente realidade dos efeitos das doenças contagiosas endémicas e epidémicas, indicam que essas massas, representando cerca de 70 % da população do Mundo, ainda não têm contacto eficaz com a tecnologia sanitária, para poderem beneficiar dos seus efeitos. Sabendo-se que a tecnologia sanitária representa uma das mais notáveis aquisições da humanidade actual (OMS), é indispensável conseguir que essas populações sejam levadas a obterem rapidamente o seu domínio e aprendam a utilizá-las eficazmente. Nas populações atrasadas, seja qual for o país, o círculo vicioso da pobreza e da doença — «as pessoas adoecem porque são pobres, mantêm-se pobres porque são doentes e continuam doentes, porque são pobres» — domina toda a vida sócio-económica e impede ou limita fortemente o desenvolvimento, por falta de produtividade e de capacidade para utilizar as técnicas que diminuem para o homem os grandes riscos dos factores agressivos do ambiente. É por isso que nos planos globais de desenvolvimento os países civilizados estão de há muito a considerar os programas de saúde, envolvendo as medidas preventivas e curativas indispensáveis para harmonizar níveis progressivos de saúde com as correspondentes necessidades dos objectivos económicos e sociais. Mas a experiência desta forma multidisciplinar de cooperação só agora começa a ser bem conhecida e aplicada com eficácia. Nas populações evoluídas, os problemas de saúde estão o tornar-se ainda mais complexos pelas doenças novas graves, recuperação, exigências de consumo, que implicam tecnologia mais avançada e exigem grandes dispêndios financeiros, sob a forma de investimentos, equipamentos, formação profissional e técnicas administrativas, o que obriga a planeamento global. Também os problemas da saúde não se podem separar da nova realidade de extrema importância, que é a informação e particularmente os meios de comunicação de massa actuais, que, para desempenharem o papel essencial que lhes compete e a sociedade moderna não pode dispensar, devem ser correctamente orientados, precisos, educativos, construtivos, despertando a consciência e o sentido do valor dos bens que devem ser conquistados, e não se tornarem na fonte de poluição psicológica (intoxicação) que objectivos comerciais ou políticos estão a criar.

3—OS RECURSOS NÃO CHEGAM PARA TUDO EM SAÚDE, É PRECISO SABER APLICÁ-LOS NOS OBJECTIVOS PRIORITÁRIOS

Em cada região geográfica do Mundo, em cada tipo de sociedade e em cada grupo económico encontram-se condições diferentes de saúde e, paralelamente, níveis diferentes de recursos — estes sempre escassos — para lhes fazer face. Em certos países e em certas populações a situação é tão desumana e de

tanto atraso, que os dados fragmentários incluídos nas estatísticas sanitárias — incompletos e inexactos — traduzem mal a gravidade real da situação. Ao avaliar o que é preciso remediar, no conjunto, que afinal, é tudo, e com a profundidade em que isso se torna necessário para atingir os níveis de civilização já conseguidos por outros, afigura-se não haver recursos possíveis para o conseguir. Acontece, porém, que resolvido encontrarem-se os pontos de partida e estes identificados, é seguro, como todas as experiências bem planeadas têm mostrado, que se pode avançar, dependendo a proporção do êxito conseguido da capacidade política de intervenção, do equilíbrio técnico dos programas e meios envolvidos (financeiros, tecnológicos, pessoais, informação) e da cooperação dos interessados. Dispõe-se hoje de conhecimentos seguros não só para escolher os pontos de partida mais úteis, como para a elaboração correcta dos programas dentro da capacidade de recursos existentes. Para um equilíbrio eficaz de atendimento das necessidades em Saúde, há que considerar quatro pontos de partida:

- a) *área sanitária* ou dos cuidados de saneamento, respeitante a higiene e condições sanitárias do meio ambiente, incluindo o que se refere a infra-estruturas (nomeadamente abastecimento de água, remoção de esgotos e lixos, habitação, transportes) e outros importantes factores, como a higiene dos alimentos e de produtos com implicações sanitárias;
- b) *área dos cuidados primários (ou básicos)* de saúde, correspondente a um campo de trabalho mais vasto do que o dos simples cuidados médicos, envolvendo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, diagnóstico, tratamento ou cura da doença e a reabilitação normal, com encaminhamento (triagem) dos doentes que precisam de cuidados diferenciados, coordenadamente organizados ao nível das áreas seguintes;
- c) *área dos cuidados hospitalares*, complementar da anterior, destinada aos diagnósticos e tratamentos que requerem especialização e internamento, implicando equipamentos e estruturas com certo grau de desenvolvimento, organizados em serviços de especialidades clínicas, destinados a actuarem quer ao nível do próprio hospital quer, por extensão funcional, ao nível dos serviços de cuidados básicos de saúde da área, sob a forma predominante de consultas de especialidades, em moldes que não constituam duplicação anti-económica;
- d) *área de reabilitação, recuperação e consequente reclassificação sócio-profissional e económica*, que exige, para além das prestações de cuidados especiais que possam ser efectuadas ao nível das áreas b) e c), diferenciação necessária de métodos e estruturas para atendimento completo dos indivíduos muito diminuídos ou inferiorizados, em particular dos diminuídos físicos e sensoriais.

Os serviços elementares de saúde pública, a começar pelos do meio ambiente, não podem ser relegados para segundo plano e preteridos pelos serviços públicos de assistência médica pessoal, que têm representado a grande preocupação dos

governantes ao longo da primeira metade deste século, nem pelos programas de segurança social que têm constituído o objectivo dominante da política social, desde a década de 50. Não se devem tentar as ultrapassagens irrealistas na solução dos problemas básicos de saúde, embora aparentemente sejam tentadoras e até do agrado dos indivíduos mal informados dos seus interesses e dos dos seus semelhantes, sob pena de desperdiçar dinheiro e outros recursos com a falsa aparência de atingir objectivos mais avançados ou do agrado colectivo, quando, na verdade, sem estarem resolvidos os problemas de base o êxito na conquista da saúde é impossível. Em cada plano de saúde é indispensável calcular os recursos que devem ser afectados ao saneamento (1.^a prioridade), aos cuidados primários de saúde (2.^a prioridade), aos cuidados hospitalares (3.^a prioridade) e à recuperação (4.^a prioridade), embora esta afectação não seja de exclusividade, mas de repartição adequada. Em princípio, o saneamento elementar será efectuado fora das funções e atribuições directas dos serviços de saúde, mas é indispensável encontrar o equilíbrio funcional e ajustado que os planos devem definir para a respectiva realização no tempo. Pode-se admitir que para as populações mais atrasadas seja preciso dispender durante alguns anos, em saneamento, tanto ou mais do que em saúde, e que nos países mais evoluídos, já com abastecimento de água potável, sistemas de esgotos, etc., e livres das doenças de massa, a saúde precise, progressivamente, de cinco a dez vezes mais, repartidos em 40-50 %, para cuidados primários, 50 %, para cuidados hospitalares, e cerca de 10 %, para recuperação e assistência aos inferiorizados.

4— A POLÍTICA DA SAÚDE CONDICIONA A ESCOLHA E APLICAÇÃO DOS SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

A política nacional de saúde começa a ser, nos nossos dias, preocupação de todos os países e verifica-se por toda a parte a tendência para responsabilizar os Ministérios da Saúde pela sua definição, planeamento e execução. Está-se ainda longe, porém, de ter conseguido na grande maioria dos países a unificação de atribuições no que se refere às actividades da medicina preventiva, tradicionalmente da responsabilidade de serviços oficiais de saúde, e as da assistência médica (cuidados para a população ou grupos da população) entregues a sistemas médico-assistenciais múltiplos, distribuídos por Ministérios que não são o da Saúde, pela Previdência, Seguros e outras entidades privadas, lucrativas ou benévolas. Mas, assim como as preocupações sociais dominantes no século XIX foram politicamente as conquistas ligadas ao conceito de *liberdade*, as do século XX e particularmente as da nossa época são as da *segurança*, significando a segurança social a ideia de protecção regulamentada, precisa, assegurando pelos órgãos governativos a saúde e o bem-estar, como direitos humanos fundamentais. Isto é já reconhecido internacionalmente. NA DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ratificada em 10 de Novembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, foi estabelecido pelo artigo 25, que:

- 1) Todos os homens têm direito a uma norma adequada de vida para assegurar a saúde e o bem-estar próprio e da família, especialmente no referente a alimentos, roupa, alojamento, assistência médica e serviços sociais

necessários; todos têm direito ao seguro social em caso de inactividade, enfermidade, invalidez, viuvez ou perda de meios para subsistir a causas de circunstâncias fora dos seus domínios.

- 2) A maternidade e a infância têm direito a uma ajuda e assistência especial. Todas as crianças nascidas fora ou dentro do matrimónio têm direito à mesma protecção social.

Compreende-se que nos países mais preocupados com a solução oportuna dos problemas da saúde e bem-estar das populações sejam definidas políticas nacionais de saúde mais claras e amplas do que nos outros, e que a execução destas envolva métodos e recursos diferentes, ajustados em cada caso aos objectivos estabelecidos e às verbas que lhes são atribuídas. Quando todos os objectivos duma política de saúde — desde a promoção da saúde à prevenção e tratamento das doenças — são considerados do interesse da comunidade, a responsabilidade pela sua consecução torna-se inevitavelmente nacional e terá de ser estabelecida sob a forma de Serviço Nacional de Saúde, englobando todos os serviços de planeamento, programação e execução necessários. Quando assim não acontece, os serviços e métodos de trabalho serão múltiplos na orientação e tornar-se-á muito mais difícil intervir na organização e prover de recursos os serviços considerados essenciais para a satisfação das necessidades que forem consideradas. A tradução desta diversidade de formas de intervenção constitui os sistemas de cuidados de saúde que têm sido alicerçados ao longo do tempo em diversos países. Caracteriza-os o grau de dependência em que se encontram do Estado, e que vai da sua completa integração na máquina governativa, à forma mais atenuada de organização sob a responsabilidade estatal mas de administração entregue a órgãos próprios e à forma de iniciativa privada, em que as organizações participantes são as assistenciais e de seguros privados, e a assistência pública assegura apenas uma parcela de protecção variável com o sistema; a extensão em que intervêm na cobertura da população ou de grupos definidos desta; o custo ou a gratuitidade dos serviços que prestam. Dada a importância que reveste o conhecimento exacto dos diversos sistemas de cuidados de saúde em experiência no Mundo e da filosofia que os inspira, isto é, os princípios da política de saúde que lhes servem de bases, o primeiro capítulo deste livro é dedicado inteiramente à sua descrição.

5 — A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA DO PRINCÍPIO DO SÉCULO, CONHECIDA POR REFORMA DE SAÚDE DE RICARDO JORGE

No final do século passado os serviços de saúde portugueses estavam já muito divorciados do mundo civilizado, e os objectivos das reformas liberais de Passos Manuel, 1835, e de Alves Martins (Bispo de Viseu), 1868, ao longo da vigência da monarquia parlamentar — que procuraram ser de actualização do País em face das experiências e novos conhecimentos vindos do estrangeiro — não chegaram sequer a ser alicerçados nas bases, por falta tradicional de interesse colectivo, incapacidade técnica e carência de sentido de organização. Ao dobrar do século, Ricardo Jorge foi encarregado de proceder à reorganização dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública — como passaram a ser chama-

dos — tendo publicado a extensa legislação de 1899-1901, baseada em grande parte na orientação e disciplina da «polícia sanitária» alemã. Três princípios caracterizaram a reforma:

- a) a implantação de medidas (algumas obrigatórias) de luta contra as doenças evitáveis, por meio das imunizações, e da vigilância dos factores de risco do meio ambiente, sobretudo a água de abastecimento e os alimentos do comércio;
- b) a vigilância e a repressão de fraudes e atentados à higiene no fabrico e comércio de géneros alimentícios;
- c) a preparação de técnicos de saúde (médicos, engenheiros, agentes sanitários) pelos próprios serviços de saúde para poderem desempenhar-se, profissionalmente, melhor de tais funções.

Os meios postos à disposição da reforma foram insuficientes e a quando da implantação da República, em 1910, Ricardo Jorge, que continuou a dirigir os serviços de saúde, preparou nova reforma (publicada em 1912), seguida por mais duas da mesma autoria (1926 e 1929). Todas representaram tomadas de posição pouco influenciadas pela experiência entretanto adquirida pelos países mais evoluídos, no aproveitamento de meios humanos e técnicos para uma organização de serviços de saúde em novos moldes de administração de saúde e de tecnologia sanitária. Os resultados práticos na melhoria da saúde da população foram sem significado, excepto no que se refere à luta contra algumas doenças infecciosas (caso da varíola e do tifo exantemático), cuja insistência se mostrou moderadamente rendosa. A grande reforma de 1899-1901 manteve-se por 70 anos nos seus principais aspectos normativos das actividades de higiene e polícia sanitária, embora os serviços de saúde tivessem perdido muitas das suas atribuições ao longo do tempo, devendo-se à sua incompreensível falta de actualização, depois da primeira grande guerra mundial e durante as décadas de 20 e 30 na introdução oportuna das novas concepções de organização e trabalho dos serviços de saúde (luta contra as doenças de massa, protecção materno-infantil, cobertura dispensarial), os efeitos negativos profundos (atrasos) de que ainda não nos reabilitámos, e que, por este andar, vão continuar a afligir-nos — o que é ainda mais triste, por ser escusado.

6 — AS FASES DA «ASSISTÊNCIA MÉDICA» À POPULAÇÃO ENTRE 1901 E 1971

Na reforma de 1899-1901 não foram considerados os problemas da «assistência médica» à população, excepto no que dizia respeito aos pobres e indigentes, que a ela tinham direito no regime de gratuitidade, prestada especialmente pelas autoridades de saúde e serviços de hospitalização, sob vigilância e encargo das autarquias ou de entidades benévolas caritativas. À semelhança do que acontecera, anteriormente, nos países evoluídos e do que continuava a acontecer nos pouco evoluídos, a assistência médica mantinha-se entre nós do tipo caritativo, para os pobres, e do tipo comercial, de clínica livre, para o resto da população. Três fases se podem considerar no condicionamento da sua evolução durante 70 anos:

- a) até à década de 30, o Estado não intervém e apenas assegura, sob a forma de assistência pública — o termo de beneficência desapareceu definitivamente do vocabulário —, uma protecção mínima dos elementos da população completamente destituídos de meios próprios (pobres e indigentes). Os seguros privados e o seguro social nas grandes empresas industriais, comerciais e de transportes cobrem um número reduzido de pessoas e desempenham papel ínfimo na segurança da sua saúde;
- b) nos quinze anos seguintes, até 1945, assiste-se à estruturação legal do princípio de que o Estado e as autarquias devem limitar-se a intervenção supletiva das iniciativas particulares e que estas devem ser estimuladas, de forma a satisfazerem as necessidades principais. No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 827, de 10 de Outubro de 1937, dizia-se: «A solução do problema da assistência estará mais no desenvolvimento das suas formas privadas do que na luxuriante vegetação dos organismos públicos, burocratizados, estabilizados, ou seja, mecânicos e inertes». Ao mesmo tempo, estabelece-se (teoricamente) que as actividades preventivas ou recuperadoras teriam sempre preferência (prioridade) sobre as meramente curativas, e que se deve estimular toda a acção assistencial, desde o parto, à doença e à invalidez, no lar, em família. Neste sentido, são separadas as actividades de natureza sanitária (profilaxia e luta contra as doenças evitáveis, mentais, cancro, da nutrição e do trabalho), da assistência na doença, família, maternidade, primeira e segunda infância e riscos ou ameaças da vida por factores do ambiente. A organização dos respectivos serviços obedecia à determinante da privacidade, de semioficialidade e, como complemento, da supletividade, quando indispensável em último recurso, da dependência directa do Estado. Embora neste período tenha havido agitação dos problemas da saúde e da assistência e suas soluções, a solução que se procurou estava completamente ultrapassada nos aspectos sociais, administrativos e tecnológicos, em relação ao que se fazia, com êxito crescente, nos países evoluídos da Europa. As condições educativas, psicológicas e sócio-económicas determinadas pela política do Estado não podiam ajudar a estabelecer um regime eficiente de cobertura assistencial alicerçada em tais princípios, que a própria Inglaterra, berço do liberalismo, tinha começado a ultrapassar havia um século e desprezara quase completamente havia mais de 50 anos;
- c) de 1945 a 1971, todas as intervenções no campo da saúde e da assistência são praticamente reguladas pelo Decreto n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945, que só viria a ser revogado e substituído pela legislação de 1971. Foi completado, em 1968, pelo Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril (Estatuto Hospitalar), que procurou uniformizar as normas de funcionamento de todos os hospitais, em obediência à Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963. Ainda que a legislação deste período reconhecesse o atraso em que o País se encontrava no campo da saúde, considerado lamentável, e tenha introduzido algumas disposições novas no que se refere ao trabalho de saúde pública, à orgânica dos serviços de saúde, à profissionalização de algum pessoal, com o que esboçava a «moderni-

zação dos serviços de saúde e assistência criando novos serviços e regulando outros, do que resultou melhoria sectorial das condições de actuação e ao nível central e regional», o tempo passou sem que se chegasse a estabelecer uma organização de serviços locais efectivos e operantes.

Na tentativa de dinamizar a acção de toda a estrutura, foi mantido e estendido a diversos serviços novos ou renovados o critério da actuação sectorial independente, com responsabilidades de autonomia, que não chegou a ajustar-se às necessidades e à evolução dos meios e conhecimentos entretanto disponíveis, pelas deficiências de adaptação e de reconhecimento do primado do interesse nacional sobre as tendências individualistas que caracterizam toda a nossa administração. Esta não conseguiu acompanhar os progressos no planeamento da saúde, organização de serviços para cobertura geral médico-sanitária da população e aplicação das modernas medidas de administração de saúde pública, feitos por toda a parte. Acentue-se que, em 1944, depois de estudos demorados, a Inglaterra fazia aprovar pelo Parlamento a legislação que criava o Serviço Nacional de Saúde, cujo esquema se tornara conhecido após a divulgação, em 1942-1943, em plena guerra, do plano Beveridge, que lhe serviu de base. Nós continuámos com o sistema caritativo de assistência, a supletividade do Estado, sempre reduzida e pouco eficiente, e a descoordenação das actividades essenciais de saúde, por inexistência de planeamento e programação e duma administração eficiente. Em 1958, é criado o Ministério da Saúde, sem que tenha sido modificada a orientação das estruturas sanitárias, nem a sua orgânica, continuando a não haver uma direcção única superior para os serviços de saúde e assistência, aos quais veio juntar-se o seguro social obrigatório para certos grupos de trabalhadores (Previdência), que no sector da doença era já importante no fim da década de 50. Durante o período de mais de doze anos, que vai da criação do Ministério da Saúde e Assistência à reforma de 1971, o País continuou a viver «com muitos serviços e instituições particulares, semi-oficiais e oficiais, a trabalharem sem coordenação e disputando-se o dinheiro e funções, os quais foram sendo criados, alargados ou reduzidos, ou simplesmente se mantiveram, com a falta de unidade de acção e de economia de meios que caracterizaram desde sempre todo o sector da nossa saúde e assistência.

Nestas condições, a população, não dispondo duma cobertura geral de saúde, servia-se, conforme a sua situação económica e financeira, dos médicos particulares ou dos escassos serviços assistenciais existentes, incluindo os hospitais, que continuavam a funcionar na linha tradicional da medicina caritativa ou comercial, até que a Previdência se desenvolveu e assumiu papel importante como organizadora de cuidados médicos para grupos de trabalhadores e suas famílias. O caminho seguido pela Previdência foi uma imitação modesta, nos meios, e muito limitada, nas intenções, do que se estava a fazer na Europa neste campo.

Orientada para prestar cuidados médicos na doença, em regime de seguro privativo e obrigatório, aos grupos de trabalhadores que progressivamente fosse abrangendo, tem coexistido com os serviços de saúde em completa independência, sem relações normais de trabalho. As crescentes disponibilidades financeiras e as tentativas feitas para introduzir alguma coordenação nas actividades de saúde, a partir de 1970, criaram à Previdência uma posição de grande peso na

prestação de cuidados primários directos de saúde e outros, não só pela proposta da população que serve — mais de dois terços — como pelos acordos que está a fazer com os serviços de saúde locais e hospitalares, incluindo os de saúde mental. É fácil pensar nos benefícios que teriam resultado para toda a população das actividades coordenadas destes dois tipos e que maiores seriam se essas actividades fossem organizadas em sistema unitário».

Embora a percentagem do produto nacional bruto dispendido com a saúde esteja longe de atingir o nível que se observa nos países desenvolvidos, e que nós devemos procurar assegurar rapidamente, existe a certeza geral de que não se tira o rendimento correspondente às verbas investidas na actual multiplicidade de serviços muitos deles autónomos, no sentido de independentes, elaborando os seus próprios programas com desconhecimento do que está a ser feito pelos outros serviços no mesmo campo de trabalho. Uma tal situação ajuda a criar e depois a manter nos executores a mentalidade de independência, de posse e de «xenofobia» que torna extremamente difícil a formação de estruturas disciplinadas e das equipas de trabalho preparadas e operantes, sem as quais não é possível atingir, com tempo, os objectivos indispensáveis e ao seu alcance. As despesas sempre crescentes devidas ao progresso tecnológico e à necessidade de alargamento das prestações de cuidados exigem, para o bom aproveitamento das respectivas verbas, que tudo se subordine a uma planificação correcta, orientada no sentido de estender os benefícios das conquistas da ciência — com oportunidade — aos sectores cada vez mais amplos da população que deles devem beneficiar.

E, assim, se chega ao fim desta fase, ainda completamente dominada pelos princípios caritativo-assistenciais e de seguro social de grupos, sem uma dependência das estruturas e objectivos de saúde ao princípio da cobertura global da população.

7—A EXPERIÊNCIA DE 1971 E A PRIMEIRA DEFINIÇÃO DUMA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

A reforma da saúde de 1971, começada a elaborar em 1970, teve em vista o delineamento das grandes soluções de carácter nacional no campo da saúde, aproveitando as experiências doutros países e especialmente da Inglaterra e das tentativas da URSS e outros países socialistas para unificarem os seus serviços de saúde inicialmente muito mal concebidos e pouco eficientes, sob a forma de um Serviço Nacional de Saúde. A URSS, que tinha chegado à guerra de 1941-1945 com as piores estatísticas de saúde da Europa, resultado de serviços mal organizados e nível de vida geral muito baixo, reorganizou os serviços de saúde pelo menos quatro vezes até 1969, e conseguiu, dentro duma linha de política de saúde inteiramente planeada e centralizada na orientação, resultados que se podem considerar muito bons, sobretudo nos anos recentes.

Nas suas linhas gerais, a reforma de 1971 teve por base os seguintes princípios:

- uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde;

- o reconhecimento do direito à saúde a todos os cidadãos, sem discriminação, e delineamento das tarefas legislativa e administrativa a emprender para o generalizar em termos de utilização prática a toda a população;
- reconhecimento da intervenção do Estado como difusor da política de saúde e assistência, responsável pela sua execução e fomentador das actividades que a esta dizem respeito;
- integração de todas as actividades de saúde e assistência existentes, designadamente nos planos local e regional;
- planeamento geral dessas actividades, a elaborar ao nível central.

Os objectivos prioritários que deviam remover as concepções dominantes de assistência médico-sanitária (caritativas, de supletividade, de seguro-doença independente), resumidas no número anterior, compreendiam:

- a) a definição duma política nacional de saúde, que considerasse o direito à saúde de todo o cidadão desde o nascimento como natural e iniludível, não só garantido por lei mas tendo uma tradução prática pela possibilidade real de utilizar os meios que os conhecimentos e a técnica administrativa permitem organizar e desenvolver imediatamente na fase presente da sociedade portuguesa ainda em evolução pouco avançada;
- b) a organização de um escalão superior de órgãos e serviços com capacidade para:
 - conceber, planear, programar e avaliar as tarefas de saúde e assistência e a orgânica de serviços mais convenientes em cada fase evolutiva das necessidades da comunidade;
 - colher os elementos indispensáveis para o delineamento daquelas actividades e colaborar na preparação dos planos e programas, orientar a execução destes e avaliar os seus resultados à medida que forem sendo concretizados, de forma a poderem ser introduzidas as alterações desejáveis na devida oportunidade, preparando os dados para a apreciação definitiva;
- c) a criação imediata dum dispositivo de serviços capazes de executar as tarefas de saúde e assistência, sob a forma de programas locais precisos, de resolver os problemas próprios do seu nível de actuação e de colher os elementos que correspondem ao conhecimento exacto da situação nas áreas respectivas. Estes serviços distribuem-se por dois níveis coordenados de intervenção, correspondentes às duas redes fundamentais de cobertura, que a experiência de funcionamento tornaria progressivamente mais interdependentes:
 - a rede médico-sanitária ou de cuidados primários de saúde, cobrindo toda a população dentro das suas atribuições, que passam a competir-lhe em âmbito nacional e a englobar as prestações actualmente distribuídas por diversos serviços e instituições (privadas, semi-oficiais e oficiais);

— a rede hospitalar ou de cuidados hospitalares, destinada a assegurar, sobretudo em regime de internamento, os diagnósticos e tratamentos especializados fora do alcance das atribuições da rede anterior.

Ao mesmo tempo que se definiam as bases e se estabeleciam as estruturas, era indispensável proceder à instauração de regimes de trabalho e de aperfeiçoamento do pessoal do Ministério, por meio de carreiras profissionais que se adaptassem às necessidades dos serviços e com definição exacta das condições de ingresso, promoção e acesso em cada categoria. Foi-se assim levado a actuar, simultaneamente, na preparação de medidas legislativas de base, essenciais para a reorganização do Ministério, na reestruturação hospitalar e na organização de um novo esquema de serviços de saúde locais, que deve compreender as actividades de saúde e assistência, em conjunto. Dois decretos-leis (413 e 414, ambos de 27 de Setembro de 1971), seguidos por diversos decretos regulamentares, definiram os princípios, a orgânica e as funções que caracterizavam as novas estruturas, designadas por Sistema Nacional de Saúde, e as regras a que obedeceria a sua rápida instalação. Para a integração dos Serviços Médico-Sociais da Previdência no Sistema, foi elaborado um diploma, que previa a fusão progressiva do seguro-doença com os serviços de saúde. O texto deste documento é dado no capítulo terceiro. A execução da reforma foi iniciada com vigor e esperança de continuidade, mas rapidamente abrandada ou mesmo parada, a partir de 1972, por orientação política governamental diferente de sentido não progressista.

8— A FASE INCERTA DO PÓS-25 DE ABRIL

No programa do Movimento das Forças Armadas, que concretizou os objectivos de governo da revolução militar de 25 de Abril de 1974, foi estabelecido que seria criado um serviço nacional de saúde, estatuidando o Decreto-Lei n.º 203/74, de 15 de Maio, que compete ao Governo Provisório (alínea g) do n.º 5) «Lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos». Decorridos 16 meses sobre o triunfo do MFA, nada foi feito para a consecução deste objectivo, porque a única manifestação de trabalho que houve em tal sentido, se manifestação de trabalho se pode considerar, foi a publicação da brochura «Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde» (Novembro de 1974), pela Secretaria de Estado da Saúde. A orientação dada a este folheto em nada podia ajudar a estabelecer as bases de um serviço nacional de saúde, porque lhe falta a tomada de posição indispensável, que é dizer o que se pretende fazer, ou seja, que política de saúde se vai seguir, uma vez que a política de saúde só pode ser definida pelo Governo, como órgão executivo do Estado Moderno que tem responsabilidades específicas para com a sociedade a que pertence. Afigura-se mesmo que os novos responsáveis pelo estabelecimento e execução da política da saúde nacional desconhecem a reforma de 1971, ou fingem ignorá-la, pois nem uma única referência concreta lhe é feita, nem qualquer indicação da respectiva legislação é dada na brochura referida para elucidação do leitor.

Um governante afirmou, na verdade, em Junho de 1974, que depois do 25 de Abril não havia «passado», na Saúde em Portugal, mas apenas «presente» e

«futuro». Sabendo-se como a experiência adquirida foi sempre ao longo da História uma das formas de riqueza da sociedade, pelo aumento de conhecimentos, e, sabendo-se, também, como dentro dos princípios da boa economia e da boa administração as experiências, mesmo negativas, são aproveitadas por todos os governos esclarecidos para sua orientação, não pode deixar de soar a oco e puramente retórico, que em Saúde deixou de haver «passado» no nosso País e só haverá «presente» e «futuro». Presente que ninguém começou, sequer, a criar, talvez à espera de que surja uma oportunidade ideal messiânica.

O atraso que a incerteza da actuação governativa neste período trouxe já às soluções em andamento dos nossos problemas de saúde é comparável, em gravidade, ao que se foi acumulando ao longo de todo este século e que nos colocou na situação de país mais atrasado da Europa. Trata-se de indecisão, de expectativa, de falta de conhecimentos, de falta de meios? De tudo junto? Esperemos que no futuro imediato se esclareça tal ambiguidade e se consiga a recuperação necessária de todos os atrasos, na certeza de que, qualquer que seja a política de saúde a instituir neste País, o que está legislado permite avançar rapidamente, com a segurança e a certeza de fazer só coisas úteis para o Povo, remediando calamitosas deficiências ainda presentes.

9— É PRECISO FAZER TUDO O QUE JÁ FOR POSSÍVEL e PREPARAR OS MEIOS DE REALIZAR O QUE É NECESSÁRIO E AGORA AINDA NÃO FOR POSSÍVEL

Nada nos falta para pôr a funcionar um Serviço Nacional de Saúde, depois da experiência conseguida neste campo de trabalho por vários países, desde que haja a intenção e a vontade firme de o fazer. Temos uma política nacional de saúde definida legalmente, mas se há dúvidas quanto ao seu mérito ou ajustamento às nossas necessidades ou, ainda, se não serve, é muito fácil estabelecer outra. Basta copiar o modelo do país que agrada; nem é preciso ter outras canseiras. Naturalmente, dar-se-á o caso do nosso modelo ser igual ou mesmo melhor, mais actualizado, em termos científicos, tecnológicos e administrativos. Isso acontecerá até em relação à URSS, por exemplo, porque o nosso esquema de serviços é mais unitário e de custo menor. Também a estrutura dos nossos serviços de saúde é adequada para a implantação de um sistema de cuidados de saúde moderno que cubra toda a população, seja ele do tipo socialista ou do tipo nacional organizado (inglês). Para um sistema liberal (medicina livre, de tipo comercial) é que não serve, porque a sua estrutura tem outros objectivos funcionais. Tem-se disposto de dinheiro para o fazer, ao ponto de não ter sido gasto todo o que estava atribuído por via orçamental, e igualmente há meios importantes para a preparação do pessoal de saúde indispensável à formação das equipas de trabalhadores de saúde que deverão ocupar os seus lugares nos serviços dos diversos escalões, à medida que sejam postos a funcionar. Conhecidas as prioridades, que na generalidade foram indicadas atrás no n.º 3, resta dispor de serviços que saibam elaborar os planos e programas, servindo-se dos dados resultantes da avaliação dos resultados do trabalho que for sendo feito, face às necessidades identificadas. Também estes serviços existem, porque foram criados pela reforma de 1971, cada um com as suas atribuições específicas e todas estas coordenadas: Secretaria Geral, Gabinete de Estudos e Planeamento, Insti-

tuto Nacional de Saúde. Assegurar a protecção básica da saúde por medidas de saneamento comunitário, estabelecer uma estrutura sanitária que assegure a todos os cuidados primários de saúde, desde a gravidez ao nascimento, e, depois, ao longo da vida, os cuidados hospitalares, para quem deles precise na doença, e criar as condições de aperfeiçoamento dos serviços, tornando-os capazes de acompanhar o progresso, tais são as tarefas que agora é inadiável empreender. Melhorado o saneamento rapidamente, intensificadas as campanhas contra as doenças evitáveis de massa, estabelecidas as medidas de vigilância e apoio educativo a toda a população e disciplinadas as intervenções clínicas regulares, quer ao nível ambulatório dos serviços de cuidados primários, quer ao nível hospitalar, tudo o resto terá de ser organizado complementarmente, por acréscimo, e como fruto da experiência. O cálculo do custo do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde possível e desejável para já, é referido em capítulo especial com diversos pormenores.

CAPÍTULO I

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE — POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

Todo o Estado moderno inclui em maior ou menor extensão das suas atribuições a responsabilidade de preservar a saúde da população, para o que lhe cabe o dever de legislar, organizar os meios de aplicar as leis e vigiar pela sua execução, para concretizar no campo da saúde, de acordo com as possibilidades existentes, os interesses e desejos de toda a população e as necessidades do país.

E, à medida que a sociedade se desenvolve, a pressão para que o Estado assuma responsabilidades cada vez maiores, em relação à saúde, acentua-se de forma irreversível, não só porque os interessados — os indivíduos e as comunidades — aumentam as solicitações de melhores e mais variados cuidados de saúde e exigem que lhes sejam assegurados de forma concreta, como os novos conhecimentos científicos, tecnológicos e administrativos criam movimentos esclarecidos de opinião no sentido do aperfeiçoamento dos sistemas de prestação desses cuidados e da sua mais oportuna (mais rápida e eficiente) colocação ao serviço de todos.

Os governantes e os responsáveis técnicos directos são obrigados, por isso, a planear os cuidados de saúde desejáveis no presente e, dentro do que permitem os meios e as novas experiências de que se vai dispondo, fazem-no estabelecendo as opções políticas e técnicas que constituem a estratégia da saúde.

A ESTRATÉGIA DA SAÚDE AO LONGO DO TEMPO

Estratégia é a ciência e a arte de utilizar os conhecimentos e os meios pessoais e técnicos disponíveis para conseguir a solução oportuna dos problemas a que se pretende fazer face. A *estratégia em saúde* consiste na selecção e consequente decisão de emprego de todos os elementos adequados em cada momento, dentre um conjunto específico de meios científicos, tecnológicos e administrativos disponíveis, para se obterem na melhoria da saúde da população os resultados mais úteis possíveis. Esta estratégia implica uma linha esclarecida de pensamento, em que, por um lado, os objectivos e as formas de os atingir apareçam como realidades concretas, identificadas e mensuráveis nos seus aspectos quantitativos, e, por outro, as acções a empreender sejam coordenadas na sequência

lógica das fases, momentos e locais em que devem desenvolver-se. Naturalmente que a estratégia — os diferentes tipos ou fases da estratégia, incluindo a investigação operacional ao nível dos serviços de saúde em funcionamento — pode hoje ser conduzida com uma possibilidade de resultados positivos incomparavelmente maior do que no passado e com uma quase certeza de acerto matemático entre meios envolvidos e conquistas conseguidas.

Sabe-se como ao longo da História os tipos de sociedade que se foram sucedendo — desde as sociedades escravagistas da antiguidade, à servidão da Idade Média e, já em transição, ao período do Renascimento-Industrialismo, até às formas recentes do liberalismo e mais no presente de organização estatal e socialismo — criaram condições de vida individual e comunitária desfavoráveis para a saúde, por ignorância e natureza exploratória das relações sociais. A saúde foi considerada, até há pouco, muito mais como uma dádiva sobrenatural, do que situação de factores que o homem podia dominar, e controláveis, portanto, pela intervenção de medidas específicas coordenadas. Também, em estreita dependência destas condições e como as causas das doenças eram desconhecidas na sua quase totalidade e a mente das pessoas estava dominada pela interpretação sobrenatural dos benefícios ou malefícios que as atingiam, pouco era possível empreender para melhorar a saúde e combater eficazmente as doenças, dada a dificuldade de aplicar e, sobretudo, de fazer aceitar os reduzidos conhecimentos racionalistas úteis existentes.

Não há, por isso, razão para nos admirarmos de que nos tempos recuados da idade do bronze, há mais de 5000 anos, a duração média da vida humana não atingisse 20 anos, porque a grande maioria dos indivíduos morriam pouco depois de nascer e durante a infância. E que no período de esplendor da Grécia e de Roma, essa duração média não fosse além de 30-33 anos, assim se mantendo com pequeno progresso até ao período científico das grandes descobertas biológicas da segunda metade do século passado. Ainda hoje nas grandes massas da população asiática, africana e da meso-América Latina, o efeito destas descobertas é pequeno, ao ponto de que a duração média da vida ali só nos últimos anos começou a exceder os 40 anos, quando nos países civilizados é já superior a 71anos. No entanto, quando algumas destas populações resolvem melhorar as suas condições higiénicas e alimentares básicas, aplicando medidas coordenadas de intervenção esclarecida, a duração média de vida aumenta rapidamente e em períodos de tempo inferiores a uma geração ultrapassa os 50 anos ou aproxima-se mesmo dos 60 anos — caso da China. Sabe-se como melhorar a saúde e prever até onde se pode ir, com os meios a empregar. Também se sabe como aumentar a duração média da vida e como este aumento depende directamente da melhoria das condições de saúde, mas não se sabe o limite que se pode atingir, a não ser por extrapolação do que tem acontecido nos países que levam avanço. Admite-se que até ao fim do século, se possa atingir, em boas condições de saúde para a média da população, os 80 anos e ir mais longe no próximo século. Mas, tomando como exemplo os animais domésticos que compartilham com o homem o mesmo ambiente, a duração média de vida devia ser muito mais longa, visto que nesses animais a duração média de vida é mais de 10 vezes superior ao período de desenvolvimento, desde o nascimento até à idade adulta, o que

para o homem daria cerca de 180 anos, pelo menos, e não os 71 atingidos na nossa época ou os 80 previstos, como possíveis, até ao fim do século. À medida que os novos conhecimentos e os resultados da experiência foram criando nova mentalidade humana e habilitaram os responsáveis e os estudiosos ou humanistas preocupados com o bem-estar geral a utilizar meios cada vez mais esclarecidos e eficientes no estudo e aproveitamento dos factores favoráveis à saúde, na luta contra as doenças e na organização consequente dos serviços encarregados da actuação, desenvolveu-se a necessidade de estabelecer regras de intervenção e normas para disciplinar e orientar as modalidades mais favoráveis desta intervenção, cujo objectivo aparente — a melhoria da saúde — condiciona directamente o alongamento da vida.

ESTRATÉGIA E FACTORES CONDICIONANTES DA SAÚDE

O que se passa, na realidade, com a saúde e doença em cada um de nós e no conjunto da população, é que a saúde é o estado de normalidade de cada organismo — resultante do equilíbrio deste com o meio exterior em que vive, seja este meio o ambiente (atmosfera, clima, solo, água), da habitação, locais de trabalho ou o grupo social constituído por pessoas com quem convivemos ou com quem estamos em contacto — e a doença é a quebra mais ou menos acentuada deste equilíbrio.

Sabe-se hoje de ciência certa que a saúde depende:

- da constituição natural da pessoa, isto é, da influência exercida pelo material genético (aquilo que se herda dos pais) que se torna aparente durante o desenvolvimento uterino até ao nascimento e continua pela vida fora a dar-nos a medida da nossa resistência e da nossa capacidade mental;
- das condições do ambiente em que as pessoas vivem depois do nascimento serem ou não favoráveis à promoção da saúde e à sua manutenção, o que simplesmente se pode dizer «serem ou não causas directas ou favoráveis de doença».

Embora se conheça já muito acerca das causas da má constituição (sabe-se, por exemplo, que na Inglaterra, onde há estudos bem feitos sobre o assunto, cerca de 4 % das crianças nascem com defeitos congénitos e doenças genéticas, e que estas causas são difíceis de evitar sem haver serviços de saúde bem desenvolvidos para aconselharem e vigiarem os pais e as famílias, antes de terem os filhos), o que se passa com o ambiente é muito mais acessível ao estudo e à intervenção de todos nós. O ambiente desfavorável é não só a causa de praticamente todas as doenças infecciosas e parasitárias, como das doenças alimentares, tóxicas respiratórias, da pele, do sistema nervoso e, certamente, da mente.

No mundo moderno, de que são exemplo elucidativo os países mais evoluídos, verifica-se que é possível acabar com muitas doenças dependentes das más condições de ambiente, logo que tais condições desapareçam ou sejam substituídas por outras favoráveis. É o caso da instalação dos abastecimentos de água

potável canalizada, de instalações sanitárias com canalização e tratamento dos dejectos ou a sua remoção higiênica, bem como dos lixos e mais detritos ou porcarias, a luta contra as moscas, os mosquitos e mais insectos incómodos ou perigosos e outros vectores de micróbios e parasitas, a vigilância higiênica dos produtos alimentares, o impedimento da poluição, sobretudo do ar, da água, dos alimentos e do solo. Desde a febre tifóide, diarreias, parasitoses, paludismo, bronquites e diversas doenças respiratórias e digestivas, dermatoses, afecções dos olhos e dos ouvidos, doenças do trabalho — que são facilmente evitadas ou diminuídas a níveis baixos quando se modificam as causas de que dependem directamente — às doenças resultantes da alimentação desequilibrada por abuso de gorduras, açúcar, carnes e outros produtos conservados, bebidas alcoólicas e falta de pão escuro, vegetais verdes e frutos, que afectam sobretudo os aparelhos digestivo, cardiovascular, renal e cerebral, ainda mal conhecidas, a influência dos factores do ambiente em que se vive é soberana. Quanto ao tipo desequilibrado da alimentação moderna, os seus efeitos são acompanhados de outros «efeitos adjuvantes maléficos» resultantes do modo de vida, também desequilibrado, da sociedade moderna competitiva e sedentária — o que se designa por efeitos convergentes dos três factores que começam por «s»: superalimentação, sedentariedade, stress.

Quando se faz a apreciação estatística do número e distribuição destas doenças na população e da idade em que os indivíduos têm mais riscos e mais adoececem ou morrem (por doença, acidente, morte natural em idade avançada) e ainda da duração média de vida de cada pessoa ao nascimento ou do tempo médio de vida que ainda pode ter na idade em que se encontra, fica-se em condições de conhecer o nível de saúde, isto é, o grau de boa ou má saúde geral.

Vencidas as doenças características das condições atrasadas do ambiente (baixo nível higiênico) em que as pessoas vivem, as sociedades evoluídas estão a ser atacadas por três grupos de doenças muito graves, duas das quais — as doenças cardiovasculares e o cancro — são altamente incapacitantes e mortíferas, e a outra — psiconeuroses — é altamente incapacitante. Julga-se que todas elas dependem fundamentalmente das más condições do ambiente (ainda não estudadas de forma conveniente). As duas primeiras, sobretudo da alimentação desequilibrada e da poluição (fumo do tabaco, outros produtos tóxicos); e as psiconeuroses, de más condições do ambiente social, incluindo a habitação, e da alimentação desequilibrada.

Compreende-se, assim, que algumas famílias terão mais do que outras casos de doenças genéticas ou de doenças constitucionais, por terem no seu material genético, herdado dos pais, a causa da doença ou perturbação. Também se compreende que nem todos os indivíduos dessas famílias sejam atingidos, pois as regras da transmissão das características genéticas — hoje conhecidas para muitas delas — explicam as diferenças de transmissão e os riscos que há para os descendentes.

Por outro lado, se a saúde de cada um depende da sua constituição e dos riscos a que se encontra sujeito no contacto com o ambiente, é fácil compreender que os mais resistentes terão maior capacidade de sobrevivência, mas que depende das condições do ambiente e dos riscos directos que estas oferecem a quem

nelas vive, pelo grau de exposição a esses riscos, o melhor ou pior nível de saúde nas diferentes fases da vida, desde o nascimento até à morte.

Para que toda a gente tivesse o mesmo, ou comparável, bom grau de saúde seria preciso que:

- todos os indivíduos tivessem uma constituição normal e que no seu material genético não houvesse anormalidades, mesmo não reveladas;
- todos estivessem igualmente protegidos contra as doenças evitáveis por vacinas ou outros meios profilácticos;
- os agentes mórbidos, vindos do exterior, desde o frio e o calor excessivos, micróbios patogénicos, parasitas, tóxicos, fossem evitados;
- os acidentes que lesam o corpo e causam doenças fossem reduzidos a um nível sem importância;
- a má alimentação, o abuso do tabaco e de bebidas alcoólicas e o uso de drogas fossem corrigidos;
- a irritabilidade e más disposições mentais duradouras ou repetidas, provocadas pelas relações familiares e sociais desagradáveis, sejam evitadas por novas condições favoráveis de vida doméstica, de trabalho e ambiente social;
- as anomalias surgidas no interior do organismo, sobretudo por nutrição perturbada, quase sempre na dependência de alimentação excessiva e desequilibrada e uso de bebidas alcoólicas destiladas, fossem corrigidas precocemente, por vigilância regular das pessoas, enquanto novos hábitos não criarem condições normais de funcionamento do organismo humano em todas as idades.

A comparação do estado de saúde e dos vários tipos de doenças que aparecem na população de cada país, ou em grupos desta, permite saber se o nível de saúde dum país em relação a outro é melhor ou pior, em termos estatísticos, de desenvolvimento, de capacidade de trabalho, de bem-estar, etc., e ainda se a forma como a população está a ser servida pelos seus serviços de saúde é de bom ou mau nível, quanto a resultados úteis.

Se considerarmos os factores indicados as causas básicas da regulação do estado de saúde ou de doença, e por eles avaliarmos a nossa capacidade de intervenção útil, reconhece-se que esta será muito mais importante e fácil em relação ao ambiente do que em relação à constituição genética. Muitos destes factores, verdadeiras infraestruturas, são porém, condicionados por interacções doutros factores a níveis mais elevados, os quais constituem as superestruturas que dominam todo o subsistema da Vida, que é a Saúde, quer para o seu conhecimento exacto, quer para a sua vigilância e melhoria de condições.

Como se poderá ver no esquema seguinte, a educação, a economia, as medidas político-sociais e a investigação actuam conjuntamente sobre os factores básicos da saúde:



dependendo da forma como a sociedade e, por ela, os governantes, os considerarem, a extensão das medidas a empreender e dos serviços a organizar.

ESTRATÉGIA DA SAÚDE E CUIDADOS MÉDICOS

Para enfrentar os grandes problemas da doença, da incapacidade física e mental e da desadaptação social, todos eles traduzindo um nível de saúde diminuído, mas, em princípio, reajustável, há que conhecer os factores causais e os remédios e dispor de meios eficazes de intervenção. Como as causas e os remédios vão sendo conhecidos progressivamente de forma mais satisfatória, a organização dos meios de intervenção constitui o principal desafio a enfrentar.

Esta organização tem sido orientada especificamente para o tratamento da doença, o que corresponde, sob o ponto de vista histórico, a uma fase primária, ainda que evolutiva, na concepção e organização de sistemas mais completos de prestação de cuidados de saúde. É a fase dos *cuidados médicos*, cuja estratégia tem enorme importância.

O diagnóstico e tratamento dos doentes e acidentados tem envolvido sempre na prática duas modalidades de actividades baseadas no grau de organização e modo de financiamento, presentemente a evoluírem com perspectivas diferentes ou mesmo opostas:

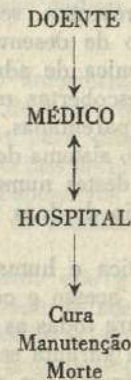
- a que corresponde a actos médicos individuais, com relações de um para um entre médico e doente, pagando o doente do seu bolso quando recorre ao médico ou, em termos equivalentes, ao hospital, e em que as regras são aproximadamente as do mercado do trabalho, seguindo a própria distribuição dos médicos a procura para os seus serviços na dependência

de dois factores básicos: aspirações do médico e dinheiro para satisfazer as necessidades por parte dos clientes. É o que se pode traduzir sob a forma de equação do mercado do trabalho médico: procura = aspirações + necessidades e dinheiro para as satisfazer. O mesmo critério se applicava às instituições (clínicas, casas de saúde, hospitais) que se localizavam onde e quando o dinheiro era colocado em função das regras mencionadas;

- a que corresponde, directa ou indirectamente, à intervenção da comunidade sob a forma de serviços organizados em que o acto médico (diagnóstico e tratamento) deixa em grande parte de ser individual e passa a resultar da cooperação de equipas (médicos, pessoal de enfermagem, técnicos de laboratório e de outras especialidades, farmacêuticos, físicos e químicos e até engenheiros) empregando equipamentos complexos a que se juntaram recentemente diversos meios de mecanização e os aparelhos automáticos e computador. Esta intervenção impulsiona a organização de serviços complexos com grande capacidade de trabalho, pela atribuição de fundos, promoção de acordos e contratos, e deixa de ser problema transitório, apenas de interesse pessoal ou com intervenções individuais, para se tornar progressivamente assunto permanente de interesse público e objecto da actividade planeada do Estado.

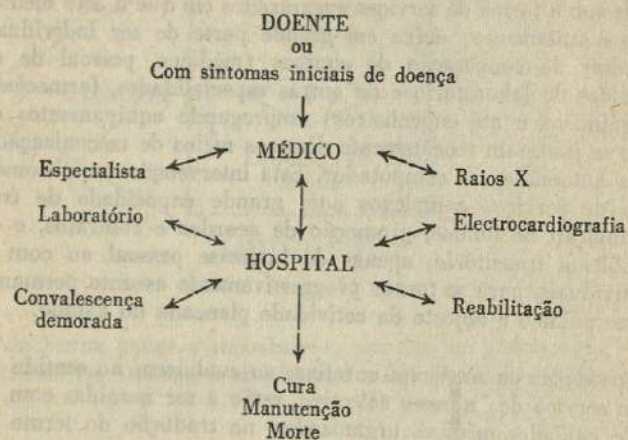
As actividades da medicina curativa, ao evoluírem no sentido da sua organização em serviço de interesse colectivo, estão a ser reunidas com a designação genérica de cuidados médicos organizados, na tradução do termo *medical care* anglo-saxónico.

Convém acentuar que o sistema tradicional de prestação de cuidados médicos, envolvendo apenas o médico e o doente, foi até ao começo do século completamente individualista e francamente primitivo, de efeito quase illusório, actuando a medicina clínica no tratamento dos doentes sem meios de diagnóstico diferenciados e sem apoio técnico organizado, quando as pessoas sentindo-se doentes ou, quase sempre, muito doentes, recorriam ao médico e ao hospital desprovido de eficácia, conforme o esquema seguinte:



(esquema dos cuidados médicos, cerca de 1900)

Desenvolveram-se, depois, progressivamente, algumas técnicas precisas de diagnóstico e novos conhecimentos biológicos e médicos sobre a causa e evolução das doenças, com o aparecimento de especialidades que facilitaram o aperfeiçoamento de diversos meios técnicos (análises laboratoriais, raios X, electrocardiografia) e a sua utilização de forma útil e generalizada, beneficiando os doentes de novos medicamentos e, ainda, de novos tipos de serviços ligados aos hospitais (convalescença demorada, reabilitação). No período entre as duas grandes guerras, o esquema era aproximadamente o seguinte:



(esquema dos cuidados médicos, cerca de 1935)

Neste esquema, como no anterior, só os indivíduos com manifestações de doença eram praticamente abrangidos, porque só eles recorriam ao médico, e eram grandes as diferenças de possibilidades deste recurso, condicionadas pelos factores individuais económicos e de educação. A organização, pouco extensa e pouco eficiente, manteve papel secundário na melhoria da saúde da população.

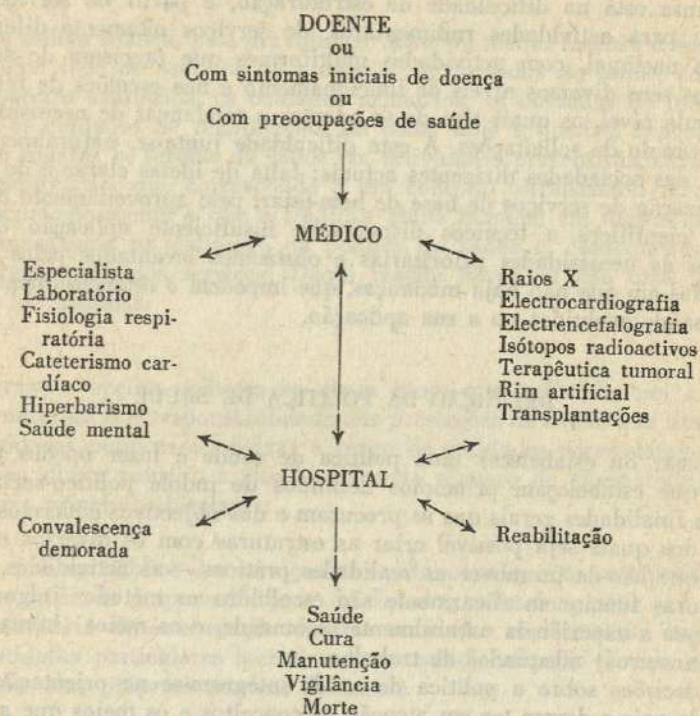
A segunda grande guerra representou, seguidamente, no calendário histórico, o início de um novo período de desenvolvimento acelerado do conhecimento médico e terapêutico, da técnica de administração de serviços de saúde e de preocupações sociais, com descobertas em todos os campos tecnológicos ligados às disciplinas médicas ou aparentadas, que trouxeram mudanças fundamentais na estrutura e actividades do sistema de cuidados médicos.

A necessidade de organização destes numa escala até então impensada em estado a desenvolver-se sob a pressão de duas forças:

— uma de natureza sócio-política e humanitária, que procura fazer desaparecer as desigualdades de acesso e participação nos benefícios da civilização e tem em vista para todas as pessoas um máximo de cobertura médico-sanitária regular que garanta segurança e assegure proveito prático com as intervenções directas por meio dos programas de melhoria da saúde;

— outra de natureza técnico-social, que procura evitar ou remediar as grandes distâncias ou desfasamentos entre as novas tecnologias e os velhos métodos inadaptados ao seu oportuno e progressivo aproveitamento generalizado.

A situação pode resumir-se no esquema:



(esquema dos cuidados médicos, cerca de 1970)

Ao contrário do que aconteceu anteriormente, o período que se seguiu à segunda guerra mundial, para além do desenvolvimento rápido dos meios técnicos novos ou mais eficientes, tanto para diagnóstico como para terapêutica, caracterizou-se pelos planos médico-sociais de previdência ou de segurança social, com a possibilidade de estabelecer dispositivos mais evoluídos e sobretudo mais coordenados de cuidados médicos e de assistência médica aos necessitados, até então praticamente independentes.

Depreende-se do esquema anterior que a nova organização de cuidados médicos começa a estabelecer facilidade de acesso ao médico para os próprios indivíduos não doentes, abrindo-se assim o caminho da vigilância da saúde da população que os novos sistemas procuram considerar como objectivo pessoal, sem submergir este com a sobrecarga de indivíduos sãos e doentes que o procuram sem prévia triagem.

As experiências dos países de medicina organizada, como a Inglaterra, e de medicina socializada, como os do leste da Europa, mostram que se está ainda longe de dispor de esquemas de cuidados médicos integrados ou coordenados em sistemas de cuidados de saúde eficientes, económicos e abertos para a cobertura de toda a população, sem diferenciação de sectores sócio-económicos, grupos ou comunidades.

A causa está na dificuldade de estruturação, a partir de serviços velhos, orientados para actividades rudimentares, de serviços altamente diferenciados, em escala nacional, com actividades multiformes que precisam de ser enquadradas nos seus diversos níveis de funcionamento e nos escalões de hierarquização em cada nível, os quais têm de se adaptar a mudanças de necessidades e de aumento rápido de solicitações. A esta dificuldade junta-se, naturalmente, a que é própria das sociedades dirigentes actuais: falta de ideias claras e de iniciativa na organização de serviços de base de bem-estar, pelo aproveitamento dos conhecimentos científicos e técnicos disponíveis, insuficiente aplicação de fundos adequados às necessidades prioritárias e obstáculos levantados pelos elementos interessados em que não haja mudanças, que impedem o estabelecimento de políticas de saúde evoluídas ou a sua aplicação.

DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Delinear ou estabelecer uma política de saúde é fazer opções políticas e técnicas que estabeleçam princípios definidos de índole político-social, indicadores das finalidades gerais que se procuram e dos objectivos concretos a atingir, a partir dos quais seja possível criar as estruturas com os diversos escalões de serviços que hão-de promover as realidades práticas — as actividades. Para que as estruturas funcionem eficazmente são escolhidos os métodos julgados convenientes, que a experiência naturalmente recomende, e os meios (humanos, técnicos e financeiros) adequados de trabalho.

As decisões sobre a política de saúde integram-se na orientação geral da política do país e devem ter em atenção os conceitos e os meios que a sociedade for capaz de utilizar ao serviço do bem comum. Esta capacidade da sociedade — das diferentes sociedades existentes na nossa época — depende fundamentalmente das suas possibilidades económicas, porque a saúde custa muito dinheiro e exige o emprego de tecnologias desenvolvidas que se renovam permanentemente, e das medidas político-sociais estabelecidas para a promoção e vigilância da saúde da população no seu conjunto, como parte da segurança social. Três grupos de medidas condicionam o estabelecimento da política da saúde:

- de ordem económica, pela criação de melhores condições básicas de nível de vida, de trabalho e de ambiente social que ajudem a libertar os indivíduos e as famílias das sujeições às situações desfavoráveis do ambiente, desde a alimentação, à habitação, à falta de higiene, aos riscos e agressões evitáveis da ocupação, até aos factores da poluição e outros, perturbadores da vida comunitária;
- de ordem educativa, cultural e emocional, pela criação de nova mentalidade crítica, que permita a todos os elementos da população conheci-

mentos claros do que é a saúde, da sua importância e da forma como é mantida e melhorada, o que implica a organização de meios de ensino, instrução e informação permanente, com uma coordenação e nível de objectividade e seriedade exemplares, chegando aos interessados por forma a despertar receptividade e adesão completa voluntária nas tarefas de participação;

- de ordem técnica, pela organização mais ou menos extensa e aperfeiçoada duma rede de serviços de prestação de cuidados de saúde, cobrindo os aspectos sanitários, os cuidados primários, os cuidados de internamento e os cuidados de reabilitação, tal como hoje é possível fazê-lo. A ideia de separar as tarefas da saúde em actividades preventivas, curativas e de reabilitação, que corresponde a um conceito ultrapassado doutrinária e tecnologicamente e que a tradição ainda mantém em muitos países, tem importância na definição da política da saúde e, conseqüentemente, na organização dos serviços. Daqui resulta haver ou não uma política de saúde unitária.

As grandes opções políticas na nossa época que o Estado tem a fazer, ao definir a natureza e a responsabilidade das prestações de saúde que deseja imputar às entidades públicas ou deixar a cargo de entidades para-estatais ou ainda particulares, dizem respeito à escolha de certo número de alternativas, que elas próprias são princípios basilares:

- o carácter público dos serviços de saúde, ou não, com uma política global de saúde da responsabilidade do Estado, podendo passar por uma fase transitória de intervenção doutras entidades não estatais, incluindo as entidades particulares lucrativas, mas sob fiscalização directa do Estado, pelos seus próprios serviços de saúde;
- o carácter de universalidade dos serviços de saúde, ou não, considerando a saúde como um direito universal, garantido a todos, por forma que a totalidade da população, na prática, beneficie dos mesmos cuidados e nas mesmas condições;
- o carácter de igualdade, ou não, na prestação dos cuidados aos indivíduos ou aos grupos, que está implícito no anterior, mas que, juridicamente, se individualiza;
- o carácter de gratuidade pura, completa, ou apenas parcial, no sentido de que os cuidados de saúde são prestados sem que os cidadãos os retribuam directamente quando os recebem, ou, pelo contrário, tenham que os pagar em parte ou na totalidade. O princípio da gratuidade caracteriza alguns dos sistemas de saúde mais evoluídos, mas não atingiu o aperfeiçoamento desejado por definição incompleta da política de saúde correspondente;

— o carácter de planificação das actividades de saúde, isto é, a fixação de objectivos concretos globais e parcelares, por sectores e serviços, a afectação de meios necessários para a realização dos objectivos fixados e a avaliação sistemática dos resultados, ou a não intervenção do Estado directamente nestes domínios;

— o carácter integrado, ou não, das actividades de saúde no condicionamento de ordem política, económica e social que orienta a vida da população, a nível nacional e local, conforme há ou não uma política geral unitária no país.

As grandes opções técnicas, que se seguem às opções políticas, das quais dependem e com as quais estarão em concordância, são traduzidas pelas medidas que permitem orientar, estruturar e organizar, nos aspectos técnicos e profissionais os serviços, e correspondem elas próprias a princípios basilares:

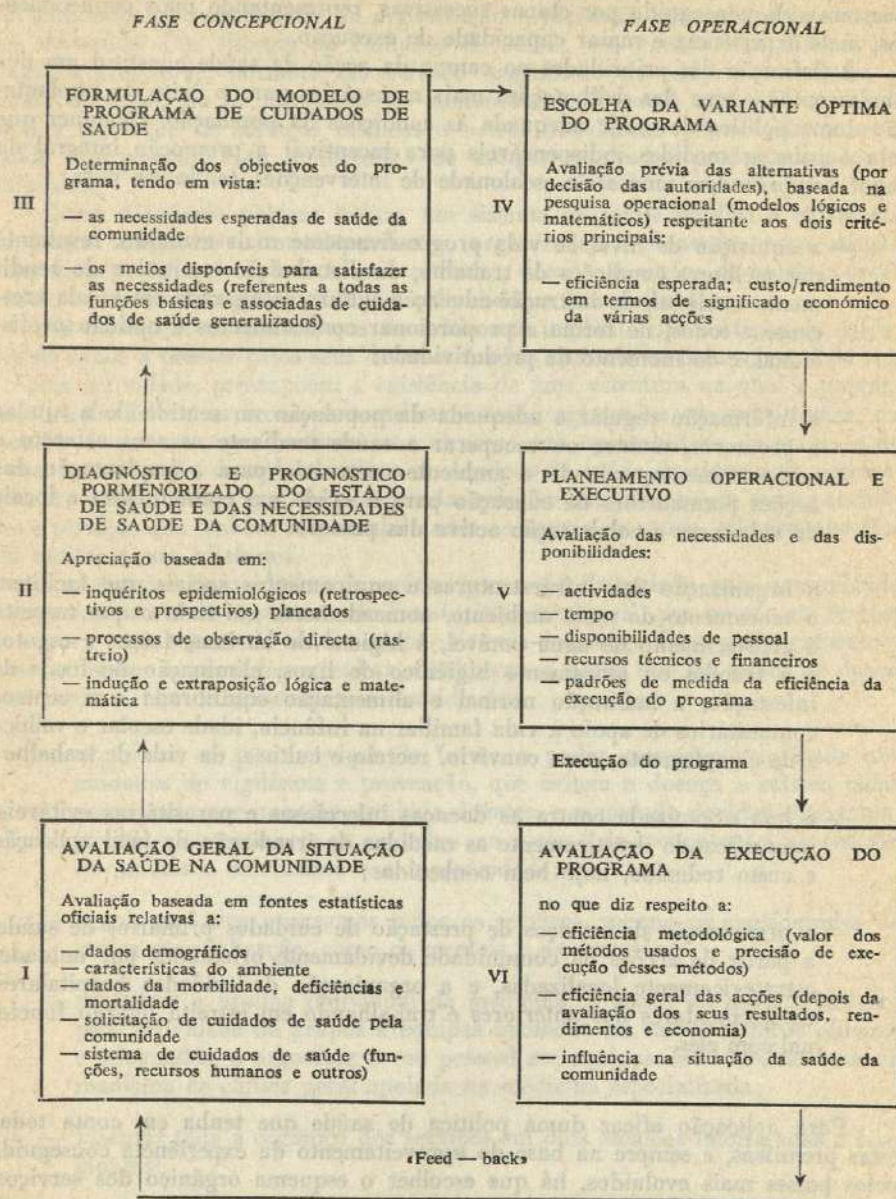
— o princípio da integralidade, que estabelece um tipo ou modelo de prestação de cuidados completos e não, apenas, de simples cuidados médicos, segundo um ou outro esquema dos aplicados no presente. A adopção do princípio da integralidade na política de saúde significa que devem ser assegurados, devidamente integrados, três grupos de cuidados — promoção e vigilância da saúde e prevenção das doenças; diagnóstico e tratamento dos doentes o mais precocemente possível; reabilitação dos diminuídos — por meio de intervenções no plano médico e no ambiente físico e social, que exigem a organização de equipas de saúde pluridisciplinares e a aplicação de métodos evoluídos de administração sanitária;

— o princípio do planeamento, que representa a expressão técnica do princípio político da planificação, e que corresponde ao encadeamento racional de três objectivos unificados — programação de actividades; coordenação das tarefas executivas; avaliação dos resultados e conclusões deliberativas sobre o seu significado e implicações no aperfeiçoamento dos meios de acção disponíveis;

— o princípio da orientação técnica, em oposição ao empirismo, que depende da informação científica e técnica utilizada, tanto ao nível do planeamento como da execução, em que uma das bases é a informação proveniente da população e dos serviços sobre os problemas de saúde existentes. Esta informação sobre as realidades, combinada à informação científica e técnica relativa aos meios a empregar, influencia todos os planos de organização ou funcionamento de serviços de saúde modernos;

— o princípio de unidade, que pressupõe o planeamento, a execução e a avaliação da política da saúde como partes do mesmo conjunto, cujo esquema corresponde ao seguinte modelo:

Planeamento, execução e avaliação



Uma política de saúde moderna, integrada numa política nacional bem definida, obedece a planos, resultantes das opções de ordem política e técnica, elaborados segundo princípios coordenados, e não pode ter o carácter casuístico das deliberações individualistas desligadas do objectivo concreto do bem-comum, que tem sido conseguido por etapas sucessivas, representando mais conhecimentos, mais experiência e maior capacidade de execução.

A definição das prioridades no campo da acção da saúde constitui um dos fundamentos e uma das deliberações mais necessárias para o êxito da implantação duma política de saúde adequada às condições da população. Qualquer que seja o país, as medidas indispensáveis para incentivar a promoção integral da saúde compreendem uma série escalonada de intervenções, tendo em vista:

- a aquisição de nível de vida progressivamente mais evoluído, resultante das melhores condições de trabalho, da distribuição equitativa do rendimento nacional, da instrução-educação-cultura assegurada em escala crescente a todos, de forma a proporcionar conhecimentos e aptidão profissional, e do momento da produtividade;
- a informação regular e adequada da população no sentido de a ajudar a promover, manter ou recuperar a saúde mediante os seus esforços e comportamento, criando o ambiente necessário para a implantação das acções permanentes de educação para a saúde nas comunidades e locais de vida, com a colaboração activa das pessoas;
- a organização das infraestruturas e equipamentos sociais que facilitem o saneamento do meio ambiente, nomeadamente em tudo o que respeita o abastecimento de água potável, à higiene de latrinas, fossas e esgotos e à recolha ou lançamento higiénico de lixos, eliminação de focos de infestação, a habitação normal e alimentação equilibrada e a centros comunitários de apoio à vida familiar na infância, idade escolar e velhice e de complemento, para convívio, recreio e cultura, da vida de trabalho;
- a luta organizada contra as doenças infecciosas e parasitárias evitáveis, intensificando drasticamente as medidas de irradiação de fácil aplicação e custo reduzido, hoje bem conhecidas;
- a organização de serviços de prestação de cuidados primários de saúde, a partir de acções na comunidade devidamente orientadas por unidades estrategicamente localizadas, e a organização de cuidados hospitalares, complementares dos anteriores e trabalhando em estreita ligação funcional com eles.

Para aplicação eficaz duma política de saúde que tenha em conta todas estas premissas, e sempre na base do aproveitamento da experiência conseguida pelos países mais evoluídos, há que escolher o esquema orgânico dos serviços, o modelo de formação profissional e o plano financeiro de suporte, que constituem um sistema de cuidados de saúde.

Sistema de cuidados de saúde. Entende-se por sistema de cuidados de saúde a totalidade de recursos reunidos por grupos da população, pelas comunidades, por entidades ou pelo Estado na organização e prestação generalizada de serviços de saúde. Um sistema de cuidados de saúde, ou, apenas, um sistema de saúde, corresponde, portanto, ao esforço organizado da própria sociedade, à escala nacional, ou de entidades ou comunidades, à escala regional ou local, para a prestação de serviços médicos e outras actividades relacionadas com a saúde das pessoas, com o objectivo de atingir resultados predeterminados e definidos.

Como a própria palavra indica, um sistema de saúde implica a existência de partes integradas e interdependentes, organizadas e montadas para atingir determinados objectivos, isto é, uma estrutura dotada de meios de acção coordenados, aos quais se atribuem funções e finalidades bem definidas.

Na concepção de um sistema de saúde está implícito que os tipos de cuidados de saúde a prestar pelos seus diversos órgãos, que são os instrumentos da sua própria actividade, pressupõem a existência de uma estrutura na qual a população beneficiária e os recursos a utilizar estarão agrupados em subsistemas, ou escalões funcionais, que facilitam aos utentes, com oportunidade de tempo e de acesso, a utilização de todos os tipos de serviços de saúde desejáveis ou necessários. Ao mesmo tempo que são asseguradas relações funcionais com outras entidades e serviços que tenham responsabilidades no campo da saúde, relações que são, em muitos casos, bilaterais.

Um sistema de cuidados de saúde, quer seja financiado pela comunidade nacional, pela via do orçamento do Estado (tipo nacional), por quotas em regime de seguro (tipo seguro de saúde) ou por sistema de avença (tipo pré-pagamento), para satisfazer e para desempenhar cabalmente o papel que lhe cabe, na época que vivemos, tem de se orientar no sentido de:

- organizar os seus serviços de forma a poder conceder prioridade aos cuidados de vigilância e prevenção, que evitem a doença e salvem vidas começando por impedir que haja doentes, e mantendo devidamente actualizados e operacionais os cuidados curativos e de recuperação, no sentido de reduzir o sofrimento e a incapacidade;
- reunir nos seus programas todos os serviços, mesmo os considerados de maior especialização, como os mentais e os dentários;
- substituir a prática individual da medicina, a acção do médico isolado, pela actividade de grupos e equipas apoiadas em meios técnicos eficazes e adequados, e organizar o seu pessoal em equipas de saúde, na base da medicina de clínica geral apoiada na medicina especializada;
- assentar toda a orgânica dos serviços em dois escalões interligados e funcionais:
 - a) o sector da cobertura médico-sanitária da população, que presta os cuidados de base, ou primários, directamente sob a forma de cuidados

preventivos e curativos, que podem ser efectuados ao nível local dos serviços, tanto para os indivíduos como para as comunidades, e promove o encaminhamento racional (triagem) dos doentes que necessitam de ser atendidos no escalão dos cuidados hospitalares;

b) o sector de internamento, ou hospitalar, para tratamento e diagnóstico especializado dos casos que não podem ser resolvidos no escalão anterior;

- desenvolver o próprio sistema sob a forma de rede de serviços, baseados nos centros de saúde e postos dependentes, para os cuidados primários, e nos hospitais distritais e hospitais centrais, para os cuidados mais altamente especializados;
- assegurar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o seu controlo público, a supervisão profissional e a programação da educação sanitária intensiva como parte do funcionamento dos próprios serviços;
- considerar-se, de facto e por definição, orientado para servir toda a população e manter actualizada e eficiente a qualidade dos cuidados que presta.

As alternativas de modelos e orgânicas de sistemas de saúde dependem do desenvolvimento político e social das populações, porque o estágio desse desenvolvimento condiciona irremediavelmente as preocupações com o planeamento de objectivos e as decisões sobre a organização, financiamento, distribuição e opção dos cuidados de saúde a assegurar.

No começo da década de 70, os sistemas de cuidados de saúde podiam agrupar-se nos cinco modelos seguintes, de que se faz uma descrição sumária e comparativa, completada com notas sobre os presentes sistemas chinês e cubano.

1. — Sistema inglês ou de Serviço Nacional de Saúde

Organizado em seguida à última grande guerra de 1939/45, e remodelado em 1/4/74, representa talvez a mais importante tentativa feita até aos nossos dias para cobrir a totalidade da população, em que se procurou conciliar a medicina organizada, controlada pelo Estado, com algumas normas essenciais da chamada medicina liberal.

- É um sistema baseado numa política de saúde eminentemente nacional e social, apoiado em métodos técnico-científicos modernos, tanto nos aspectos médicos como administrativos;
- Assegura um serviço de saúde completo (isto é, cuidados de medicina preventiva, promoção e vigilância da saúde; medicina geral; especialida-

des, englobando os cuidados obstétricos, os dentários e a correcção dos órgãos dos sentidos; cuidados de enfermagem e serviço domiciliário de enfermagem e visitação social), capaz de responder perante toda a população com os recursos completos da ciência médica;

- Os cuidados preventivos e curativos, o fornecimento de medicamentos, com pequenas restrições, e o fornecimento de certas próteses são gratuitos; a sua cobertura financeira é assegurada em mais de 80 % pelo orçamento geral do Estado e completada através de taxas locais, por uma contribuição regular da Previdência e pelos próprios utentes, especialmente em certas próteses dentárias, óculos e hospitalização em condições especiais de conforto (amenity beds);
- O serviço nacional de saúde inglês não é um monopólio, nem um serviço de medicina socializada. Os médicos são livres de aderir ou não ao sistema e os doentes igualmente livres de recorrer ou não aos seus benefícios. O médico de clínica geral (médico de família ou generalista) tem liberdade de escolha dos seus doentes potenciais, com a limitação de a lista dos mesmos não ultrapassar os 3500 (a média, em 1972, foi de 2421); o paciente ou utente tem a mesma liberdade, sob idêntica reserva, podendo mudar de médico, mesmo depois de inscrito, por um processo simples e rápido;
- O médico tem liberdade de prescrição terapêutica e o segredo profissional é resguardado da forma tradicional, embora o registo dos factos clínicos seja obrigatório;
- O médico de clínica geral é pago pelo serviço nacional de saúde, com base numa remuneração fixa acrescida de uma quantia proporcional ao número de pessoas inscritas na sua lista de doentes. Os médicos dos hospitais trabalham em tempo completo e não podem ter clientes fora; ou em tempo parcial e podem ter clientela privada fora do hospital e, em casos especiais, no próprio hospital;
- A administração dos serviços é descentralizada, nos seus dois escalões principais de actuação:
 - a) ao nível local, constituído pelos centros de prestação de cuidados primários, reunindo meios técnicos e pessoal, os cuidados ao domicílio, geridos pela entidade sanitária local, e os serviços de medicina clínica geral, dentária, farmácia, etc., administrados por conselhos executivos de que fazem parte as entidades sanitárias, representantes das organizações profissionais e elementos nomeados pelo ministro da Saúde;
 - b) ao nível regional, constituído pelos hospitais distritais e centrais, administrados por conselhos hospitalares regionais e comissões de gestão hospitalar;

- A formação de médicos é feita em escolas oficiais de medicina (Universidades) e nos hospitais escolares, que têm administração própria;
- A investigação médica, acentuadamente próspera, é garantida por fundos públicos e, em mais pequena escala, por subsídios particulares, e coordenada dentro e fora das universidades por conselhos próprios;
- O custo do serviço nacional de saúde inglês corresponde a 5,5 % do Produto Nacional Bruto (1973), incluindo os serviços sociais pessoais.

2. — Sistema dos países socialistas ou de medicina socializada

Concebido e organizado na URSS depois da revolução de Outubro de 1917, e substancialmente melhorado ao longo dos anos, tem este tipo de sistema de saúde servido de modelo às democracias populares da Europa Oriental, com adaptações às diferentes situações locais. Diferencia-se substancialmente do sistema inglês. Trata-se de um serviço nacional de medicina socializada, inteiramente dependente do Estado. Eis algumas das suas características essenciais:

- A organização e distribuição de cuidados de saúde totais e unitários, preventivos e curativos são asseguradas e financiadas integralmente pelo Estado, o que torna possível que os serviços de saúde sejam postos gratuitamente à disposição de todos os cidadãos, em igualdade de condições para todos;
- O plano de desenvolvimento dos serviços de saúde é considerado como qualquer outro sector da economia nacional, integrando-se nos planos globais de desenvolvimento do país. Assim, a repartição de instituições e de pessoal médico, paramédico e outro é decidida segunda as necessidades e as possibilidades para todo o conjunto do país;
- Todo este pessoal tem o estatuto dos funcionários do Estado e das administrações locais. A medicina privada, em consultórios, ainda que teoricamente não proibida, é na prática inexistente;
- Os cuidados de saúde a prestar são organizados e supervisionados pela administração central, embora assegurados pelas administrações locais, que adaptam os princípios gerais, superiormente definidos, às necessidades objectivas da população, que é agrupada por sectores territoriais ou por sectores de produção. A acção unitária, preventiva e curativa, dos serviços é efectuada por instituições ou estabelecimentos do tipo dos dispensários policlínicos, estações sanitárias e epidemiológicas, consultas especializadas e hospitais que trabalham em conjunto. Dada a dificuldade surgida com a eliminação das doenças infecciosas, as estações sanitárias e epidemiológicas procuraram desenvolver acção prioritária e estimular

a participação activa da população, de onde a importância conferida à educação sanitária;

- A formação dos médicos e do pessoal paramédico, bem como a sua colocação, dependem do Ministério da Saúde. Os médicos são obrigados a seguir periodicamente cursos de pós-graduação de vários meses de duração (especialização, actualização, reciclagem), que são organizados e financiados pelo Estado;
- A investigação médica está integrada na organização sanitária e é levada a cabo principalmente por institutos especializados, que cobrem os domínios essenciais da medicina, e pelas escolas técnicas. Tem sido desenvolvida mais no sentido prático do que no da biomedicina, ao contrário do que acontece, por exemplo, nos E.U.A.;
- O custo dos serviços de saúde parece ser sensivelmente inferior ao do serviço nacional de saúde inglês, não atingindo 5 % do produto nacional bruto.

Em algumas democracias populares, a estatização dos cuidados de saúde não é tão completa, verificando-se a existência de médicos de clínica particular remunerada, trabalhando em consultórios depois de cumpridas as obrigações oficiais, e ainda o pagamento de parte do custo dos medicamentos (até 30 %) a cargo obrigatório dos doentes.

3. — Sistema da Previdência ou da medicina parcialmente organizada

Define-se por um conjunto de cuidados prestados a grupos da população, em que coexistem a medicina liberal e o seguro da doença generalizado, e é, fundamentalmente, mais um serviço de cuidados médicos do que um sistema de cuidados de saúde. Existe em numerosos países, sobretudo na Europa Ocidental e Meridional, sendo seu exemplo mais acabado a França, onde se pode considerar o mais evoluído.

- Os cuidados de saúde preventivos e curativos são separados, sendo os primeiros pouco desenvolvidos, mas organizados e financiados pelo Estado, e cobrindo os segundos percentagens maiores ou menores da população (em França, 98 %), através de seguros de doença obrigatórios e confiados a caixas de carácter semi-público, isto é, organismos privados sob a tutela mais ou menos estreita do Estado que nomeia normalmente os seus dirigentes;
- Todos os médicos são habilitados a prestar serviços aos segurados, bem como os estabelecimentos hospitalares, sendo completa a liberdade de escolha do médico e do hospital, seja este público ou privado, por parte do

doente. Em alguns países, como Portugal, o regime tem alternativas diferentes, prevendo uma delas, a mais seguida, acordos prévios entre as Caixas (Federação das Caixas) e os médicos ou estabelecimentos hospitalares. Mas há numerosas variedades destes acordos;

- Os honorários da prestação dos serviços médicos são fixados ao nível nacional e, se não houver acordo entre as duas partes, isto é, os representantes dos médicos e das caixas, caberá ao Estado determiná-los. Numa das variantes do sistema, os doentes pagam directamente aos médicos que os atendem, nos respectivos consultórios, o mesmo acontecendo com as análises, radiografias e medicamentos, de que são reembolsados pelas Caixas em percentagem que varia entre 80 e 100 %, conforme a duração da doença. As despesas de hospitalização são pagas directamente pelas Caixas. Os médicos têm, no entanto, a liberdade de não aderir aos acordos e convenções, sendo também os doentes livres de consultar os médicos não aderentes, mas sendo reembolsados pelas Caixas na base de uma tarifa inferior à tarifa convencional;
- A formação dos médicos e do pessoal paramédico é feita em estabelecimentos universitários ou hospitais civis oficiais, dependentes dos Ministérios da Educação e Saúde. O ensino médico pós-universitário é ainda inconsequente, normalmente da iniciativa de instituições privadas ou públicas, mas não organizado para todos os seus agentes, nem mesmo para todos os que se integram no sistema;
- A investigação médica é igualmente pouco consequente ou desenvolvida e dependente de fundos oficiais do governo atribuídos a hospitais diferenciados e a centros de estudo oficiais, sem qualquer relação com as actividades da Previdência. A investigação privada está circunscrita a sectores tecnológicos muito limitados, como o dos medicamentos e das próteses;
- O custo dos serviços de saúde é sempre, num sistema deste tipo, muito difícil de calcular com rigor, dada a variedade e multiplicidade de recursos utilizados pelos seus doentes, mas avalia-se em cerca de 7 % do produto nacional bruto, com tendência para subir.

4. — Sistema americano ou de medicina liberal

Exemplo acabado de um conjunto de serviços no campo da saúde e da doença — que só por comodidade de exposição se designa por sistema, pois que de sistema nada tem —, de que os Estados Unidos são o melhor paradigma, estabelecido à base do modelo da livre empresa. O conjunto assenta em serviços prestados por médicos particulares, independentes, e em hospitais particulares ou privados, em que o núcleo central é o médico individual e o interesse do lucro a mola impulsora do desenvolvimento de todas as actividades. Parece con-

denado, face à crescente socialização dos cuidados médicos em todo o Mundo. Os próprios Estados Unidos, grande reduto da livre iniciativa, completaram recentemente uma exaustiva análise do seu actual «sistema» de saúde, que o condena, e vão organizar serviços médicos para toda a população, controlados pelo Estado — públicos, semi-privados e privados —, encaminhando-se provavelmente, não para o sistema de serviço nacional inglês, ou socialista, mas para um sistema com base no seguro-doença completado pelo Estado e administrado por este, mas igualmente diferente do francês, atrás referido. Este caminho, cuja decisão final está em estudo pelo governo americano — possível utilização do seguro-doença como fonte principal do financiamento do serviço de saúde, em vez da via orçamental — é, aliás, contrário ao parecer dos técnicos de saúde que estudaram o problema e nela terá tido forte influência a pressão das organizações médicas americanas, poderosas e pouco progressistas.

- Os serviços são beados na coexistência de um sector de prevenção, apenas operando na profilaxia de algumas doenças infecciosas e na higiene do meio, em parte organizado e financiado pelo Estado e por entidades públicas, com a prática da medicina privada, caracterizada pela total independência dos médicos, incluindo a livre fixação de honorários, a liberdade terapêutica e de escolha do médico pelo doente, respeito pelo segredo médico e ausência de registos para efeito de estudos epidemiológicos;
- Os doentes necessitados de internamento escolhem, conforme a sua capacidade financeira e posição social, entre os estabelecimentos públicos de saúde, normalmente pouco desenvolvidos, e os de carácter privado, que atingem alto grau de sofisticação e de técnica, sujeitos a toda a forma de propaganda ditada pelo interesse do lucro e da concorrência entre médicos e instituições;
- Não há seguro de doença obrigatório ou controlado pelo Estado, ficando o recurso aos seguros comerciais ou privados totalmente facultativo. Só os indigentes e, muito recentemente, as pessoas idosas necessitadas ou sem meios recebem assistência na doença por conta do Estado, ou sob a forma de dispositivos especiais chamados «medicare» e «medicaid», também subvencionados pelo Estado;
- A formação profissional é feita sobretudo em estabelecimentos privados, que concedem mesmo diplomas sem intervenção do Estado, os quais encontram no mercado de trabalho um valor correspondente à categoria das instituições em que são obtidos;
- A investigação médica, que é muito fraca ou praticamente nula nos países onde funcionam sistemas liberais de medicina, conhece um acentuado desenvolvimento nos Estados Unidos. Dependia financeiramente de entidades privadas, mas nos últimos anos principalmente depois da II Guerra

Mundial, o Estado americano tem vindo a assumir cada vez mais importantes funções e responsabilidades, não só através da concessão de fundos vultosos, mas até na sua orientação e estimulação. Para se ter uma ideia da escala desta participação, basta dizer que só em investigação biomédica a participação do Estado americano chega a atingir verbas superiores a 2 biliões de dólares por ano;

— Tal como no sistema de Previdência, é difícil calcular o custo dos cuidados de saúde nos Estados Unidos, mas podem ser estimados actualmente em mais de 7 % do produto nacional bruto.

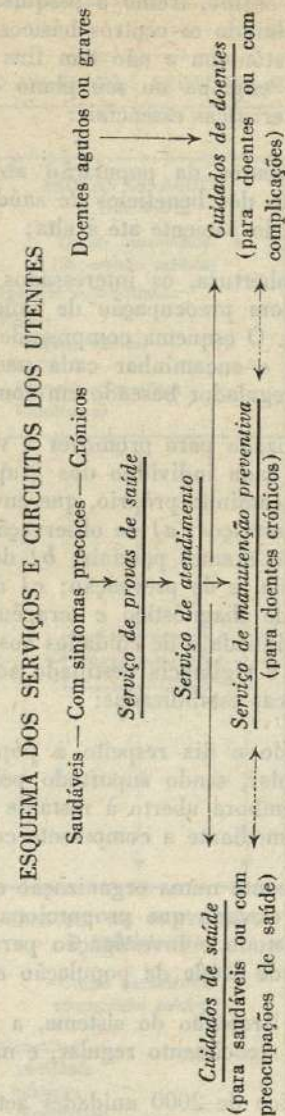
5. — Sistema Kayser-Permanente

Merece ainda referência um sistema de cuidados de saúde que se desenvolveu nos Estados Unidos depois da depressão económica de 1933-38, que evoluiu nos últimos anos sob a forma de sistema completo de cuidados ambulatoriais de saúde para uma nova concepção teórica e prática de esquema planeado de serviços e actividades, funcionando em regime de autofinanciamento completo. Tem hoje a designação de *Sistema Kayser-Permanente* e tem sofrido diversas remodelações.

O plano estabelecido pela Fundação Kayser foi sujeito recentemente a um estudo de revisão que tinha como objectivo final:

- 1 — Conceber um sistema novo de prestação de cuidados médicos que adiciona ao sistema tradicional de cuidados na doença os serviços de provas de saúde, cuidados gerais de saúde e educação para a saúde;
- 2 — Desenvolver e fazer funcionar um modelo de prova do novo sistema;
- 3 — Avaliar o novo sistema, no que respeita a:
 - a) economia de tempo dos médicos;
 - b) resposta do corpo técnico e administrativo;
 - c) reacção do doente ao sistema;
 - d) custo do mesmo e sua comparação com o sistema corrente de prestação de serviços médicos (isto com o fim de obter condições económicas mais favoráveis para um maior número de pessoas e para utilização mais eficiente dos recursos humanos nos serviços de saúde).

Dentro deste objectivo, o sistema fez uma separação dos elementos da população que procuram os serviços de cuidados médicos, que envolveu uma amostragem de mais de 100 000 pessoas, dentro do esquema seguinte:



O plano inicial de assistência médica criado pela empresa Kayser, na Califórnia, para apoio dos seus trabalhadores sofreu profundas melhorias nos últimos 20 anos e cobre hoje mais de 2,5 milhões de subscritores, tendo-se tornado não só financeiramente independente mas auto-subsidiado e compreendendo fundos próprios para ensino, treino e pesquisa.

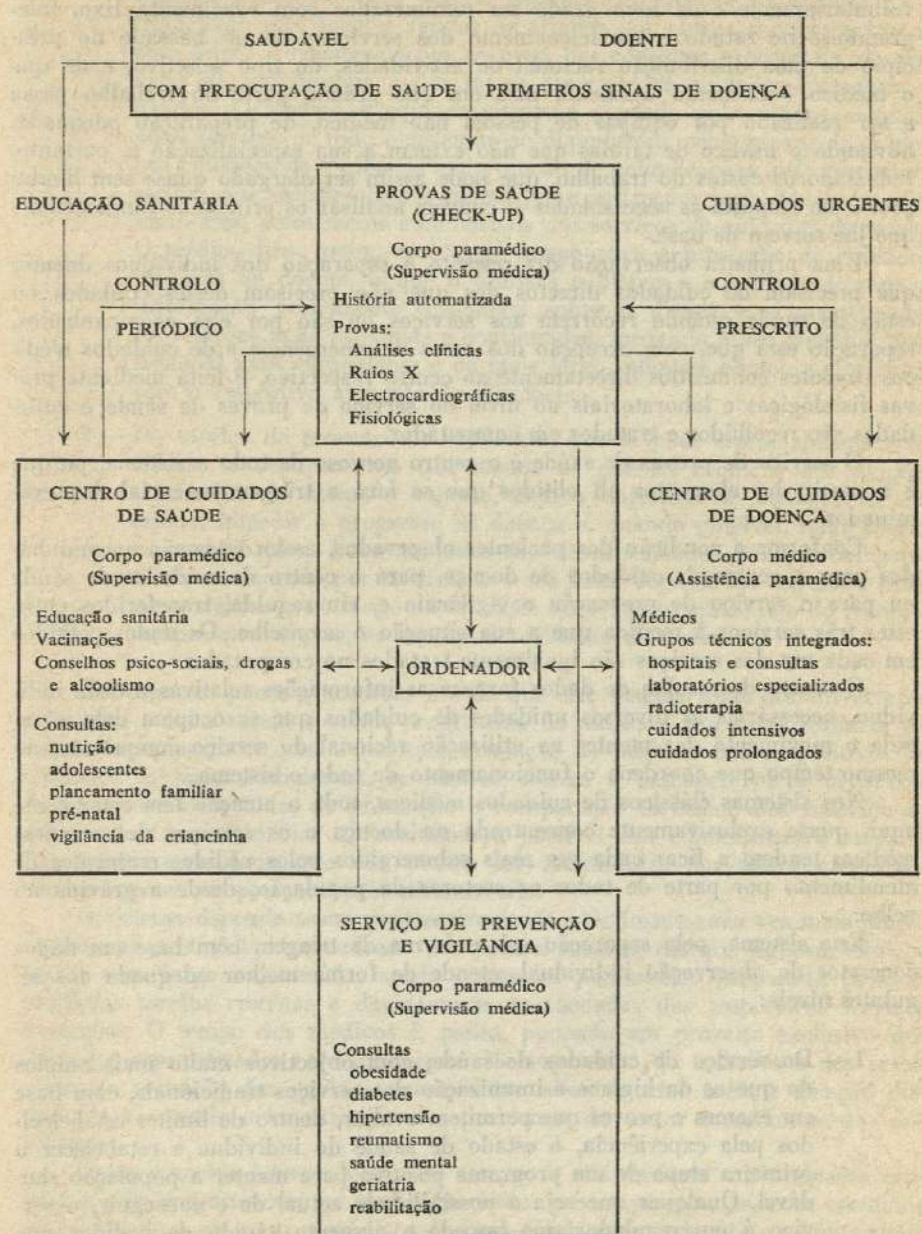
Toda a organização, incluindo os centros básicos de saúde, consultas clínicas e hospitais é privada, autónoma e não tem fins lucrativos. O Sistema ou Esquema Kayser-Permanente engloba no seu plano e respectivo programa de actividade as seguintes características essenciais:

- Cobre todos os elementos da população abrangida (plano de saúde total) para o conjunto dos benefícios de saúde aplicáveis, desde a consulta inicial e registo do paciente até à alta;
- Para efeitos desta cobertura, os interessados são divididos em quatro grupos: saudáveis; com preocupação de saúde; com sintomas iniciais de doença; e doentes. O esquema compreende serviços com pessoal preparado para atender e encaminhar cada paciente (triagem), a partir do novo dispositivo regulador baseado em computador;
- O sistema está organizado para promover a vigilância dos beneficiários saudáveis e orientar cada indivíduo dos grupos indicados em contacto com os serviços pelo caminho próprio, que envolve três vias conduzindo, respectivamente, aos serviços: a) de observação do indivíduo em termos de exame geral ou de exames parciais; b) de vigilância e cuidados de educação para a saúde, e de prevenção; c) de prestação na doença de cuidados imediatos de diagnóstico e terapêutica. Todos estes serviços e de forma mais continuada o de cuidados aos doentes são apoiados pelo serviço de prevenção e vigilância destinado aos cuidados de longa duração de doenças crónicas estabilizadas;
- É um sistema privado e diz respeito à população que trabalha para uma empresa particular, sendo suportado pelas contribuições dos próprios beneficiários, embora aberto à restante população das áreas onde a empresa trabalha, mediante a competente contribuição;
- É um sistema que assenta numa organização com um índice de trabalho e produtividade tão elevado que proporciona cuidados de saúde totais e promove ensino, estudo e investigação para aperfeiçoamento próprio e melhoria do nível de saúde da população abrangida;
- Todos os agentes de trabalho do sistema, a começar nos médicos, são pagos por salário ou vencimento regular, e não por tarefa ou consulta;
- Para um corpo médico de 2000 unidades activas no sistema, havia em 1970 cerca de 13 000 outros elementos não médicos afectos ao mesmo.

A estrutura e funcionamento esquemático do sistema podem ser observados no esquema seguinte:

NOVO ESQUEMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

(Sistema Kayser — Permanente)



Dado que se trata, porventura, do mais evoluído sistema de cuidados de saúde em experiência no Mundo inteiro — de um ponto de vista técnico e funcional, entenda-se —, com características de ensaio-piloto concebido e montado por entidade particular, em vez do Estado; de envolver médicos que accitam voluntariamente e de bom grado ser remunerados com vencimento fixo, integrando-se no estudo e aperfeiçoamento dos serviços; de ser baseado no princípio de uma distribuição racional de actividades, do tipo selectivo, e de que o médico é elemento essencial, mas em que grande parte do trabalho passa a ser realizado por equipas de pessoal não médico, de preparação adequada, aliviando o médico de tarefas que não exigem a sua especialização e, portanto, reduzindo os custos do trabalho, que pode assim ser alargado quase sem limitações e em resposta as necessidades — convém analisar os princípios fundamentais que lhe servem de base.

Uma primeira observação diz respeito à separação dos indivíduos doentes que precisam de cuidados directos dos que não precisam destes cuidados ou estão de saúde quando recorrem aos serviços ou são por eles acompanhados, separação esta que, com excepção dos casos de emergência e de cuidados médicos urgentes conduzidos directamente ao centro respectivo, é feita mediante provas fisiológicas e laboratoriais ao nível do serviço de provas de saúde e cujos dados são recolhidos e tratados em computador.

O serviço de provas de saúde é o centro nervoso de todo o sistema, porque é a partir dos elementos ali obtidos que se fará a triagem essencial dos examinados.

Conforme a condição dos pacientes observados, assim estes são encaminhados para o centro de cuidados de doença, para o centro de cuidados de saúde ou para o serviço de prevenção e vigilância e, em seguida, transferidos entre estes três serviços à medida que a sua situação o aconselha. Os dados colhidos em cada um dos serviços são igualmente tratados no computador.

O centro de recolha de dados fornece as informações relativas a cada indivíduo, necessárias às diversas unidades de cuidados que se ocupam dele, e regula o movimento dos utentes na utilização racional do serviço competente, ao mesmo tempo que coordena o funcionamento de todo o sistema.

Nos sistemas clássicos de cuidados médicos, toda a atenção tem estado, até aqui, quase exclusivamente concentrada na doença e os serviços de consultas médicas tendem a ficar cada vez mais submergidos pelos pedidos crescentes de atendimento por parte de todos os sectores da população, desde a grávida ao velho.

Este sistema, pela separação sob a forma de triagem com base em dados concretos de observação individual, atende de forma melhor adequada aos seguintes níveis:

- 1 — Do serviço de cuidados de saúde, com objectivos muito mais amplos do que os da higiene e imunização dos serviços tradicionais, com base em exames e provas que permitem avaliar, dentro de limites estabelecidos pela experiência, o estado de saúde do indivíduo e estabelecer a primeira etapa de um programa positivo para manter a população saudável. Qualquer que seja a possibilidade actual de o conseguir, o serviço é um regulador que impede o aumento rápido de pedidos que

submergem os seus próprios recursos. Todo este trabalho é executado por pessoal paramédico, sob orientação médica;

- 2 — Do serviço de cuidados de doença, em que o médico (e as equipas médicas), assistido pelo pessoal paramédico, procede ao diagnóstico e tratamento dos doentes agudos ou triados por outros serviços e faz os seus juízos e recomendações ao nível das consultas e hospitalares, de serviços de radioterapia e dos meios especiais de cuidados intensivos a agudos. O médico é aqui amplamente ajudado pelos dados colhidos pelos serviços de todo o sistema; no diagnóstico, pelas provas de saúde; nos cuidados de vigilância e prevenção de complicações, pelo respectivo sector; nas recomendações repetitivas e instruções para doentes e seus familiares, pelos meios audiovisuais dos serviços de cuidados de saúde. O médico fica, assim, com mais tempo para a prestação de cuidados próprios ao doente, o que o ajudará a dispor e a utilizar de toda a informação permanente disponível sobre o doente e a manter com ele relações mais próximas e continuadas, tornando o seu trabalho profissional mais estimulante e de mais largo interesse clínico e científico, com o respectivo aumento de eficiência;
- 3 — Do serviço de prevenção e vigilância, que se pode essencialmente considerar o departamento que atende os doentes crónicos que exigem tratamento de rotina e suporte, com o objectivo de melhorar o seu estado, impedir o progresso da doença e, quando possível, lutar contra as complicações. Estes cuidados são desempenhados por pessoal paramédico orientado por médicos e o seu êxito depende da estreita e completa vigilância ao longo da evolução do processo mórbido e do recurso, sempre que exigido, ao serviço de cuidados de doentes.

Um segundo ponto a acentuar é o de que este sistema toma definitivamente em conta a falta actual e talvez progressiva de médicos, a qual se tornaria no futuro incomportável com a habitual ocupação de médicos nos dispositivos de cuidados médicos tradicionais, se não se vierem a descobrir ou a organizar outros meios de estudo, de promoção e recuperação da saúde dos indivíduos; e procura fazer o melhor aproveitamento possível dos conhecimentos médicos nas tarefas específicas que não podem ser substituídas por meios executivos mais exigentes em pessoal menos diferenciado.

O sistema depende assim progressivamente e de forma cada vez mais ampla de pessoal paramédico enquadrado por pessoal médico, em que figuram clínicos gerais com larga experiência, sendo o pessoal paramédico preparado para as múltiplas tarefas restritas e devidamente coordenadas dos respectivos serviços e secções. O tempo dos médicos é, assim, poupado em proveito exclusivo dos cuidados especializados com os doentes, da supervisão do trabalho e dos resultados da actuação das equipas paramédicas, além de uma melhor atenção dispensada ao estudo e investigação dos problemas do sector e melhoramento dos serviços.

Desta maneira haverá forma de assegurar aos médicos um ambiente estimulador de contacto com os mais experientes e bem preparados, com eventuais novas técnicas, em centros médicos de bom nível, estes rodeados e estreitamente

ligados a número suficiente de serviços paramédicos num primeiro escalão dos três tipos citados: de provas de saúde, de cuidados gerais de saúde e de prevenção e vigilância dos doentes crónicos controlados.

Um terceiro ponto relaciona-se com o número e qualidade das provas utilizadas na avaliação da saúde dos indivíduos, obtidas por técnicas seleccionadas e expeditas num novo tipo de laboratório que pode ser utilizado em qualquer esquema de serviços de saúde, como é o caso do chamado *Laboratório de provas múltiplas automatizado*.

Os exames efectuados pelo laboratório cobrem os diversos sectores de observação que interessam para a história médica de cada indivíduo, compreendendo, em 1970, uma gama de provas fisiológicas relacionadas com o funcionamento do coração, tiroideia, sistema neuromuscular, sistema respiratório, visão e ouvido, e ainda o peso, a altura e a pressão arterial.

As determinações hematológicas, de bioquímica sanguínea e urinárias são da ordem das três dezenas. É feito o exame radiográfico do tórax e, na mulher, da mama, podendo ser incluídos outros.

Garfield, o criador do sistema, acentua num seu comentário, que este processo de provas de saúde pode vir a ser um regulador ideal para a triagem nos cuidados médicos, separando os doentes dos não doentes e estabelecendo prioridades, além de permitir a possibilidade de extensão e combinação de provas e o aperfeiçoamento do dispositivo de forma praticamente ilimitada. Como meio de detecção de doenças assintomáticas ou em início, constitui um rastreio inicial de interesse fundamental para o médico, auxilia de forma marcada o processo de diagnóstico, fornece um perfil básico de saúde para futura referência, poupa ao médico e ao paciente tempo e visitas, poupa ao hospital dias de trabalho de diagnóstico e permite a utilização máxima do pessoal paramédico. Aparece, final e simultaneamente como o centro nervoso de um novo e racional sistema de prestação de cuidados médicos e como meio de investigação epidemiológica e de estudo da morbidade da população.

Finalmente o seu custo: cada beneficiário paga 100 dólares por ano, isto é, cerca de 2500\$00 em moeda portuguesa, ao cambio actual. Menos de 220\$00 por mês e per capita.

Este custo refere-se a todas as despesas de vigilância de saúde e de tratamento da doença, desde os cuidados de educação para a saúde, de protecção materno-infantil e de atendimento das pessoas com preocupações de saúde ou doentes, aos cuidados hospitalares e de manutenção e vigilância dos doentes crónicos à reabilitação e à investigação para aperfeiçoamento dos serviços.

Em função do rendimento bruto médio dos americanos, que é de mais de 4000 dólares por habitantes, o custo do sistema pode avaliar-se em 2,5 % do rendimento nacional bruto — o mais baixo de todos os que já vimos até aqui.

6. — Os sistemas de saúde chinês e cubano

Por se tratar de duas experiências recentes, baseadas em políticas de saúde unitárias do tipo socialista, faz-se a descrição esquemática dos respectivos sistemas, sob a forma organizada de serviço nacional, acompanhada de notas sobre a preparação dos médicos na China e em Cuba.

1 — O sistema chinês de saúde constitui, na sua expressão actual, o resultado de experiências continuadas, características da vida política instável do país, ou mesmo originais em aspectos de índole social, que correspondem à deliberação de libertar uma população imensa de condições extremamente atrasadas de nível de vida, de higiene individual e comunitária, de baixa produtividade e de falta de domínio da moderna tecnologia, base de todo o progresso, quando os grandes países vizinhos (URSS e Japão) saíram há muito duma tal situação. Depois das realizações que se seguiram à revolução, após a tomada do poder em 1949, inspiradas na experiência doutros países, em particular da URSS, as actividades de saúde têm-se desenvolvido no sentido das campanhas de massa de educação e intervenção global, de forma que os poucos serviços bem organizados existentes ficassem rapidamente integrados na comunidade, por intervenção dos grupos dinamizadores das populações. A eficácia dos serviços passou, assim, a depender da actuação local das pessoas e não da coordenação regular de actividades, o que tem sido útil na resolução dos problemas elementares de falta completa de higiene e de luta contra outros estados primitivos de atraso, mas começa a exigir outro tipo de organização e de meios para a instalação de um serviço nacional de saúde eficiente.

Todo o programa de saúde chinês assenta nos quatro princípios seguintes:

- 1 — A medicina deve ser posta ao serviço dos trabalhadores, dos camponeses e dos soldados, o que quer dizer que aqueles que, anteriormente, eram os mais desfavorecidos devem tornar-se agora os mais bem servidos, uma vez que os recursos não chegam para todos.
- 2 — A medicina preventiva deve ter prioridade, o que quer dizer que, sempre e onde os recursos forem limitados, a medicina preventiva deve adiantar-se à medicina curativa e tornar-se a principal actividade de saúde.
- 3 — A medicina tradicional chinesa deve ser integrada na medicina científica ocidental, o que quer dizer que, em lugar de se fazerem mutuamente concorrência, os médicos dos dois tipos de medicina devem aprender uns com os outros.
- 4 — A acção sanitária deve ser conduzida com a participação da população, o que quer dizer que cada pessoa deve ser encorajada a desempenhar um papel apropriado na protecção da sua saúde e da dos seus vizinhos, combinando saúde pública com movimentos de massa.

Estes princípios são completados pela «regra» de que na China cada pessoa pensa e actua em termos do que é bom para a comunidade e para o país, como um todo, sem necessidade de estatutos e regulamentos escritos, pelo que as medidas básicas de saúde e o controlo da população (regulação da natalidade), por exemplo, não necessitam de ser legislados para serem efectivos.

Os serviços são gratuitos, na dependência do Estado e das Municipalidades, e extensivos a toda a população.

De acordo com o princípio n.º 2, foi iniciada, em 1951, a campanha contra as quatro «pestes» ou «flagelos», que representa um exemplo inicial da aplica-

ção da educação intensiva de massa e da organização política das técnicas sanitárias a problemas elementares de saúde pública. As quatro «pestes» eram as moscas, mosquitos, ratos e pardais pilhadores de cereais, mas quando foi reconhecido que a eliminação dos pardais arrastava graves consequências ecológicas, com mais prejuízo do que benefício, foram substituídos na lista pelos percevejos e, em certas regiões, pelos piolhos e as baratas. Outro exemplo é a campanha contra a schistosomíase, com a destruição dos caracóis vectores do parasita, e nas medidas de evacuação higiénica dos excreta humanos (latrinas colectivas), aprovisionamento de água potável e higiene pessoal.

Compreende-se que um tal sistema nada tenha de definitivo e continui em fluxo, no contexto da estrutura política única do país. Tendo em atenção o atraso verdadeiramente primitivo em que se encontrava a China no campo da saúde, relativamente aos países do Ocidente, o sistema obteve resultados rápidos iniciais e modificou algumas dessas condições sanitárias degradantes, ao nível rural de pequenos aglomerados populacionais.

Tecnicamente, o sistema de saúde compreende um esqueleto orgânico, com Ministério da Saúde e Escolas Superiores de preparação de técnicos, hospitais centrais e provinciais, centros de saúde e hospitais rurais acoplados, clínicas ao nível de grupos da população da ordem de 80 000 habitantes e, ao nível da comuna, para cerca de 7000 habitantes, completadas por pequenas clínicas nas brigadas de produção (cerca de 1500 habitantes) e postos de saúde (estações sanitárias) nas aldeias, em que actuam os «médicos de pé descalço» e as comissões patrióticas de saúde.

Estas formações técnicas recebem a influência dinamizadora e apoio, com a consequente orientação e vigilância, das duas hierarquias paralelas do governo e do partido, sendo o partido o principal intérprete da política do seu comité central e do governo, e ainda dum terceira força paralela, que são os comités revolucionários — constituídos por membros hierarquizados do partido, do exército e representantes dos trabalhadores — que existem a todos os níveis dos serviços, desde a cúpula até à aldeia.

O esquema seguinte dá abreviadamente ideia deste conjunto bastante complexo:

<i>Partido</i>	<i>Governo</i>	<i>Comités revolucionários</i>
Comité Central	→ Ministério da Saúde (Institutos superiores de investigação)	← Comité revolucionário
Comité Provincial	→ Ministério Provincial da Saúde (Escolas Médicas - Hospitais)	← Comité revolucionário
Comité Distrital	→ Serviços Distritais (HSIEN) (300 000 habitantes) (Escolas Médicas - Hospitais - Centros de Saúde)	← Comité revolucionário

Grupo móvel de propaganda	→ Brigada Médica-Clinica Central (80 000 habitantes)	← Comité revolucionário
Grupo móvel de propaganda	→ Comuna - Clínica Local (7000 habitantes)	← Comité revolucionário
Grupo móvel de propaganda	→ Brigada de produção - Clínica local (1500 habitantes)	← Comité revolucionário
Grupo móvel especializado (higiene, controlo dos nascimentos)	→ Aldeia - Posto de Saúde (Médico de pé descalço e Comissões patrióticas de saúde)	← Comité revolucionário

A designação de «clínica» corresponde a um centro de saúde com pequeno hospital associado. Na fase actual de funcionamento do sistema, as equipas médicas móveis e os grupos móveis especializados em higiene, luta contra as epidemias e endemias, controlo dos nascimentos e outras actividades locais sanitárias fornecem apoio regular, sob a forma de recursos imediatos, aos trabalhadores de saúde das aldeias, na extrema periferia. Não se conhece o custo do sistema de saúde chinês *per capita* ou em termos de percentagem do Produto Nacional Bruto, o que de resto teria pouco significado comparativo a existirem cifras desse custo, dado o nível muito baixo do Produto, talvez da ordem de 200 dólares, por ano e habitante, no máximo, e o nível dos salários também dos mais baixos do mundo, da ordem de 600\$00 mensais para operários especializados, que se afastam dos praticados nos países ocidentais, ao ponto de ficar sem sentido prático qualquer tentativa de comparação.

Trata-se de mundos completamente diferentes no modo de vida, na capacidade de produção e no acesso aos bens do progresso. Basta dizer que enquanto um trabalhador agrícola americano produz alimentos para 40 pessoas e ainda há excedentes, um trabalhador chinês não produz alimentos para mais de 1,2 chineses e ainda é preciso importar.

EDUCAÇÃO MÉDICA NA CHINA

A educação médica na China, de acordo com a nova reforma de 1968, ainda em ensaio, é caracterizada por 4 determinantes:

- 1 — O ensino, do tipo superior (universitário), depois de concluídos estudos médios, é efectuado em Institutos Médicos ou Colégios de Medi-

cina, dependentes do Ministério da Saúde e não de Universidades, apoiados por hospitais associados, do tipo central e rural, dependentes das Municipalidades. Tem por lema: *assegurar a formação prática dos médicos na dependência da sua formação teórica.*

- 2 — Não há número limite para a entrada nos cursos, mas esta é regulada por selecção severa, mediante provas de aptidão que funcionam como um mecanismo regulador da entrada. Há cerca de 3 docentes para cada 10 alunos e 6 camas hospitalares, por aluno.
- 3 — O curso é curto e intensivo, com 4 anos de duração e cerca de 1500 horas anuais de escolaridade. O primeiro ano é de acerto de conhecimentos (ensino complementar), variando o tempo deste ensino com a preparação dos alunos que são admitidos, muitos deles sem terem terminado o ensino médio. O segundo é de habilitação nas ciências básicas (ensino médico pré-clínico); e os dois últimos, de preparação clínica e de saúde pública (ensino médico clínico e comunitário). Os estudantes têm 8 horas de trabalho, por dia, e os que pretendem distinguir-se ou são já alunos distintos ocupam-se ainda em trabalhos complementares de biblioteca, pesquisa, etc., durante 2 a 4 horas diárias, o que totaliza, 10-12 horas. Terminado o curso de 4 anos, segue-se 1 ano de estágio prático nos serviços de saúde rurais. Só depois de concluído este, recebem os diplomados a classificação de médicos.
- 4 — O celibato é imposto para o recrutamento e mantido durante os estudos, pelo menos até aos 25 anos, para a mulher, e aos 28 anos para os homens, com o objectivo dos alunos se poderem dedicar completamente às suas tarefas de estudo.

O programa dos estudos médicos compreende, em resumo, para cada um dos 3 períodos:

- a) *Ensino complementar*, física, química, matemática e línguas estrangeiras, procurando estabelecer, durante 6 a 12 meses, um nível comum de conhecimentos científicos a todos os alunos, qualquer que seja a sua proveniência de recrutamento e habilitações;
- b) *Ensino médico* pré-clínico, dizendo respeito às ciências fundamentais — anatomia, histologia e embriologia, fisiologia, bacteriologia e virulogia, parasitologia, anatomia patológica, bioquímica, farmacologia — que são tratadas com pouca profundidade e em termos de aplicação à clínica. Em alguns Institutos o ensino continua a ser por disciplinas, mas noutros o ensino é integrado, por grupos de disciplinas para os principais sistemas (anatomia, histologia, fisiologia, bioquímica dos sistemas digestivo, cardiovascular, urinário);

- c) *Ensino médico clínico*, compreende 4 sectores básicos — medicina interna, cirurgia, ginecologia-obstetrícia, pediatria — e especialidades de dermatologia, oftalmologia, O.R.L., fazendo-se metade do ensino nos hospitais urbanos ligados aos Institutos e a outra metade nos serviços básicos de saúde.

Durante toda a sua formação, os estudantes são submetidos a vigilância diária de presença no trabalho e dos conhecimentos que adquirem. Há exames parciais e um exame geral no fim dos ciclos complementar e pré-clínico e no fim de cada ano do ciclo médico clínico, todos com provas escritas e orais. O último exame corresponde ao exame final global de saída.

Uma vez terminado o estágio que se segue ao curso, os diplomados não são livres de escolherem a sua instalação para trabalho. O Estado regula a repartição geográfica e demográfica do corpo sanitário, incluindo os médicos, para o que são tidos em consideração, por razões de eficiência e aproveitamento político, os lugares de origem e a natureza das necessidades de saúde comunitárias, com prioridade para o meio rural que ainda retém cerca de 85 % da população total da China.

Durante todo o curso, os alunos são chamados a prestar serviço manual nos campos e nas fábricas por períodos que podem ir até três meses, para se manterem em contacto com as massas de trabalhadores, que fazem a apreciação das suas qualidades de adaptação, interesse e modéstia pessoal, o que tudo servirá para a valorização final do curso. As férias são limitadas a 1 mês, por ano, e há alguns dias feriados. O sábado é especialmente dedicado à formação política e cívica, embora esta, no sentido global de formação doutrinária, constitua a base da própria vida corrente do estudante.

Nada tem que ver com este tipo de médico universitário o chamado «médico de pé descalço», que presta serviço nas aldeias, em complemento da sua actividade de trabalhador normal na profissão que exerce. O «médico de pé descalço» é um elemento da própria população local, que se distingue pelo interesse pelos problemas da comunidade, apuro e bom senso, mais do que pelas habilitações, e é escolhido pela comunidade (indicado) para receber a preparação e o treino ministrados pelos Serviços de Saúde da área, que cobrem os aspectos médico-sanitários e socorrismo, para os rapazes, e partos, puericultura e socorrismo, para as raparigas. Estes elementos não são funcionários do quadro dos Serviços de Saúde, mas colaboradores locais sujeitos a regras fixas de trabalho e de informação das suas actividades, e são remunerados na base do seu trabalho profissional normal para o tempo que dispõem nas actividades de saúde.

II — O sistema de saúde cubano obedece aos princípios do sistema socialista e caracteriza-se pela regionalização precisa em função duma orgânica de serviços escalonados pelo nível de actividades. A responsabilidade pela cobertura médico-sanitária da população é inteiramente do Estado e os serviços são gratuitos, mantendo-se como vestígio da *clínica livre* apenas a actividade de alguns especialistas, a quem o governo deu a possibilidade de optarem pela continuidade desse exercício, não tendo sido integrados nos serviços oficiais.

Todos os serviços dependem do Ministério da Saúde Pública, segundo o esquema:

ORGÂNICA DOS SERVIÇOS

Nível regional

Nação

Ministério da Saúde Pública
(Institutos — Serviços de alto nível)



Província (Mais de 500 000 habitantes)	Hospital especializado	↔	Hospital Provincial Docente (Medicina-Cirurgia-Ginecologia e Obstetricia-Pediatria) Outras especialidades Consultas	↔	Laboratório de Saúde Pública e Microbiologia — Banco de Sangue



Região (250 000 habitantes)	Instituições de velhos Clínica dentária	↔	Hospital Regional (Medicina-Cirurgia-Ginecologia e Obstetricia-Pediatria) Outras especialidades Consultas	↔	Laboratório de Saúde Pública e Microbiologia — Banco de Sangue



Área ou Zona (30 000 habitantes)	Posto médico rural	↔	Policlínica (Medicina-Cirurgia-Ginecologia e Obstetricia-Pediatria) Hospital rural	↔	Dispensário médico de indústria



Centro Maternal
Centro de recuperação infantil
(Casa de convalescença para crianças)

O *posto médico rural* é a unidade mais pequena e, em princípio, serve uma população da ordem de 3000 habitantes, que constitui um *sector* em termos de regionalização. Dispõe normalmente de um médico e um ou dois elementos auxiliares, podendo ter algumas camas para partos normais e pequenas actividades médicas ou cirúrgicas. Depende da unidade acima do escalão da *área*, o *hospital rural*, que é um centro de saúde, com as atribuições de prestação de todos os cuidados primários de saúde, incluindo internamentos não especializados, para o que dispõe de 10 a 40 camas.

O *hospital rural* é a unidade básica da cobertura médico-sanitária, servindo entre 5000 e 20 000 habitantes e dispõe de médicos (2 a 4), enfermeiros, agente sanitário, auxiliar de estomatologia, técnico ou auxiliar de laboratório, auxiliar de raios X e pessoal administrativo, além de auxiliares gerais, etc., de acordo com a importância da unidade.

O que caracteriza o sistema cubano, sob a forma de Serviço Nacional de Saúde, é uma orgânica de serviços por escalões com capacidade para prestar cuidados de saúde completos, pelo menos teoricamente, desde a comunidade, por meio de postos de saúde e pequenas maternidades, aos aglomerados maiores, pelos centros de saúde, dispondo de algumas camas para internamento e do apoio de consultas de especialidades, hospitais regionais e hospitais centrais. Paralelamente, há os laboratórios de saúde pública, dispensários especializados e instituições de carácter assistencial para velhos e crianças.

Este esquema, baseado no esquema de serviços soviéticos de há 15 anos atrás, tem boas características funcionais, mas enferma da falta de unidade que não se encontra já, por exemplo, no esquema português e no esquema proposto para os serviços de saúde de Moçambique, adiante resumido. As designações de muitos serviços no sistema cubano são antiquadas e não correspondem ao significado que esses serviços têm hoje. É o caso dos postos médicos rurais que são verdadeiros postos de saúde, dos hospitais rurais, que são centros de saúde integrais, dos laboratórios de saúde pública (ou higiene) e microbiologia, quando de há muito a designação de laboratório de saúde pública inclui como base a microbiologia, etc.

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CUBA

Ao contrário do que se verifica na China, o curso médico em Cuba é muito longo, compreendendo 5 anos da Escola de Medicina e 1 ano de internato, precedidos de 13 anos de ensino primário (6 anos), secundário (4 anos) e pré-universitário (3 anos).

O curso é efectuado em estabelecimentos universitários, com admissão condicionada às necessidades estabelecidas pelo Estado e feita mediante exames de selecção rigorosos. Tanto os professores como os alunos são obrigados a passar 4 a 6 semanas, por ano (os alunos depois do 3.º anos da Escola Médica), em trabalhos de campo, sobretudo na época da safra açucareira. Cumprem, então, actividades planeadas superiormente, com programas ajustados às tarefas locais e afins da futura profissão de médico, procurando vincular a escola com a vida e integrar os estudantes nos objectivos e significado da produção de bens de consumo essenciais.

A avaliação dos alunos é feita por meio de exames, como na China, e terminados os estudos todos os alunos são obrigados a prestar 2 anos de serviço como médicos rurais — o chamado «Serviço Rural» — ao nível dos postos e hospitais rurais.

A especialização, chamada *residência*, é de acesso limitado e dura 3 anos, pelo que se atinge a categoria de médico especialista, desde que haja aproveitamento completo, ao fim de 24 anos de escolaridade, compreendidos 13 anos antes da Universidade, 6 na Escola de Medicina e Hospital docente, 2 no Serviço Médico Rural e 3 na Residência Hospitalar.

7. — O sistema de saúde proposto para Moçambique

O sistema de prestação de cuidados de saúde que acaba de ser delineado em Moçambique e que poderá servir para a implantação de um Serviço Nacional de Saúde completo, assenta nas seguintes bases de política e técnica de saúde:

— o sistema será organizado e gerido pelo Estado, nele se integrando todas as estruturas e meios disponíveis ou cuja existência se promova para

serviço da Saúde, por forma a constituir-se uma cadeia funcional de serviços centrais e periféricos incumbidos das tarefas coordenadas que vão do planeamento à execução local das actividades de cobertura médico-sanitária da população;

- a Saúde é considerada como direito de personalidade, de que são destinatários todos os cidadãos, sem quaisquer limitações, excepto as impostas por motivos de ordem técnica ou de recursos humanos e financeiros;
- as prestações de Saúde serão gratuitas para todos os nacionais de Moçambique;
- a política de saúde obedecerá a planificação, aplicando, portanto, princípios definidos, para a realização de objectivos concretamente fixados, segundo métodos técnicos e com avaliação contínua de resultados;
- a política de saúde visa a promoção do bem-estar e toma em conta o condicionalismo que caracteriza, política, social e economicamente, o meio nacional e os contextos locais em que a saúde é exercida, de modo a integrar harmoniosamente a função «Saúde» na política unitária do país;
- a Saúde será tomada na sua acepção plena, de estado de completo bem-estar físico, mental e social e não de simples ausência de doença ou enfermidade;
- para isso, os serviços de saúde prestarão cuidados completos e não apenas cuidados médicos, considerando em sequência funcional as três fases: promoção e vigilância da saúde e prevenção das doenças; diagnóstico e tratamento dos doentes; reabilitação de diminuídos;
- os serviços são organizados em termos de nível de funções e de escalão de actividades, exercidas estas por equipas pluridisciplinares, actuando integradamente e realizando trabalho unitário, segundo esquemas que assegurem a coordenação das actividades individuais.

O Serviço Nacional de Saúde dependeria do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais e seria constituído por:

- 1 — *Serviços Centrais*: Encarregados da direcção superior da política da saúde e do planeamento, coordenação e direcção da execução das actividades, compreendendo:
 - a) *Instituto Nacional de Saúde* (planeamento, investigação e apoio laboratorial);
 - b) *Conselho Coordenador* (coordenação de actividade), *Gabinete de Estudos* (estudos e consulta) e diversos serviços especiais;
 - c) *Direcções-Gerais de Saúde Pública* (cuidados básicos de saúde, luta contra as doenças evitáveis, saneamento), dos *Hospitais* (cuidados hospitalares, exames médicos de juntas, farmácias), de *Administração e Formação de Pessoal de Saúde* (formação de pessoal, fiscalização do exercício das profissões, administração do pessoal) e dos *Assuntos Sociais* (educação social, acção social).

2 — *Serviços Periféricos*. Encarregados da execução das actividades de saúde necessárias à população, distribuem-se por cinco escalões, dos quais o primeiro representa a extrema periferia e não tem serviços fixos:

- a) 1.º *escalão* (acção na comunidade) — promotores de saúde, partes puericultoras locais e agentes de trabalho social);
- b) 2.º *escalão* (localidade/aldeia) — postos de saúde, trabalho social;
- c) 3.º *escalão* (distrito) — centro de saúde/hospital rural e instituições sociais;
- d) 4.º *escalão* (provincia) — centros de saúde provinciais, hospitais provinciais, instituições sociais e centros de formação de pessoal;
- e) 5.º *escalão* (acção central) — centros de saúde centrais, hospitais centrais, escolas técnicas, instituições sociais e centros de formação de pessoal.

O sistema considera também os aspectos profissionais, pela criação e definição de novos tipos de profissionais, em correspondência com as funções que é necessário exercer para conseguir a cobertura de saúde desejada para toda a população. A preparação dos médicos continuaria a ser feita nos moldes do Ocidente, mas seriam criadas uma ou duas novas categorias de técnicos médios com algumas habilitações de medicina, destinados a suprir a falta de médicos nos meios rurais e em outras tarefas de nível elementar ou médio, e acelerada a preparação de categorias clássicas paramédicas.

A organização das profissões, em carreiras, estimularia a progressiva formação técnica e profissional, garantindo condições de acesso dependentes das habilitações sucessivamente adquiridas e contribuindo para concretizar o objectivo de constituição de equipas pluridisciplinares integradas e trabalhando em linhas funcionais. Os níveis de habilitação serão dados por escolaridade geral e por preparação específica nas técnicas de saúde.

Não é conhecido o cálculo exacto do custo dos serviços de saúde organizados no modelo indicado de Serviço Nacional de Saúde, mas pensa-se que se aproxima de 2,5 % do Produto Nacional Bruto.

INTERESSE PRÁTICO E MÉRITO SOCIAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A análise dos sistemas de saúde referidos mostra que se eles são, em princípio, diferentes, e as mudanças que se estão a operar nos menos organizados, mais liberais e mais dependentes dos interesses particulares do que dos interesses da população, indicam que o caminho da estatização parece ser inevitável e que irá, mesmo, ser rápido. A orientação da política da saúde, relativamente à escolha e aplicação do sistema a instituir, e o grau de organização e modo de distribuição dos serviços de prestação de cuidados de saúde na população assentam numa base funcional — gratuidade ou não dos cuidados. Será possível, sem estudo aprofundado do problema, instituir cuidados gratuitos de bom nível técnico?

A finalidade de conseguir cuidados médicos e, mais longe, de cuidados de saúde para toda a população e não apenas para os que os precisam imediata-

mente corresponde a um conceito admirável, que, até agora, não teve solução adequada, mas apenas parcial e só em alguns países evoluídos de grandes recursos sócio-económicos. A passagem do regime de pagamento de consultas e outros actos médicos, apenas acessível a uma minoria da população, para o de gratuidade generalizada, levanta problemas de ordem funcional que ainda não foram remediados convenientemente, em parte nenhuma do Mundo.

A este respeito, *Garfield* tem chamado a atenção para a sua antiga ideia, de que as soluções ensaiadas até agora para prestar cuidados de saúde a toda a gente, abolindo o pagamento das consultas e demais serviços médicos, substituindo-o por qualquer das modalidades de avença ou seguro (comercial, benévolo, previdência, estatal), são promessas enganadoras, que criam cada dia mais dificuldades. O expediente simples de tornar todos os cuidados médicos gratuitos para a população dum país, quando eles eram até agora extremamente custosos e de recursos escassos, dada a sua complexidade técnica crescente, sem encontrar um mecanismo regulador da utilização, viola as leis básicas da *economia* (ciência do aproveitamento e distribuição racional dos recursos escassos disponíveis), e tem como resultado que muitas pessoas não necessitadas ou pouco necessitadas de cuidados imediatos, que são a grande maioria na comunidade, vão competir com as mais necessitadas na utilização dos escassos recursos existentes, em particular no que se refere a consultas médicas.

O aumento da procura (consumo) de serviços aumentará bruscamente, enquanto que o aumento dos recursos será proporcionalmente muito menor, donde agravamento brusco e progressivo das dificuldades em obter os cuidados médicos na extensão em que são realmente desejados. E isto resulta de dois factos muito evidentes: a) ao desaparecer o pagamento, dos serviços de cuidados médicos, as pessoas deixam de pensar no dinheiro que gastariam ao ir ao médico, dinheiro que só se resolveriam a gastar depois de se sentirem muito doentes, e pensam que têm novos direitos a usufruir e que devem utilizá-los em toda a plenitude individual e não colectiva; b) a utilização dos cuidados médicos, tal como é indispensável e provável na nossa época, não é apenas a situação claramente binária da pessoa estar doente ou não doente, visto que a saúde é um espectro que se estende, para todas as pessoas, desde a condição de saudáveis (não ter doença, mas vigiar a saúde), à de preocupadas com a saúde, à de início de doença mas ainda sem sintomas e à de verdadeiramente doentes. Ora os cuidados médicos são tão importantes (necessários) para a promoção e vigilância da saúde, com o objectivo de evitar a tempo a doença, como para tratamento da doença e recuperação das sequelas desta.

Na situação de medicina de mercado, o sistema de cuidados de saúde é um sistema de cuidados médicos para doentes, com o médico no ponto de entrada e completamente envolvido no processo do tratamento da doença. O mecanismo do pagamento regula o afluxo ao sistema e o fluxo dos utentes dentro do sistema, mantendo fora a grande maioria das pessoas da população que só a ele recorrem quando seriamente doentes e com as limitações de acesso criadas pelo custo deste e as possibilidades de ser atendido no momento desejado, mas este mecanismo é inaceitável na nossa sociedade civilizada.

Garfield acentua que esta separação dos doentes — que constituem um grupo da população com procura certa de cuidados (consumo), sempre em aumento —

de todas as outras pessoas com diversos níveis de saúde — que representa um potencial de procura incerta de cuidados, que será muito grande logo no início do funcionamento do sistema livre e aumentará pelo tempo adiante — permite-nos prever que a instituição de cuidados médicos gratuitos, sem um mecanismo regulador eficaz e tecnicamente correcto, produziria efeitos desastrosos, porque: a) aumentando muito mais a procura do que há possibilidade de aumentar os recursos, estes tornar-se-ão cada vez mais escassos para fazer face às necessidades; b) grande número de pessoas com necessidades menos urgentes de cuidados irão competir com as de maiores necessidades e fazendo barreira à entrada destes; c) os médicos perderão muito do seu tempo com as pessoas sem doença definida e utilizarão com elas as técnicas dos cuidados na doença, procurando sintomas ou perturbações onde não existem ou que não são reveláveis por estes meios de diagnóstico, o que além de ser desperdício é frustração e desconsolo profissional; d) o impacto do aumento da procura incerta de cuidados pelo grupo não doente cria aumento das despesas e inflação dos preços.

A solução não está na mudança da clínica privada individual, comercial, para a clínica de grupo ou para a organização comunitária de serviços gratuitos, simplesmente, sem a introdução de medidas correctas, comprovadas pela experiência, mas implica, numa estrutura aberta a toda a população e destinada a promover e a vigiar a saúde e a lutar contra a doença: a) a instituição de um método novo de entrada com capacidade para separar o grupo de procura incerta de cuidados nos seus componentes básicos — pessoas com saúde, com preocupações de saúde, no início da doença e com doença declarada — e as encaminhe, sem necessidade da intervenção directa e permanente do médico, para os serviços convenientes de atendimento; b) serviço organizado para atender cada grupo de utentes de acordo com as suas necessidades e no momento adequado, de forma a que sejam devidamente atendidos, examinados e aconselhados.

Em que consiste, pois, a solução? Numa estrutura de serviços em que o acesso aos cuidados é regulada por mecanismo controlador, baseado em equipas de saúde e meios laboratoriais, apoiados em computador, que faz a separação, sem a intervenção de médicos ou com uma intervenção muito limitada destes, das pessoas a atender e as encaminha para serviços adequados, de acordo com os cuidados de que necessitam, separando, assim, à entrada dos serviços as pessoas que devem ir imediatamente ao médico e as que só o devem fazer depois de colhidos elementos comprovativos da sua saúde.

A instituição de sistemas de saúde evoluídos e a organização dos respectivos modelos de «Serviço Nacional de Saúde» estão a exigir o estudo de tecnologias novas de coordenação funcional dos serviços. Até aqui, os sistemas de acesso aberto a todas as pessoas têm utilizado como mecanismo regulador da utilização *mais racional* dos serviços o dispositivo de *Garfield*, no caso do Sistema Kayser-Permanente, ou de pagamento de senha, no caso dos serviços ingleses e soviético, e este apenas simbólico ou pouco mais. Mas com certeza que a administração de saúde pública terá capacidade para descobrir um mecanismo regulador eficaz, de nível científico, que ajude a distribuir os recursos necessários a toda a população, por forma a garantir a vigilância da saúde e o tratamento precoce e rápido da doença e das sequelas não evitadas desta.

CAPÍTULO II

A SAÚDE DO POVO PORTUGUÊS

Saúde de um povo e situação sanitária de um país são expressões com significado semelhante no presente e com elas procura-se traduzir ou avaliar os aspectos objectivos das condições existentes ou previsíveis da saúde no conjunto da população, traduzidas por dados específicos que caracterizam factos relevantes da vida dos indivíduos e da situação higiénica do meio ambiente em que se encontram. Estes dados específicos, depois de convertidos em índices, taxas ou indicações de referência, sob a forma de dados estatísticos de uso internacional, constituem os indicadores de saúde da população.

Dependendo a saúde de influências múltiplas e traduzindo-se, directamente ou pelas suas expressões negativas — doença, incapacidade, morte — por valores ou dados mensuráveis, tem-se procurado reunir o maior número possível de indicações sistematizadas, sob a forma de grupos de indicadores, para fazer a sua avaliação exacta.

Por certo que bastam três ou quatro indicadores, em conjunto, como o rendimento per capita anual, a mortalidade infantil, a mortalidade por doenças infecciosas e a proporção da população que é abastecida com água potável canalizada, para se poder ter ideia geral do seu estado de saúde, mas os cinco grupos seguintes de indicadores, cobrindo campos muito diferentes das relações homem-ambiente, mostram a complexidade dos numerosos aspectos que devem ser considerados para avaliar a saúde:

1 — Indicadores do nível de saúde geral

- a) taxa de mortalidade geral, preferivelmente padronizada;
- b) taxa de mortalidade infantil (geral, neonatal, tardia);
- c) esperança de vida ao nascimento e no primeiro aniversário;
- d) proporção de óbitos de 1-4 anos, em relação ao total de óbitos;
- e) proporção de óbitos de 50 e mais anos, em relação ao total de óbitos;
- f) taxa de mortalidade específica por doenças infecciosas;

- g) taxa de mortalidade específica por tuberculose;
- h) taxas de mortalidade específica por cancro e doenças cardiovasculares;
- i) taxa de mortalidade por acidentes (rodoviários e outros);
- j) taxas de morbilidade que possam ser obtidas com razoável precisão.

2 — Indicadores do nível de higiene do meio ambiente

- a) percentagem da população que dispõe de abastecimento de água potável no interior da habitação e/ou a menos de 100 metros;
- b) percentagem da população que dispõe de dispositivos adequados de evacuação e tratamento dos excreta;
- c) percentagem da população que dispõe de serviços de recolha e tratamento dos lixos;
- d) percentagem das habitações que dispõem de instalações sanitárias apropriadas e água potável canalizada;
- e) indicadores do grau de poluição atmosférica, das águas e do solo nos meios habitados.

3 — Indicadores do consumo de alimentos e nutrição

- a) calorias, por dia e indivíduo;
- b) proteínas (totais e de origem animal), por dia e indivíduo;
- c) produtos lácteos (leite, individualizado), por dia e indivíduo;
- d) óleos em natureza, por dia e indivíduo;
- e) percentagem das calorias fornecidas pelos hidratos de carbono (cereais e equiparados, e açúcar) e pelas gorduras (saturadas, não saturadas).

4 — Indicadores sócio-económicos

- a) rendimento nacional bruto *per capita*;
- b) percentagem do rendimento atribuído a salários;
- c) percentagem da população activa nos sectores primário, secundário e terciário;

- d) percentagem de analfabetos na população de mais de 10 anos;
- e) percentagem da população escolar do grupo etário 5-19 anos, subdividida por ensino básico e ensino médio;
- f) percentagem de indivíduos inscritos nos ensino básico, médio e superior, por grupos da população (urbana, rural, sectores sociais);
- g) percentagem de habitações com mais de duas pessoas por compartimento;
- h) percentagem da população abrangida por esquemas de segurança social;
- i) direitos humanos fundamentais assegurados.

5 — Indicadores de recursos e actividades de saúde

- a) despesa anual com a saúde, por habitante;
- b) número de habitantes por médico;
- c) número de habitantes por outros técnicos de saúde (enfermeira, enfermeira de saúde pública, agente sanitário);
- d) número de camas hospitalares (partos, doentes agudos, doentes crónicos) por 1000 habitantes;
- e) número médio de consultas pré-natais e de crianças até um ano de idade, por 1000 nado-vivos;
- f) número de consultas (hospitalares, ambulatório) facilitadas por ano e indivíduo à população;
- g) percentagem de partos com assistência médica ou de parteira;
- h) percentagem de óbitos com assistência médica e/ou certificação clínica;
- i) percentagem de óbitos por «senilidade» e «causa desconhecida» em relação ao total de óbitos.

A SITUAÇÃO PORTUGUESA

É uma verdade muitas vezes repetida que Portugal apresenta os piores níveis de saúde, dentre os demais países da Europa, e que não conseguiu sair do estado de transição que caracteriza a passagem lenta do subdesenvolvimento e da falta de capacidade administrativa para a fase do desenvolvimento e da criação de condições modernas de produtividade no trabalho.

Por outro lado, as estatísticas de saúde portuguesas, especialmente as relacionadas com o aparecimento das doenças e a sua evolução, não são ainda suficientemente rigorosas, como acontece, de resto, em todos os outros países pouco evoluídos, dada a ausência ou a insegurança dos registos feitos pelos médicos e pelos próprios serviços de saúde, do que resulta que os índices utilizados para a análise da situação da saúde pecam em vários campos, por tradução insuficiente da realidade.

A situação portuguesa compreende-se melhor, tomando em consideração as três seguintes perspectivas esclarecedoras:

a) *Estado actual de conjunto*

As características demográfico-sanitárias da população portuguesa, que eram próprias de um país em transição, com rendimento *per capita* médio, mas ainda longe de atingir a marca significativa de viragem dos 1000 dólares, com crescimento moderado da população, em consequência da mortalidade geral estacionária e da natalidade em decréscimo, com baixa lenta e persistente da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infecciosas, e intensa imigração das áreas rurais para os centros metropolitanos, foram profundamente perturbadas, na última dezena de anos, pela emigração maciça de trabalhadores e famílias para países desenvolvidos da Europa. As mudanças sócio-económicas consequentes traduziram-se por diminuição da população residente e acentuada melhoria aparente da alimentação, dos salários rurais e do nível geral de vida. Permanecem, porém, as condições determinantes do nível de saúde intermédio — passagem da fase de subdesenvolvimento para uma fase evoluída — com as seguintes características:

— padrão de doença, isto é, o tipo e a importância numérica das doenças dominantes, e o grau de tendência de diminuição das doenças evitáveis e de predominio progressivo das menos evitáveis, ainda dominado pela presença de numerosas doenças infecciosas e parasitárias, incluindo a tuberculose, que atingem largas massas da população, a grande morbidade e mortalidade nas crianças até 1 ano de idade, de 1 a 4 anos e na idade escolar, que nos mantém na categoria de país não civilizado (a Holanda ou a Suécia, por exemplo, têm índices 3 a 10 vezes mais baixos), as doenças mentais devidas ao alcoolismo e outras causas evitáveis, a elevada incidência de perturbações vasculares cerebrais, ao mesmo tempo que estão a aumentar as doenças menos evitáveis (cardiovasculares, cancro, psico-neuroses, acidentes);

— a diferença das condições de saúde e de acesso aos meios de vigilância da saúde e de tratamento da doença entre grupos e classes da população, que cria situações extremamente desfavoráveis para largos sectores desta, que vivem sem ter assegurado os benefícios elementares da higiene, da medicina qualificada e da educação sanitária, sofrendo de doenças e de situações de prejuízo para a saúde correspondentes a um padrão primitivo de acentuado atraso social;

— a probabilidade de duração da vida de cada português, que embora tenha aumentado regularmente à medida que baixa a mortalidade infantil está abaixo do nível europeu, incluída a vizinha Espanha.

b) *Capacidade dos serviços de saúde para assegurarem os cuidados necessários*

Em Portugal não tinha ainda sido organizado ou planeado, até há pouco, um conjunto de serviços coordenados que se aproximasse dum sistema ou esquema de cuidados generalizados de saúde. Por isso, os serviços de saúde portugueses não chegaram a ter até ao presente, em nenhuma época, organização técnica e administrativa capaz de enfrentar as necessidades fundamentais da população. Tudo quanto se foi estratificando ao longo do tempo, com a formação de instituições caritativas, assistenciais, sanitárias, médicas, médico-sociais ou de saúde pública, privadas, semi-oficiais, constituía uma quase infinidade de actividades paralelas ou descoordenadas, sem ligação e de pequena eficácia. Quando se diz hoje, por exemplo, que a assistência caritativa «é um ultraje à dignidade humana, à consciência democrática e à qualidade dos cuidados prestados», isso não é ainda compreendido ou tido em conta por número muito grande de pessoas e pelas instituições responsáveis, entre nós, pela razão de que esta forma tem sido a tradicional e mantém muitos clientes que, por desconhecerem ou não disporem doutros melhores, os aceitam e se contentam com eles, assim como a sociedade que mantém um tal estado de coisas, apesar do seu desajustamento às necessidades e possibilidades técnicas. A tentativa de 1971, de organização de serviços unificados e devidamente orientados, dentro duma definição concreta de política nacional de saúde, pela constituição de um sistema de cuidados de saúde completo, não passou até agora do início de concretização, embora a experiência mostre já êxitos elucidativos. Por todas estas razões — estrutura desconexa, nível pouco evoluído das suas intervenções, extensão insuficiente de actividades — a capacidade de luta contra a doença e de vigilância e promoção da saúde dos nossos serviços não pode deixar de ser reduzida em todos os escalões que constituem o seu campo de acção (sanitário, cuidados primários de saúde, cuidados hospitalares, cuidados de recuperação). Algumas experiências conduzidas dentro dos princípios correctos de actuação dos serviços, de que se deve citar a campanha contra algumas doenças infecciosas organizada por volta de 1966, pela Direcção-Geral de Saúde, tiveram os êxitos esperados. As sete doenças infecciosas mortais da infância (varíola, difteria, sarampo coqueluche, poliomielite, tétano, tuberculose) que desapareceram já praticamente nos países mais evoluídos estão, entre nós, em regressão acentuada e a varíola foi mesmo erradicada, enquanto que continuam a ser flagelos nos países em desenvolvimento. Mas o trabalho coordenado que os nossos serviços precisam de desenvolver exige novo enquadramento de actividades e particular determinação na sua efectivação rápida.

c) *Meios de investigação e de avaliação das condições de saúde*

O estudo da situação da saúde precisa de ser feito continuamente, por análise directa do que se passa e por inquéritos especiais de esclarecimento, tudo tendo em vista o conhecimento do vigor e comportamento de saúde da população, da morbilidade e mortalidade nos diversos sectores etários da população, da organização funcional e produtividade dos serviços e da preparação adequada do pessoal (cálculo das necessidades e aproveitamento dos recursos humanos), compreendendo cada uma destas áreas diversas unidades com campos concretos de trabalho, como são:

- as condições sanitárias do meio ambiente;
- os cuidados de medicina preventiva e de protecção materno-infantil e escolar;
- a saúde mental;
- a reabilitação;
- a medicina do trabalho;
- as novas formas da medicina do ambiente e da poluição;
- a segurança do tráfego e prevenção dos acidentes;
- a alimentação e a nutrição;
- o consumo de medicamentos, drogas e tóxicos;
- a utilização da medicina de massa;
- os inquéritos específicos eventuais.

Entre nós, os meios de investigação e de avaliação não chegaram ainda a ser organizados em termos funcionais satisfatórios. Pela reforma de 1971, foi, porém, criado um escalão de órgãos e serviços com capacidade para conceber, planear, programar e avaliar as tarefas da saúde, dos quais a Secretaria-Geral, o Gabinete de Estudos e Planeamento e o Instituto Nacional de Saúde entraram já em funcionamento. Mas o estudo dos nossos problemas, com o carácter de continuidade e de previsão das necessidades para poder atendê-las de forma eficiente, continua a ser considerado assunto quase desconhecido.

Dados numéricos sobre o estado de saúde da população portuguesa

Numa sequência lógica de agrupamento de dados estatísticos simples mas exemplificativos da nossa situação e, para alguns, igualmente exemplificativos do estado comparativo em que Portugal se encontra relativamente a outros países da Europa, são apresentados 12 quadros com os valores indicativos escolhidos.

As fontes são, para os dados referentes a Portugal, o Instituto Nacional de Estatística, as direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais, o Plano Director de Informática do Ministério da Saúde (recolhidos e coligidos pelo Gabinete de Estudos e Planeamento deste Ministério), e para os dados referentes a outros países, o *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*, da OMS.

1 — O quadro I compreende dados definitivos referentes ao ano de 1973:

QUADRO I

População e indicadores gerais de saúde

	Portugal	Continente
População (calculada para o meio do ano)	8 564 200	8 045 200
Mortalidade Geral (p. 1 000)	11,1	
Natalidade (p. 1 000)	20,1	
Mortalidade infantil (p. 1 000 nado-vivos)	44,8	
Mortalidade de 1-4 anos (p. 100 000)	290,8	
Mortalidade materna (p. 100 000 nado-vivos)	59,0	
Esperança de vida à nascença		
Homens	64,7	
Mulheres	71,1	
Esperança de vida no primeiro aniversário		
Homens	67,0	
Mulheres	73,1	
Proporção de mortes até aos 5 anos	9,9	
Proporção de mortes de 50 e mais anos	79,7	
Mortalidade (p. 100 000)		
Difteria	0,26	
Tosse convulsa	0,12	
Tétano	1,1	
Poliomielite	0,0	
Sarampo	1,7	
Tuberculose	12,4	
Todas as doenças infecciosas e parasitárias	22,1	
Cancro	137,8	
Doenças cardiovasculares	438,4	
Acidentes rodoviários	30,8	

O quadro II compreende os últimos dados conhecidos (1974), ainda provi-
sórios, para alguns dos indicadores:

QUADRO II

	Portugal	Continente
Mortalidade geral (p. 1 000)	11,04	
Mortalidade infantil (p. 1 000 nado-vivos)	37,9	
Mortalidade neo-natal (p. 1000 nado-vivos)	20,9	
Mortalidade materna (p. 100 000 nado-vivos)	47,7	
Mortalidade (p. 100 000)		
Difteria	0,13	
Tosse convulsa	0,11	
Tétano	1,08	
Poliomielite	0,01	

Nos quadros III e IV, comparam-se alguns dos dados do quadro I com os
equivalentes de quatro países da Europa:

QUADRO III

Indicadores gerais de saúde

	Portugal (1973)	Holanda (1971)	Suécia (1971)	França (1971)	Itália (1971)
Mortalidade geral (p. 1 000)	11,1	—	10,2	10,7	9,6
Mortalidade infantil (p. 1 000 nado-vivos)	44,8	12,1	11,0	18,2	29,6
Mortalidade de 1-4 anos (p. 100 000)	290,8	83,3	41,8	79,2	91,0
Mortalidade materna (p. 100 000 nado-vivos)	59,0	13,0	10,0	28,0	55,0
Esperança de vida ao nascimento					
Homens	64,7	71,1	72,0	69,0	68,7
Mulheres	71,1	76,9	77,6	76,7	74,9
Esperança de vida no primeiro aniversário					
Homens	67,0	71,0	72,0	69,1	69,9
Mulheres	73,1	76,7	77,3	76,7	75,9
Proporção de mortes de 50 e mais anos	79,7	85,0	91,0	87,6	84,7

QUADRO IV

Mortalidade por doenças infecciosas, parasitárias e enterites

	Portugal (1973)	Holanda (1971)	Suécia (1971)	França (1971)	Itália (1971)
Doenças infecciosas e parasitárias (p. 100 000)	22,1	6,4	9,2	15,8	17,6
Difteria	0,26	0,0	0,0	0,0	0,05
Tosse convulsa	0,12	0,0	0,0	0,1	0,1
Tétano	1,08	0,05	0,0	0,5	0,4
Poliomielite	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sarampo	1,7	0,1	0,01	0,05	0,0
Tuberculose	12,4	0,8	3,1	7,1	6,1
Enterites e outras doenças diarreicas	24,9	1,5	1,5	1,1	5,4

Os valores dos quadros anteriores mostram que Portugal está ainda longe
de atingir o nível que os indicadores revelam para qualquer dos quatro países
referidos, e que estes países apresentam entre eles grandes diferenças, encon-
trando-se a Itália e a França em posição intermédia à de Portugal, mais atrasado,
e à Holanda e Suécia, mais avançados, sendo de pôr em evidência:

- que dos indicadores gerais a mortalidade infantil é em Portugal cerca
de três vezes mais elevada do que a da Holanda e Suécia, embora no
nosso País tenha havido uma melhoria rápida deste índice nos últimos
anos, em que desceu de 58,0, em 1970, para 37,9, em 1974. Sabendo-se
que o índice da mortalidade infantil ao passar da casa dos 30 para a
dos 20 indica a entrada no limiar da «civilização», e da casa dos 20 para
a da dezena, a entrada na fase da prosperidade evoluída, pode concluir-se
do trabalho e persistência que precisamos de empregar para levar a
população a ultrapassar as deficiências que continuam a impedir o seu
progresso até ao ponto já atingido pelos países citados. Sabendo-se,
ainda, que a mortalidade infantil durante o primeiro mês de vida depende
de causas diferentes (prematuridade, riscos de parto, congénitas) das dos
onze meses seguintes, que são sobretudo alimentares e infecciosas, isto é,
evitáveis, é importante saber-se que no ano de 1974 o valor de 37,9 cor-
responde a 20,9, para a mortalidade do primeiro mês, também chamada
neo-natal, e a 17,0, para a dos onze meses restantes, o que traduz situa-
ção com perspectiva favorável. Na realidade, em mortalidade infantil
há que vencer as causas evitáveis e fazer com que elas representem parte
cada vez menos importante no índice, de forma que este venha a limitar-
-se, praticamente, como já acontece na Holanda e na Suécia, às causas
de morte do recém-nascido ainda não evitáveis com os conhecimentos
e meios de que se dispõe no presente;
- que no referente a doenças infecciosas a situação é sensivelmente
paralela.

2— Nos quadros seguintes (V, VI, VII, VIII) estão reunidos, para os distritos de Portugal Continental, e para o ano de 1972, os valores respectivos dos índices de mortalidade geral, de mortalidade infantil, de mortalidade específica por doenças infecciosas e parasitárias, tuberculose, pneumonia, cancro, doenças crónicas e acidentes de viação, e de mortalidade proporcional de 1-4 anos e de 50 e mais anos. Estes valores permitem avaliar o significado das diferenças existentes.

QUADRO V

Taxas de mortalidade por 1000 habitantes no Continente, por Distritos, em 1972

<i>Distritos</i>	<i>População residente calculada para o ½ ano</i>	<i>Óbitos</i>	<i>Mortalidade (taxas)</i>
Aveiro	546 100	5 233	9,39
Beja	194 400	2 278	11,72
Braga	610 000	5 361	8,79
Bragança	172 200	1 911	11,10
Castelo Branco	244 800	2 822	11,53
Coimbra	396 200	4 461	11,26
Évora	173 200	2 051	11,84
Faro	261 300	3 617	13,84
Guarda	200 900	2 515	12,52
Leiria	372 000	3 932	10,57
Lisboa	1 610 800	16 684	10,36
Portalegre	140 000	1 861	13,29
Porto	1 330 400	11 775	8,85
Santarém	442 800	4 992	11,81
Setúbal	486 800	4 264	8,76
Viana do Castelo	246 000	2 771	11,26
Vila Real	256 000	2 827	11,04
Viseu	399 200	4 703	11,78
Total	8 063 100	84 058	10,43

QUADRO VI

Nado-vivos, óbitos de 1 ano por distritos de residência das mães, e taxas de mortalidade infantil respectiva, em 1972

<i>Distritos</i>	<i>Nado-vivos</i>	<i>Óbitos 1 ano</i>	<i>Mortalidade infantil</i>
Aveiro	12 031	545	45,30
Beja	2 741	104	37,94
Braga	16 307	771	77,28
Bragança	3 015	183	60,70
Castelo Branco	3 232	101	31,25
Coimbra	6 972	212	30,41
Évora	2 681	101	37,67
Faro	4 307	164	38,08
Guarda	2 867	127	44,30
Leiria	6 655	185	27,80
Lisboa	32 520	963	29,61
Portalegre	2 029	86	42,39
Porto	31 916	1 549	48,53
Santarém	6 875	218	31,71
Setúbal	9 460	230	24,31
Viana do Castelo	4 815	207	42,99
Vila Real	5 444	310	56,94
Viseu	8 221	400	48,66
Total	162 088	6 456	39,83
Cidade de Lisboa	13 757	677	49,21
Cidade do Porto	5 467	263	48,10

QUADRO VII

Mortalidade específica por algumas doenças em Portugal Continental, em 1972
Taxas por 100 000 habitantes

Distritos	Doen. infecciosas e parasitárias excepto tuberculose	Tuberculose	Pneumonia	Tumores malignos	Acidentes c/ veículo motor	Doenças cerebro-vasculares	Doença crónica e Reumatismo do coração Hipertensão Outras doen. do coração		
Aveiro	25,1	10,9	65,8	110,7	29,4	210,8	124,7		
Beja	12,5	17,2	32,4	145,6	27,7	301,1	181,1		
Braga	39,5	8,5	63,8	94,5	16,8	180,7	174,6		
Bragança	41,1	15,5	70,9	113,3	20,3	200,9	104,4		
Castelo Branco	11,4	14,2	25,6	108,4	27,6	279,1	152,7		
Coimbra	14,5	11,8	45,0	121,4	22,8	327,8	163,7		
Évora	17,2	10,7	27,8	163,5	36,1	268,9	196,7		
Faro	13,2	13,6	34,0	174,5	54,4	275,0	159,8		
Guarda	14,8	20,4	41,8	169,0	29,5	198,6	134,4		
Leiria	19,2	10,8	36,6	128,7	39,8	276,6	114,1		
Lisboa	13,3	21,1	45,7	171,5	32,2	247,5	78,2		
Portalegre	15,7	10,7	37,2	167,9	29,3	309,5	278,8		
Porto	28,5	12,8	74,3	74,3	8,4	166,4	126,3		
Santarém	14,6	11,9	35,9	35,9	44,3	305,9	158,1		
Setúbal	4,8	18,4	35,1	35,1	36,4	204,1	130,2		
Viana do Castelo	19,7	20,6	46,4	46,4	11,9	216,2	178,8		
Vila Real	7,5	11,9	71,0	71,0	11,5	196,8	129,0		
Viseu	31,8	12,2	70,5	70,5	17,8	258,4	177,4		
Total	18,8	13,7	49,0	103,3	24,3	216,2	126,4		

QUADRO VIII

Mortalidade proporcional de 1-4 anos e Mortalidade proporcional de 50 e + anos, em 1972, por distritos

Distritos	N.º de óbitos	Óbitos de 1-4 anos		Óbitos de 50 e + anos	
		N.º	%	N.º	%
Aveiro	5 233	131	2,5	3 972	75,9
Beja	2 278	23	1,0	1 958	85,9
Braga	5 361	230	4,3	3 788	70,7
Bragança	1 911	57	2,9	1 500	78,4
Castelo Branco	2 822	25	0,9	2 440	86,5
Coimbra	4 461	36	0,8	3 816	85,5
Évora	2 051	18	0,9	1 754	85,5
Faro	3 617	29	0,8	3 096	85,6
Guarda	2 515	44	1,7	2 139	85,0
Leiria	3 932	56	1,4	3 262	83,0
Lisboa	16 684	140	0,8	13 570	81,3
Portalegre	1 861	12	0,6	1 614	86,7
Porto	11 775	279	2,4	8 609	73,1
Santarém	4 992	41	0,8	4 276	85,7
Setúbal	4 264	48	1,1	3 422	80,3
Viana do Castelo	2 771	54	1,9	2 273	82,0
Vila Real	2 827	87	3,1	2 131	75,4
Viseu	4 703	112	2,4	3 795	80,7
Total	84 058	1 422	1,7	67 415	80,2

3— As condições de higiene do meio ambiente estão resumidas no quadro IX, com referência a água de abastecimento, esgotos, lixos, piscinas públicas e habitações, sendo bem evidentes as suas deficiências e, em face delas, facilmente compreensíveis os atrasos na luta contra as doenças evitáveis dependentes destas condições e na elevação do nível geral de higiene de grande parte da população.

QUADRO IX

Alguns dados sobre condições de higiene do meio ambiente

(Portugal, 1970)

	Percentagem da população servida
1 — Águas de abastecimento	
Distribuição ao domicílio	40
Condições boas	25
Condições irregulares	10
Condições más	5
Distribuição por fontenário	27
Sem distribuição	33
2 — Águas residuais urbanas	
Com rede de esgoto	17
Condições boas	10
Condições más	7
Com fossas colectivas	0,3
Sem sistema de esgoto	82,7
3 — Lixos urbanos	
Com recolha e tratamento	14
Com recolha e sem tratamento	25
Sem recolha	61
4 — Piscinas públicas	
Inventariadas	118
Com tratamento adequado	29 (25%)
Sem tratamento adequado	89 (75%)
5 — Habitações	
Com cozinha, retrete e casa de banho	20
Com condições deficientes	20
Sem condições aceitáveis	60
Número de habitações novas necessárias nos próximos dez anos (segundo a Direcção-Geral dos Serviços de Urbanização)	800 000

4 — Os recursos existentes para a prestação de cuidados de saúde, representados por serviços e meios humanos, estão indicados nos quadros X e XI, este referindo a distribuição dos médicos e profissionais de enfermagem pelos distritos do Continente, no ano de 1972.

QUADRO X

Comparação de meios e resultados entre os sistemas a cargo da Secretaria de Estado da Saúde e da Previdência

Designação	Secretaria de Estado da Saúde (1973)	Previdência social (1972)	
		Regime geral	Regime especial
Meios:			
Estabelecimentos de saúde com internamento	408	—	—
Camas hospitalares	37 027	—	—
Unidades médico-sociais	—	1 080	879
Centros de saúde	160	—	—
Dispensários e cons. dispensário	125	—	—
Pessoal (a):			
Médico	5 617	4 550	(e) 713
De enfermagem	(b)	2 686	(e) 352
Administrativo	4 416	3 757	(e) 1 486
Outro	18 616	278	(e) 838
Resultados:			
Doentes admitidos em internamento	(c) 446 620	(d)	—
Consultas prestadas	4 954 800	14 115 179	1 038 740
Exames laboratoriais	2 491 100	1 081 392	55 402
Exames radiográficos	989 600	264 550	27 735

(a) Grande parte do pessoal médico e de enfermagem acumula funções nos dois sectores.

(b) Dados impossíveis de colher na ocasião.

(c) Inclui os doentes da Previdência internados nos hospitais.

(d) A Previdência promoveu, em 1972, o internamento de 254 459 beneficiários ou familiares em hospitais e casas de saúde.

(e) Só Casas do Povo.

QUADRO XI

Médicos e profissionais de enfermagem existentes por distritos e sua distribuição por habitante, em 1972

Distritos	Médicos		Profissionais de enfermagem	
	N.º absoluto	N.º de habitantes por médico	N.º absoluto	N.º de habitantes por profissionais de enfermagem
Aveiro	325	1 683	326	1 678
Beja	81	2 533	42	4 885
Braga	269	2 278	460	1 332
Bragança	82	2 210	39	4 647
Castelo Branco	105	2 436	181	1 413
Coimbra	730	552	1 236	326
Évora	90	1 997	130	1 383
Faro	128	2 101	99	2 716
Guarda	94	2 258	177	1 199
Leiria	164	2 311	267	1 419
Lisboa	3 830	413	4 002	395
Portalegre	80	1 833	83	1 767
Porto	2 039	647	2 457	537
Santarém	198	2 174	137	3 142
Setúbal	215	2 193	319	1 478
Viana do Castelo	85	2 960	107	2 352
Vila Real	93	2 864	74	3 600
Viseu	166	2 482	194	2 124
Total	8 774	926	10 330	786

Alguns dados relativos ao trabalho efectuado pelos serviços de saúde e à forma como a população se serve deles estão reunidos nos quadros XII e XIII, que se referem, respectivamente, ao número de doentes admitidos nos hospitais e ao número de doentes inscritos para consultas externas nos hospitais, serviços de saúde e serviços da previdência, durante o ano de 1973, e ao número total de partos, com separação dos efectuados nos hospitais e dos que não tiveram assistência médica ou de parteira.

QUADRO XII

Partos havidos em Portugal Continental, em 1972, por distrito e segundo a assistência

Distritos	N.º total de partos	Partos s/ assistência		Partos hospitalares	
		N.º	%	N.º	%
Aveiro	12 177	3 035	24,9	3 553	29,2
Beja	2 812	922	32,8	1 038	36,9
Braga	16 495	6 139	37,2	4 588	27,8
Bragança	3 088	1 855	60,1	774	25,1
Castelo Branco	3 300	756	22,9	1 196	36,2
Coimbra	7 085	2 075	29,3	3 931	55,5
Évora	2 725	535	19,6	1 543	56,6
Faro	4 407	501	11,4	2 211	50,2
Guarda	2 913	1 250	42,9	724	24,9
Leiria	6 761	1 205	17,8	2 898	42,9
Lisboa	32 848	1 293	3,9	26 748	81,4
Portalegre	2 070	430	20,8	1 017	49,1
Porto	32 386	5 310	16,4	13 935	43,0
Santarém	7 041	1 158	16,4	2 868	40,7
Setúbal	9 582	730	7,6	6 644	69,3
Viana do Castelo	4 918	2 890	58,8	1 186	24,1
Vila Real	5 565	3 876	69,6	1 065	19,1
Viseu	8 368	4 733	56,6	1 936	23,1
Total	164 511	38 693	23,5	77 858	47,33

Em 1974, a percentagem de partos sem assistência baixou para 17,7 e a percentagem de partos hospitalares subiu para 56,4.

Indicadores alimentares e sócio-económicos

Ainda que não tenham significado de muita actualidade, por se referirem ao período à volta de 1970, os dados seguintes são exemplificativos da situação geral da população e condizem com os referidos nos quadros anteriores, completando-os na explicação do atraso na melhoria do estado de saúde, relativamente ao que se podia já ter conseguido:

a) disponibilidades alimentares, por dia e habitante

— calorias	2754
— proteínas totais (g)	78,9
— proteínas animais (g)	31,8
— leite líquido (g)	128
— gorduras totais (g)	76,1
— óleos naturais (g)	31,6
— hidratos de carbono, em percentagem das calorias	63,7
— proteínas, em percentagem das calorias	11,4
— gorduras em percentagem das calorias	24,9

b) dados sócio-económicos

— rendimento bruto <i>per capita</i> (dólares)	640
— população activa por sectores:	
— percentagem do rendimento atribuído a salários ...	50
— população activa: sector primário	33,1
sector secundário	35,7
sector terciário	31,2
— alunos matriculados, por 1000 habitantes	170,5
— percentagem de analfabetos	36
— percentagem da população escolar na população de 5-19 anos	72
— percentagem da população abrangida por esquemas da previdência	66

A comparação de alguns destes dados com os correspondentes da Suécia é da seguinte ordem:

	Portugal	Suécia
— calorias, por dia e habitante	2754	3120
— proteínas animais (g), por dia e habitante	31,8	60
— leite líquido (g), por dia e habitante	128	706
— rendimento <i>per capita</i> (dólares, ano)	640	3840
— percentagem do rendimento atribuído a salários ...	50	67,2
— população activa: sector primário	33,1	7,3
sector secundário	35,7	51,9
sector terciário	31,2	40,8
— percentagem da população escolar de 5-19 anos ...	72	94

CAPÍTULO III

A REFORMA DE 1971 DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PORTUGUESES

É de época relativamente recente a concepção político-social e técnico-administrativa de que um sistema de cuidados de saúde eficiente é indispensável para a sobrevivência de qualquer sociedade civilizada. Foi no período de entre as duas grandes guerras deste século e, de forma concreta, depois de 1950, à medida que nos países mais evoluídos foram sendo criados sistemas de cuidados de saúde novos, ou aperfeiçoados os serviços de saúde existentes, que os estudos comparativos da situação da saúde acentuaram três ordens de factores que constituem, na interpretação, preocupações de governantes, políticos e investigadores das ciências político-sociais e da saúde:

- as relações entre a capacidade de organizar sistemas de saúde e as formas de governo e sistemas políticos;
- a extraordinária potencialidade de aplicação prática de técnicas e meios de luta contra as doenças que a medicina adquire ao emergir de arte e ciência individualista, ocupando-se de poucos, em ciência social, tendo por campo de trabalho toda a população;
- o nível diferente de resultados conseguidos na melhoria da saúde pela aplicação mais ou menos rápida e mais ou menos extensa dos novos conhecimentos adquiridos pela via da experiência e da investigação.

Todas estas preocupações tiveram também repercussão entre nós e começaram a ser concretizadas, quando, em 1970, foi anunciada a abertura política que permitiu esquematizar uma linha de orientação moderna para a reforma dos serviços de saúde portugueses, considerada de há muito pelos peritos e técnicos responsáveis uma necessidade urgente e imperiosa, dado o atraso em que nos encontrávamos e os consequentes prejuízos sofridos inutilmente pela população, por perda de vidas, doenças e outros sofrimentos evitáveis.

A linha de orientação seguida assentou na premissa de que a organização dos serviços devia ser feita a partir da definição duma política de saúde e assistência ajustada às condições evolutivas demográficas e médico-sanitárias do País e do consequente estabelecimento de nova orgânica do Ministério da Saúde — que passaria a ser a entidade única responsável pela saúde da população —, compreendendo um conjunto de estruturas funcionais, apoiadas em normas administrativas e meios de trabalho modernos e eficientes.

O esquema a que os trabalhos preparatórios da reforma conduziram enuncia, sob a forma de orgânica do Ministério, os principais órgãos e funções correspondentes que actuariam aos níveis *Nacional*, ou de Governo, *Central* e *Local*,

constituindo o que se chamou o Sistema Nacional de Saúde, com três escalões de regionalização e de funcionamento da responsabilidade do Estado:

REGIONALIZAÇÃO	ESTADO
Nacional	Ministério da Saúde
Central	Órgãos centrais de estudo, planeamento, orientação e avaliação
Local	
— Região	Inspecções Coordenadoras Hospitais centrais Laboratórios de saúde pública
— Distrito	Conselhos Coordenadores Centros de saúde Hospitais distritais Laboratórios de saúde pública
— Concelho	Comissões Coordenadoras Centros de saúde Hospitais concelhios
— Freguesia	Postos de saúde

O resumo da orgânica dos serviços nos diversos níveis e do sistema correspondente do exercício de funções é dado no esquema seguinte:

ÓRGÃOS	FUNÇÕES
1 <i>De Governo:</i>	1 <i>Promoção e direcção superior da política de saúde e assistência social:</i>
— Ministério (com a colaboração solidária do secretário de Estado e do subsecretário de Estado, e com o apoio do seu Gabinete).	Participação na definição da política de saúde e assistência social, ao nível do Governo e, nomeadamente, em Conselho de Ministros.
	Direcção superior da política de saúde e assistência social, ao nível do M. S. A.
2 <i>De coordenação interministerial:</i>	2 <i>Coordenação entre departamentos ministeriais diferenciados:</i>
— Comissões interministeriais de coordenação	Colaboração na definição de uma política unitária de saúde e assistência social.
	Coordenação das actividades de saúde e assistência dependentes de departamentos diferenciados do M. S. A., nomeadamente por apoio à execução, nesse domínio, dos princípios técnicos unitariamente definidos.
— Conselho Superior de Acção Social	Idênticas funções no plano da coordenação entre o Ministério das Corporações e Previdência Social e o Ministério da Saúde e Assistência (com participação de representações da iniciativa privada).

3 <i>Serviços Centrais</i>	3 <i>Coordenação, planeamento, direcção da execução</i>
— Secretaria Geral	Coordenação e apoio técnico e administrativo.
— Gabinete de Estudos e Planeamento	Funções consultivas, de estudo e planeamento.
— Instituto Nacional de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública	Investigação e ensino (fornecendo, inclusivamente, o apoio científico ao delineamento do plano).
— Direcções-Gerais:	Orientação, direcção e execução das actividades de saúde e assistência:
— Saúde (D.G.S.):	— Funções gerais de cobertura médico-sanitária do País; orientação e coordenação das actividades de promoção da saúde e prevenção da doença; cuidados médicos de base.
— Hospitais (D.G.H.):	— Funções gerais quanto a estabelecimentos hospitalares centrais e distritais; apoio à D. G. S. quanto ao internamento a cargo desta.
— Assistência Social (D.G.A.S.):	— Funções gerais quanto a serviços, estabelecimentos e instituições de assistência; actividades de promoção da integração social.
4 <i>Serviços Locais</i>	4 <i>Efectivação da política de saúde e assistência social, na respectiva área, por execução das normas emanadas dos Serviços Centrais, através da D. G. S.</i>
— Na região:	Representações das Direcções-Gerais, na região.
— Inspecção Coordenadora	Coordenação, ao nível da região, das actividades médico-sanitárias, hospitalares e assistenciais.
— No distrito:	Funções de Autoridade Sanitária única para o conjunto da área distrital.
— Director de Saúde	Representação das actividades de saúde e assistência exercidas no distrito.
— Conselho Coordenador	Núcleo funcional de integração progressiva dos serviços de saúde e assistência da sede do distrito.
— Centro de Saúde	Orientação das actividades de saúde e assistência da sede do distrito.
	Cobertura médico-sanitária e laboratorial da população.
— Unidade de Saúde	Coordenação, com o Centro de Saúde, dos demais serviços oficiais e particulares da sede do distrito, sob a orientação da autoridade sanitária.
(Embora referida aqui, para melhor esclarecimento da funcionalidade orgânica, a Unidade de Saúde não é propriamente um órgão, antes representa uma unidade funcional pela aplicação de um método de trabalho unitário aos vários órgãos)	

— No concelho:
— Delegado de Saúde

— Comissão Coordenadora

— Centro de Saúde

— Unidade de Saúde

(Embora referida aqui, para melhor esclarecimento da funcionalidade orgânica, a Unidade de Saúde não é propriamente, um órgão, antes representa uma unidade funcional pela aplicação de um método de trabalho unitário aos vários órgãos)

— Na Freguesia ou para Grupos de Freguesias:

— Posto de Saúde

Funções de Autoridade Sanitária única para a área do concelho.

Apoio, ao Delegado de Saúde, para efeitos de exercício da sua competência coordenadora de actividades de saúde e assistência exercidas no concelho.

Núcleo funcional de integração progressiva dos serviços de saúde e assistência do concelho.

Orientação das actividades de saúde e assistência da área do concelho.

Cobertura médico-sanitária e laboratorial da população.

Coordenação, com o Centro de Saúde, de serviços oficiais e particulares da sede do concelho, sob a orientação da autoridade sanitária.

Funções de apoio localizado à competência do Centro de Saúde concelhio.

AS BASES DOUTRINÁRIAS E PRÁTICAS DA REFORMA

O direito à saúde é, em teoria, já reconhecido entre nós constitucionalmente e foi declarado pelo diploma orgânico do Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 413/71, 27 de Setembro) como «direito de personalidade» que «não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis» (n.ºs 1 e 3 do artigo 2.º).

Impende, assim, sobre o Estado, com as consequentes responsabilidades, o encargo de garantir o nível-padrão de saúde que a cada momento se mostre possível para a nossa população em face dos recursos tornados disponíveis, o qual, aliás, se considera, por outro lado, necessário para a promoção e fases sucessivas de desenvolvimento do País, a que hão-de corresponder graus sempre mais elevados de bem-estar geral.

Mas para se atingir semelhante objectivo, de acordo com o qual a efectivação da política da saúde e assistência social obedece ao princípio técnico da unidade de planeamento e execução, há que estabelecer as condições para a estruturação legal e funcionamento administrativo dos diversos escalões de serviços que constituem o sistema de saúde organizado. Foi, por isso, preparada a legislação indispensável.

Enquanto que, por um lado, se codificaram as medidas sobre a orgânica completa dos serviços e os princípios que as inspiram, estabeleceram-se, paralelamente, sob a forma de regime de «carreiras profissionais», as medidas referentes a pessoal, pois que o sistema não funcionaria sem pessoas que o

servissem, com adequada formação, em todas as suas intervenções intercomplementares do trabalho médico-sanitário e assistencial.

Este regime foi publicado em simultaneidade com a orgânica dos serviços, pelo que aparecem estreitamente associadas as medidas legislativas que os instituíram.

Ao estabelecer a linha reorganizativa dos serviços e delimitadora das actividades essenciais de saúde e assistência social, a nova legislação assentou concretamente:

— nos princípios duma política unitária de saúde, considerada como direito dos indivíduos e comunidades a usufruírem dos benefícios cada dia mais numerosos e úteis da ciência e que a técnica médica e administrativa põe à disposição das sociedades contemporâneas que têm capacidade para os aproveitar;

— nas regras da moderna administração de saúde, que toma em conta os meios actuantes da medicina integral ou compreensiva (preventivos, curativos e de recuperação), da acção social coordenada e da pesquisa operacional, no estudo, planeamento e programação de actividades, de forma a estabelecer esquemas genéricos ou condicionados de acção conjunta e prioridades relacionadas com a idade e períodos críticos da vida dos indivíduos e as condições económicas, educacionais, sanitárias e sociais em que vivem;

— na experiência adquirida no campo da organização de serviços de saúde e da preparação do seu pessoal diferenciado, tanto ao nível nacional como no dos países mais evoluídos.

Destes princípios e regras, decorrem certo número de características administrativas, de que convém especificar:

a) a centralização normativa, visando a uniformidade da orientação e a eficiência de meios, pela unidade de planeamento das tarefas;

b) descentralização da execução, pelo estabelecimento dos órgãos e serviços adequados da rede de cobertura médico-sanitária generalizada e polivalente e da rede hospitalar diferenciada, dotados de autonomia técnica e administrativa;

c) integração das actividades dos serviços de execução nos vários sectores de trabalho, por orientação coordenada que evite o isolamento ou separação dos diversos estratos populacionais em grupos beneficiados e não beneficiados, quanto a um mínimo de regalias que podem e devem ser igualmente usufruídas.

Em termos teóricos, aparece-nos, assim, instituída uma política de saúde que visa garantir o direito à saúde, bem como cooperar na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e valer aos seus estados de carência, direito este que compreende o acesso aos serviços prestadores de cuidados médicos e sanitários e que «não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis».

Uma tal política está sujeita a grandes dificuldades e compromissos, pelo menos na fase inicial da aplicação, visto que as estruturas existentes levam tempo a adaptar-se a conceitos mais modernos e a evoluírem, em tempo oportuno, pela coordenação ou integração de actividades, no sentido do reforço da sua capacidade administrativa, técnica ou científica de actuação.

São exemplos destas dificuldades diversos hábitos e interesses da classe médica que não coincidem com os da população; a actuação ainda de nível técnico e administrativo baixo das Misericórdias e outras entidades, que têm dificuldade em sair do caminho do seu amadorismo tradicional no governo dos serviços hospitalares e outros que lhes estão confiados; a política restrita, dispendiosa e independente seguida até há pouco pelos serviços da Previdência em assuntos de medicina e saúde; a dispersão dos serviços oficiais de saúde que actuam ou têm actuado em independência de orientação e objectivos; e, entre outros igualmente importantes, a capacidade bastante limitada de acção dos nossos serviços de saúde de execução, que só agora encontram ambiente para se desenvolverem.

Em termos práticos, são de considerar nas estruturas essenciais da nova orgânica, além do Gabinete do ministro, definidor da política de saúde e de assistência social e com acção deliberativa:

a) os órgãos de concepção, estudo, planeamento e programação geral, representados pelo Gabinete de Estudos e Planeamento, Instituto Nacional de Saúde e Direcções-Gerais, com o apoio da Secretaria-Geral, da Escola Nacional de Saúde Pública e do Conselho Superior de Acção Social.

Compete-lhes a colheita e tratamento dos elementos provenientes das fontes normais e, também, das de estudo e investigação, utilizando-os para os fins que se propõem, que são a elaboração de planos e programas de actuação ajustados às necessidades nacionais do sector da saúde e da assistência social;

b) os órgãos intermédios de orientação, direcção executiva e avaliação representados pelas Direcções-Gerais e as Inspeções Coordenadoras Regionais.

Compete-lhes o acompanhamento da execução das tarefas, prestando aos respectivos serviços a colaboração regular necessária de orientação e fiscalização, e a avaliação dos resultados do trabalho executado, de forma a conhecer exactamente o que se passa e proceder, em tempo, às correcções necessárias;

c) os serviços de execução, isto é, de acção directa local, a que correspondem:

1 — a rede de cobertura médico-sanitária, actuando em contacto permanente com a população e que fica a constituir o primeiro escalão dos nossos serviços locais de saúde. É formada pelo núcleo dos centros de saúde e postos subsidiários, que desenvolvem a suas actividades coordenadamente com as outras instituições locais, tendo como um dos seus objectivos determinantes o estabelecimento gradual da *unidade de saúde*, concebida como um sistema de métodos de trabalho a aplicar uniformemente para todas as actividades afins, conjugando as actividades dos centros com as dos serviços directa ou funcionalmente relacionados da área.

Compete-lhe a actuação de cobertura geral polivalente, segundo um esquema de valências adaptadas às necessidades, com o trabalho de cuidados médicos de base, triagem de doentes, saúde materno-infantil, promoção e educação para a saúde — a efectuar por equipas mistas de saúde, constituídas por médicos e pessoal de enfermagem de saúde pública, de acção social e de acção sanitária, além de outros colaboradores regulares ou acidentais.

Em modelo completo, o centro de Saúde dispensaria a existência de quaisquer outros serviços públicos de saúde e assistência na sua área. Tal modelo, de que em alguns casos nos vamos já aproximando, não pode, todavia, obter-se instantaneamente.

As relações entre este escalão de serviços e a clínica privada deve estreitar-se pelo contacto dos sectores de promoção de saúde e de triagem de doentes com os clínicos em actividade na área respectiva, para o encaminhamento de todos os que desejem recorrer à sua acção preventiva ou curativa, no consultório ou em família.

2 — a rede hospitalar, ou segundo escalão de cobertura, constituída pela hierarquia de estabelecimentos de internamento de doentes no âmbito concelhio, distrital e central regidos por legislação própria.

Competem-lhes, desde o hospital concelhio ao central, passando pelo distrital, as funções de diagnóstico e tratamento dos doentes, em especial dos que precisem de regime de internamento, com o objectivo de conseguir a sua recuperação rápida, pelo encaminhamento para os estabelecimentos ou serviços de nível adequado à execução das tarefas exigidas no diagnóstico e terapêutica das diversas situações patológicas.

O hospital concelhio precisa de trabalhar em ligação íntima com a rede de cobertura médico-sanitária, pelos centros e postos de saúde, e com o hospital distrital, que é o seu órgão de apoio imediato.

São conhecidas as exigências crescentes do escalão hospitalar, desde o nível concelhio ao central, em equipas de pessoal diferenciado, equipamentos gerais e especializados, instalações e capacidade de administração, bem como dos indispensáveis apoios de meios de ensino, de técnicos especialistas de equipamentos, de instalações e de acção social.

De acordo com as concepções fundamentais adoptadas na reforma e acabadas de resumir, duas notas devem ser acrescentadas.

A primeira é para acentuar que os Centros de Saúde que agora vão constituir a rede de cobertura médico-sanitária pouco ou nada têm de semelhante com a concepção e objectivos dos centros de saúde criados em alguns países depois da primeira guerra mundial e, sobretudo, na década de trinta, destinados às tarefas de medicina preventiva e em número tão limitado que a sua acção só poderia ser de «piloto», em áreas circunscritas e de população limitada.

São unidades de cobertura médico-sanitária integral, adaptáveis em cada momento às condições de evolução da população que servem

(densidade, migração, estrutura demográfica, desenvolvimento cultural e económico), dada a variabilidade das suas valências e da composição das equipas de trabalho, quer interno, quer externo (em contacto directo com a população).

Procuram pela via administrativa e técnica da coordenação e da integração, a disciplina de todos os serviços de acção paralela na área e dispõem de apoio laboratorial e de internamento de doentes, em nível adequado ao das suas funções.

A segunda serve para especificar o objectivo das estruturas hospitalares, que deve estar essencialmente virado para os fins de assegurar cuidados médicos aos doentes, de internamento e de tratamento especializado. Por serem de funcionamento extremamente dispendioso, os serviços hospitalares só deveriam ser utilizados por doentes que deles precisem na realidade, proporcionando-se aos restantes, em regime ambulatorio ou domiciliário, os cuidados que possam dispensar o recurso ao internamento.

Este é o critério mais sã para os países de recursos modestos, em especial, mas também para os mais ricos, como a experiência recente dos E.U.A. está a mostrar.

A política que corresponde ao sector, na nova orientação, incide, em particular, na revisão das estruturas, tendo em conta a estratégia de regionalização mais recomendável para uma completa, funcional e apta cobertura hospitalar do País e criação de unidades de ensino e investigação médica.

Os serviços locais de acção directa são dotados de autonomia técnica e administrativa, com que se procura uma descentralização ampla no aspecto executivo e operacional, permitindo que quase todos os problemas sejam resolvidos, ao seu nível, sem perturbar o esquema básico e geral do planeamento altamente centralizado e da supervisão directa no escalão regional.

A ESTRUTURA LEGAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

Os diplomas legislativos fundamentais, que a partir das bases enunciadas estabeleceram a estrutura do sistema, compreendem:

— o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, que, ao reorganizar o Ministério da Saúde e Assistência, definiu a política de saúde e assistência social (artigos 1.º a 4.º), as atribuições do Ministério (artigos 5.º a 8.º), a regionalização dos serviços (artigo 9.º) e a orgânica do Ministério, com serviços centrais, locais e especiais (artigos 10.º a 61.º);

— o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, que organizou um regime de carreiras profissionais, definindo os tipos de carreiras (artigos 1.º a 5.º), as condições de ingresso e acesso (artigos 6.º a 41.º) e os regimes de serviço e aplicação (artigos 42.º a 48.º);

— os decretos regulamentares, que completam os anteriores, referentes ao Instituto Nacional de Saúde (INSA) — Decreto n.º 35/72, de 31 de Janeiro —, aos serviços do Ministério (Secretaria-Geral, Gabinete de Estudos e Planeamento, Direcções-Gerais) — Decreto n.º 351/72, de 8 de Setembro —, ao Instituto da Família e Acção Social (IFAS) — Decreto n.º 396/72, de 17 de Outubro — e à Escola Nacional de Saúde Pública (criada pelo Decreto-Lei n.º 372/72, de 2 de Outubro) — Decreto n.º 441/72, de 8 de Novembro.

Os textos fundamentais dos Decretos-Leis n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro, são dados nas páginas seguintes.

Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro

Organização do Ministério da Saúde e Assistência

TÍTULO I

Objectivos e orientações fundamentais do Ministério da Saúde e Assistência

ARTIGO 1.º

Política de saúde e assistência social

1. Incumbe ao Estado, pelo Ministério da Saúde e Assistência, a definição da política de saúde e assistência social, bem como o fomento das correspondentes actividades que expressamente não cumpram a outros Ministérios.

2. Para efeito do disposto no número anterior, deverá atender-se à necessidade de articulação dos programas de saúde e acção social e de coordenação e integração progressiva das respectivas actividades, subordinadas a planeamento regular e continuado.

3. Na execução da política de saúde e assistência social, ter-se-á presente a importância da iniciativa particular e da cooperação das populações, devendo, nomeadamente, promover-se o interesse destas pela criação, manutenção e progresso de serviços apropriados.

ARTIGO 2.º

Objectivos da política de saúde e assistência social

1. A política de saúde e assistência social visa garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade, bem como cooperar na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e valer aos seus estados de carência.

2. O direito à saúde compreende o de acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

ARTIGO 3.º

Actividades de saúde e assistência

1. A prossecução da política de saúde e assistência social realiza-se por actividades de:

- a) Promoção da saúde e prevenção da doença;
- b) Tratamento dos doentes e reabilitação;
- c) Protecção e defesa da família;
- d) Protecção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade.

2. Na execução da política de saúde consideram-se prioritárias as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença.

3. As actividades de assistência social serão exercidas coordenadamente com as da saúde e deverão subordinar-se também aos princípios da prevenção e do estabelecimento de prioridades.

ARTIGO 4.º

Enquadramento social das actividades de saúde e assistência

No exercício das actividades de saúde e assistência atender-se-á:

- a) À natureza unitária da pessoa humana e ao respeito pela sua dignidade e integridade moral;
- b) À família, como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros.

ARTIGO 5.º

Atribuições do Ministério da Saúde e Assistência

1. O Ministro da Saúde e Assistência dirige a política de saúde e assistência social, competindo-lhe, pelo Ministério, promover a sua execução, assegurar o eficiente funcionamento dos serviços previstos no presente diploma e orientar as actividades particulares, coordenando-as com as do sector público.

2. Relativamente às Misericórdias, o princípio definido no número anterior terá em atenção o espírito e missão tradicionais e os aspectos técnicos do funcionamento dos seus serviços de saúde e assistência.

ARTIGO 6.º

Coordenação com as atribuições de outros Ministérios

1. No âmbito das suas atribuições de defesa da saúde pública, e sem prejuízo das especificamente cometidas aos outros departamentos do Estado, o Ministério actuará em colaboração técnica com os serviços de saúde e assistência deles dependentes, designadamente quanto à higiene e à medicina preventiva.

2. Para efeitos do número anterior, e nomeadamente com o objectivo de assegurar a orientação técnica e de evitar as duplicações de serviços, serão criadas comissões interministeriais, presididas por um delegado do Ministério da Saúde e Assistência, em que participarão representantes de outros Ministérios.

3. As referidas comissões, que poderão funcionar em pleno ou em grupos especiais, compete propor as medidas necessárias à execução coordenada da política de saúde e assistência social.

ARTIGO 7.º

Participação no Conselho Superior de Acção Social

A participação do Ministério da Saúde e Assistência no Conselho Superior de Acção Social, criado pelo Decreto-Lei n.º 446/70, de 23 de Setembro, visa prosseguir a unidade política de saúde e assistência no âmbito das actividades dos seus serviços e dos do Ministério das Corporações e Previdência Social, bem como das instituições de ambos dependentes.

ARTIGO 8.º

Orientação técnica da administração sanitária e assistencial

1. A efectivação da política de saúde e assistência social obedece ao princípio técnico da unidade de planeamento e execução.

2. O princípio estabelecido no número anterior, além de assegurado no plano interministerial pelos órgãos referidos nos artigos 6.º e 7.º, é promovido:

a) No plano central:

Pela Secretaria-Geral, a que competem funções de coordenação e apoio técnico e apoio técnico-administrativo, designadamente no âmbito da reforma administrativa do Ministério e das técnicas de organização e métodos de trabalho;

Por órgãos superiores de estudo, investigação e planeamento, aos quais compete coadjuvar o Ministro na definição e orientação superior da política de saúde e assistência social;

Por direcções-gerais, a que compete promover, dirigir e fiscalizar a execução das actividades de saúde e assistência.

b) No plano local:

Na região, por uma inspecção coordenadora;

No distrito, pela autoridade sanitária, assistida por um conselho coordenador, representativo das actividades de saúde e assistência;

No concelho, pela autoridade sanitária, mediante a integração de serviços no centro de saúde, assistida por uma comissão coordenadora.

ARTIGO 9.º

Organização sanitária e assistencial do País

1. Para efeitos da execução da política de saúde e assistência social, considera-se o País dividido em:

- a) Regiões;
- b) Distritos;
- c) Concelhos.

2. As regiões compreendem vários distritos e serão delimitadas por decretos.

3. Os distritos e os concelhos correspondem territorialmente às circunscrições administrativas.

4. Nos concelhos onde se entenda conveniente, considerar-se-á, ainda, a freguesia ou grupos de freguesias.

TÍTULO II

Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência

CAPÍTULO I

Enunciado geral dos serviços

ARTIGO 10.º

Serviços do Ministério

O Ministério da Saúde e Assistência compreende, além do Gabinete do Ministro:

- a) Os serviços centrais;
- b) Os serviços locais;
- c) Os serviços especiais.

CAPITULO II

Serviços centrais

SECÇÃO I

Enunciado geral dos serviços centrais

ARTIGO 11.º

Disposições gerais

1. Aos serviços centrais compete prestar apoio à superior definição, orientação e execução da política de saúde e assistência social, exercendo com esse fim, funções de coordenação e apoio técnico e administrativo, consultivas, de investigação e ensino, e de orientação e fiscalização da execução dos planos de saúde e assistência.

2. As funções de coordenação e apoio técnico-administrativo cabem especialmente à Secretaria-Geral.

3. As funções de natureza consultiva incumbem especialmente ao Gabinete de Estudos e Planeamento.

4. São órgãos de investigação e ensino:

- a) O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge;
- b) A Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical.

5. São órgãos de orientação, direcção e execução das actividades de saúde e assistência:

- a) A Direcção-Geral de Saúde;
- b) A Direcção-Geral dos Hospitais;
- c) A Direcção-Geral da Assistência Social.

6. O Conselho dos Directores-Gerais é um órgão de coordenação, ao qual incumbe coadjuvar o Ministro na harmonização e conjugação das actividades dos diversos órgãos e serviços do Ministério.

SECÇÃO II

Secretaria-Geral

ARTIGO 12.º

Secretaria-Geral e seus serviços

1. À Secretaria-Geral competem os serviços promotores da reforma administrativa do Ministério e os de coordenação e apoio técnico-administrativo, central, bem como os comuns aos outros órgãos centrais do Ministério e os que não pertençam especificamente a qualquer deles.

2. A Secretaria-Geral compreende os seguintes serviços:

- a) Serviços de Contencioso;
- b) Serviços de Inspeção;
- c) Serviços de Aprovisionamento;
- d) Serviços de Instalações e Equipamento;
- e) Serviços de Pessoal e de Organização;
- f) Repartição de Serviços Administrativos.

3. A Secretaria-Geral é dirigida por um secretário-geral, que, coadjuvado por um adjunto, superintende em todos os seus serviços e submete a despacho os assuntos que careçam de resolução superior.

4. A junta médica do Ministério funciona na Secretaria-Geral, sob a presidência de um inspector superior ou director de serviços do Ministério que seja médico.

ARTIGO 13.º

Serviços do Contencioso

1. Os Serviços de Contencioso exercem o patrocínio judiciário relativamente ao Ministério e prestam o apoio jurídico que lhes seja solicitado pelos seus serviços centrais.

2. Para efeito de representação em juízo, constituem prova suficiente do mandato os officios subscritos pelo secretário-geral.

ARTIGO 14.º

Serviços de Inspeção

1. Aos Serviços de Inspeção compete exercer as funções de inspeção administrativa das actividades de saúde e assistência a cargo dos serviços e estabelecimentos do Ministério ou das instituições sujeitas à sua tutela que lhes sejam superiormente cometidas, bem como, nas mesmas condições, proceder à instrução de processos disciplinares, inquéritos ou sindicâncias.

2. No desempenho das suas funções, os Serviços de Inspeção poderão requisitar a quaisquer serviços públicos ou instituições particulares de saúde e assistência as informações e diligências que forem indispensáveis, salvo disposição legal em contrário.

3. Para o exercício de inspeção em matéria financeira ou de contabilidade, poderá o Ministro da Saúde e Assistência, com o acordo do Ministro interessado, requisitar a qualquer serviço público o pessoal técnico indispensável.

4. As actividades de inspeção que exijam preparação especializada poderão ser, por despacho ministerial, confiadas a pessoas devidamente qualificadas, em regime de prestação de serviços.

ARTIGO 15.º

Serviços de Aprovisionamento

1. Aos Serviços de Aprovisionamento compete proceder a estudos de mercado relativos aos géneros e artigos de consumo à normalização das aquisições e à padronização de fornecimentos.

2. O Ministro poderá determinar que a organização de concursos, a aquisição de produtos ou materiais e a sua fiscalização sejam efectuadas directamente pelos Serviços de Aprovisionamento.

3. Para o desempenho das suas funções, os Serviços de Aprovisionamento poderão requisitar aos serviços do Estado ou organismos corporativos, bem como solicitar a quaisquer entidades privadas ou a técnicos da especialidade, os pareceres, informações, exames e análises que considerem necessários.

4. O Ministro poderá determinar, por despacho, que as despesas decorrentes da aplicação dos números anteriores sejam suportadas pelos serviços utilizadores.

ARTIGO 16.º

Serviços de Instalações e Equipamento

1. Compete aos Serviços de Instalações e Equipamento colaborar neste domínio com os serviços competentes do Ministério das Obras Públicas e prestar aos estabelecimentos e serviços do Ministério ou dele dependentes a assistência técnica que lhes seja solicitada ou determinada relativamente a obras de pequena conservação, reparação ou remodelação e ao apetrechamento e sua manutenção, bem como participar no seu custeio.

2. O Ministro poderá determinar que sejam directamente executadas pelos Serviços de Instalações e Equipamento as obras referidas no número anterior, de custo não superior a 500 contos, desde que não seja ultrapassada a importância anual de 2000 contos em relação a cada serviço ou estabelecimento, e bem assim que procedam directamente à aquisição de apetrechamento destinado a quaisquer serviços dependentes do Ministério, sempre que as circunstâncias o aconselhem e dentro dos limites a que os mesmos estão autorizados, efectuando-se o respectivo pagamento em conta das dotações apropriadas dos referidos serviços ou estabelecimentos.

3. Para efeitos do disposto no n.º 2, sob proposta dos serviços centrais e tendo em consideração as prioridades indicadas pelo Gabinete de Estudos e Planeamento, os Serviços de Instalações e Equipamento elaborarão planos anuais a submeter à aprovação ministerial, valendo o despacho de concordância como autorização de despesa.

4. O Ministro poderá determinar que os Serviços de Instalações e Equipamento fiscalizem a recepção de material de apetrechamento adquirido por estabelecimentos ou serviços.

5. Os Serviços de Instalações e Equipamento poderão contratar com gabinetes técnicos a execução de projectos, estudos e outros trabalhos no âmbito da sua competência.

6. Aos Serviços de Instalações e Equipamento incumbe orientar e coordenar as actividades relacionadas com a reparação e manutenção da aparelhagem em uso nos diversos estabelecimentos.

7. O Ministro pode determinar, por despacho, que as despesas dos Serviços de Instalações e Equipamentos decorrentes da elaboração de projectos, direcção, administração e fiscalização de obras e recepção de material sejam suportadas pelos respectivos utilizadores, até ao limite de 5 por cento do respectivo valor, devendo a aplicação desta verba ser justificada em balancete semestral, a aprovar pelo Ministro.

ARTIGO 17.º

Serviços de Pessoal e de Organização

Compete aos Serviços de Pessoal e de Organização:

- a) Proceder aos estudos relativos a sistemas integrados de gestão do pessoal do Ministério propondo as medidas necessárias ao seu gradual estabelecimento, e promover as respeitantes ao seu próprio pessoal;
- b) Exercer, relativamente à administração de pessoal, a acção orientadora e coordenadora dos serviços congéneres do Ministério;
- c) Promover, em ligação com a Secretaria-Geral da Presidência do Conselho, acções de formação e aperfeiçoamento em técnicas de administração do pessoal e colaborar em acções de formação profissional promovidas por outros departamentos do Ministério;
- d) Promover o estudo e divulgação dos princípios e técnicas de organização;
- e) Propor as medidas tendentes à permanente actualização da estrutura e do funcionamento dos serviços, bem como à racionalização e simplificação do trabalho administrativo;
- f) Proceder aos estudos preparatórios relativos à utilização da informática no âmbito do Ministério;
- g) Colaborar nos estudos e diligências tendentes a racionalizar a instalação e o equipamento dos serviços;
- h) Colaborar com os serviços interessados, designadamente os do Ministério das Finanças, e com o Gabinete de Estudos e Planeamento na preparação do orçamento do Ministério.

ARTIGO 18.º

Repartição de Serviços Administrativos

1. Compete à Repartição de Serviços Administrativos:

- a) Reunir os orçamentos preparados pelos serviços centrais e fazê-los presentes ao Conselho dos Directores-Gerais, para coordenação;
- b) Executar o expediente geral da Secretaria-Geral e o que lhe seja cometido pelo Gabinete do Ministro;
- c) Executar o serviço de contabilidade e economato da Secretaria-Geral, bem como o do Gabinete do Ministro, sem prejuízo da competência atribuída aos chefes de gabinete;
- d) Executar outras tarefas que lhe sejam cometidas pelo secretário-geral.

2. A Repartição é constituída por quatro secções.

SECÇÃO III

Órgãos de natureza consultiva

ARTIGO 19.º

Gabinete de Estudos e Planeamento

1. Directamente subordinado ao Ministro, é criado o Gabinete de Estudos e Planeamento.

2. As funções do Gabinete de Planeamento, criado pelo Decreto n.º 397/70, de 20 de Agosto, são cometidas ao Gabinete referido no número anterior.

ARTIGO 20.º

Competência do Gabinete de Estudos e Planeamento

1. Compete ao Gabinete de Estudos e Planeamento:

- a) Elaborar os planos de recolha da documentação e informação indispensáveis ao planeamento da política de saúde e assistência social;
- b) Proceder à avaliação dos elementos recolhidos e propor, ouvidos os serviços centrais, os planos e programas de acção;
- c) Avaliar os resultados da execução dos referidos planos e programas e a eficiência dos serviços, propondo, se necessário, as rectificações indispensáveis;
- d) Elaborar, de acordo com os serviços, os planos anuais de actuação, apresentando os critérios de prioridade a observar na elaboração do orçamento anual do Ministério da Saúde e Assistência;
- e) Desempenhar as funções de planeamento a que se refere o Decreto-Lei n.º 49 194, de 19 de Agosto de 1969;
- f) Assegurar a participação do Ministério no âmbito da cooperação interministerial e dos organismos ou entidades públicas ou privadas que possam contribuir para a preparação e execução de planos de fomento da saúde e assistência;
- g) Assegurar e coordenar a participação do Ministério no âmbito da cooperação internacional, em articulação com os serviços respectivos do Ministério dos Negócios Estrangeiros;
- h) Assegurar o funcionamento da Comissão Consultiva de Estatística, criada nos termos do Decreto-Lei n.º 46 925, de 29 de Março de 1966;
- i) Colaborar com a Secretaria-Geral nos estudos relativos à reforma administrativa, designadamente quanto aos princípios e técnicas de organização e métodos de trabalho, contribuindo para a sua melhoria e actualização;
- j) Realizar outros trabalhos de que seja incumbido pelo Ministro.

2. O Gabinete poderá, mediante despacho ministerial, celebrar contratos para a realização de estudos, inquéritos e outros trabalhos que se mostrem necessários.

SECÇÃO IV

Órgãos de investigação e ensino

SUBSECÇÃO I

Instituto Nacional de Saúde

ARTIGO 21.º

Disposições gerais

1. Directamente subordinado ao Ministro, é criado o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, abreviamente Instituto Nacional de Saúde, em substituição do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge.

2. Serão integrados no Instituto Nacional de Saúde, segundo as condições a estabelecer no respectivo regulamento, o Centro Nacional da Gripe, o Centro de Estudos de Paramiloidose e o Instituto de Malariologia de Águas de Moura.

ARTIGO 22.º

Competência do Instituto Nacional de Saúde

1. Compete ao Instituto Nacional de Saúde:

- a) Coordenar, no âmbito do Ministério, as actividades de investigação científica no sector da saúde;
- b) Efectuar, promover e estimular a realização de estudos e trabalhos de pesquisa e investigação científica relativa à saúde em colaboração com os demais serviços do Ministério;
- c) Prestar apoio científico e técnico, no seu sector de actuação, aos serviços do Ministério ou a outros que dele careçam, colaborando, designadamente, com a Secretaria-Geral e o Gabinete de Estudos e Planeamento no estudo de aspectos específicos de organização e métodos de trabalho;
- d) Desenvolver as funções laboratoriais de saúde pública, de forma a orientar, apoiar e assegurar a cobertura laboratorial em todo o País nos ramos de actividade com interesse para a saúde dos indivíduos e das comunidades;
- e) Proceder à comprovação de medicamentos, produtos biológicos e outros que interessam à saúde da população;
- f) Prestar apoio ao ensino no sector da saúde pública, directamente e em ligação com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical ou outras escolas, desenvolvendo as condições necessárias para a preparação, aperfeiçoamento e especialização de pessoal científico, técnico e auxiliar;
- g) Manter intercâmbio científico com centros congéneres nacionais ou estrangeiros e promover ou cooperar na realização de reuniões de carácter científico, técnico ou cultural com interesse para a saúde pública;
- h) Estabelecer um sistema de documentação e de comunicação que permita informar regularmente os serviços de saúde sobre os progressos científicos e tecnológicos com interesse para a saúde dos indivíduos e das comunidades;
- i) Desenvolver, em colaboração com o Instituto Nacional de Estatística e com o Gabinete de Estudos e Planeamento, um sistema de colheita, tratamento e divulgação de dados estatísticos relativos ao sector da saúde e assistência;
- j) Realizar, no âmbito das suas atribuições, outros trabalhos que lhe sejam cometidos pelo Ministro.

2. Compete ainda ao Instituto proceder a análises ou estudos de saúde pública que lhe sejam solicitados por quaisquer entidades, públicas ou particulares, nos termos do seu regulamento interno.

3. Para o desempenho das suas funções, o Instituto poderá solicitar aos diversos serviços do Ministério e a entidades públicas e privadas as informações e elementos que lhe sejam necessários.

4. O Instituto poderá criar, por si ou conjuntamente com outras entidades, centros de estudo ou de investigação, para actuarem na sua sede ou junto de outros organismos ou instituições, bem como constituir missões destinadas a fins científicos determinados.

5. Os laboratórios centrais do Instituto são considerados laboratórios nacionais de referência.

ARTIGO 23.º

Receitas do Instituto

1. Constituem receitas do Instituto:

- a) As dotações inscritas no Orçamento Geral do Estado;
- b) As taxas cobradas por serviços prestados a entidades oficiais e particulares, de harmonia com tabelas aprovadas nos termos legais;
- c) Os subsídios concedidos por entidades oficiais e particulares;
- d) Quaisquer outras receitas que por disposição especial lhe sejam atribuídas.

2. Por despacho ministerial, ouvido o Ministro das Finanças, poderá ser atribuída globalmente ao pessoal técnico e administrativo uma percentagem das taxas cobradas, a distribuir na proporção dos respectivos vencimentos.

ARTIGO 24.º

Serviços do Instituto

1. O Instituto, dirigido por um director, compreende:

- a) O conselho consultivo;
- b) O conselho técnico;
- c) O conselho administrativo;
- d) Departamentos laboratoriais e outros departamentos especializados;
- e) Gabinetes de estudo e centros de investigação;
- f) Os serviços administrativos.

2. O Instituto tem a sua sede em Lisboa e uma delegação no Porto, podendo, por decreto do Ministro da Saúde e Assistência, referenciado pelo das Finanças, ser criadas outras delegações.

ARTIGO 25.º

Conselhos e comissões técnicas

1. No Instituto Nacional de Saúde funcionarão os seguintes conselhos e comissões:

- a) O Conselho Técnico de Comprovação de Medicamentos;
- b) A Comissão Permanente da Farmacopeia Portuguesa, criada pelo Decreto-Lei n.º 40 462, de 27 de Dezembro de 1955;
- c) A Comissão Técnica dos Novos Medicamentos, criada pelo Decreto n.º 41 448, de 18 de Dezembro de 1957;
- d) A Comissão para o Estudo dos Problemas da Nutrição, criada pela Portaria n.º 19 187, de 14 de Maio de 1962;
- e) O Grupo de Trabalho sobre Poluição do Ar, criado pela Portaria n.º 22 035, de 6 de Junho de 1966.

2. Por despacho ministerial, poderão ser criados ou transferidos, para funcionarem no Instituto, outros conselhos ou comissões dependentes do Ministério.

3. Os membros dos conselhos e comissões serão designados pelos respectivos Ministros, no caso de representação de serviços públicos, e pelas entidades particulares, quando for caso disso.

4. Os membros dos conselhos e comissões terão direito a senhas de presença.

SUBSECÇÃO II

Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical

ARTIGO 26.º

Disposições gerais

1. A Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, até transitar para o Ministério da Educação Nacional, é dependente dos Ministérios do Ultramar e da Saúde e Assistência e goza de autonomia pedagógica, técnica e administrativa, nos termos estabelecidos no seu diploma orgânico e regulamentos.

2. A Escola, além das funções de investigação, ensino e divulgação, assegura, no ramo da saúde pública, a preparação de pessoal superior especializado e de pessoal médico, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde, nos termos da orientação que for fixada pelos Ministérios do Ultramar e da Saúde e Assistência.

SECÇÃO V

Direcções-Gerais

SUBSECÇÃO I

Disposições gerais

ARTIGO 27.º

Atribuições das direcções-gerais

1. As direcções-gerais são órgãos centrais a que compete, dentro das suas atribuições específicas, orientar as instituições, serviços e estabelecimentos de saúde e assistência, coordenar a sua actuação e fiscalizar a execução das respectivas actividades.

2. A Direcção-Geral de Saúde assegura, em geral, directamente e por intermédio dos seus serviços locais, a cobertura médico-sanitária do País, orientando e coordenando as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e ocupando-se da prestação dos cuidados médicos de base que pela sua natureza não careçam de ficar a cargo de hospitais distritais ou centrais ou de serviços especializados.

3. A Direcção-Geral dos Hospitais orienta, coordena e fiscaliza as actividades dos estabelecimentos hospitalares centrais e distritais e presta o apoio que lhe seja solicitado pela Direcção-Geral de Saúde no domínio das atribuições de internamento que a esta competem.

4. A Direcção-Geral da Assistência Social orienta e fiscaliza a actuação dos serviços, estabelecimentos e instituições de assistência, coordenando as actividades promotoras da integração social dos indivíduos, pela participação na vida da comunidade, tendo em especial atenção as crianças, os jovens e a população idosa, e actuando no quadro da instituição familiar para o fomento do bem-estar pessoal.

ARTIGO 28.º

Atribuições comuns às direcções-gerais

1. As direcções-gerais têm também atribuições de promoção, licenciamento, orientação e fiscalização das actividades do sector privado congéneres das que no sector oficial lhes são confiadas.

2. As direcções-gerais podem conceder subsídios para manutenção a estabelecimentos e serviços oficiais e particulares abrangidos no âmbito das suas atribuições e participar no custo de obras a realizar em edifícios destinados a actividades de saúde e assistência.

3. Os montantes dos subsídios e participações a que se refere o número anterior constarão de planos anualmente elaborados pelas direcções-gerais, que os submeterão a despacho ministerial, valendo este como autorização de despesa.

4. As direcções-gerais, por si ou por serviços ou estabelecimentos dependentes, podem promover a publicação de boletins doutrinários, científicos ou informativos.

5. As direcções-gerais deverão prestar ao Gabinete de Estudos e Planeamento a colaboração de que este necessita para o desempenho da suas atribuições.

ARTIGO 29.º

Directores-gerais

Cada direcção-geral é dirigida por um director-geral, que superintende em todos os serviços e submete a despacho os assuntos que careçam de resolução superior, podendo, quando circunstâncias excepcionais ou a necessidade de actuação ou socorro urgente o exigirem, tomar as providências que se mostrarem indispensáveis, dando delas imediato conhecimento superior.

SUBSECÇÃO II

Direcção-Geral de Saúde

ARTIGO 30.º

Disposições gerais

1. No exercício das suas atribuições, compete à Direcção-Geral de Saúde, além de colaborar na preparação e avaliação de planos de saúde e na elaboração dos respectivos programas:

- a) Promover o saneamento do meio e a higiene da habitação;
- b) Efectuar a fiscalização de estabelecimentos e instalações que interessam à saúde pública;
- c) Promover as medidas convenientes de higiene da alimentação e de melhoria das condições de nutrição;
- d) Exercer a vigilância sanitária dos produtos que interessam à saúde;
- e) Organizar as medidas de luta contra as doenças transmissíveis;
- f) Colaborar no estudo da prevenção das doenças crónico-degenerativas dos acidentes e das malformações evitáveis;
- g) Providenciar quanto às actividades de medicina social, exercidas por serviços de protecção materno-infantil, de saúde escolar e de medicina do trabalho;
- h) Tomar medidas de protecção e defesa da saúde mental;
- i) Prover à prestação de cuidados médicos de base;
- j) Preparar os planos de actividades dos estabelecimentos hospitalares concelhios e promover, orientar, coordenar e fiscalizar a sua execução;
- k) Promover e orientar, técnica e administrativamente, em colaboração com a Direcção-Geral dos Hospitais, o regular funcionamento e apetrechamento dos hospitais concelhios;
- l) Organizar, com a Direcção-Geral das Construções Hospitalares, e sem prejuízo, quanto a esta, do disposto no Decreto-Lei n.º 41497, de 31 de Dezembro de 1957, aplicável por força do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 130/71, de 6 de Abril, os planos gerais de obras de construção, adaptação e equipamento das unidades hospitalares dos concelhos, tendo em vista o seu funcionamento coordenado com as actividades dos centros de saúde;
- m) Efectuar a vigilância do exercício da medicina e das profissões paramédicas e auxiliares;
- n) Promover e fomentar a educação sanitária (educação para a saúde) da população;
- o) Colaborar com o Gabinete de Estudos e Planeamento na expansão e melhoria das carreiras profissionais de saúde pública e com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e o Instituto Nacional de Saúde na organização e realização de cursos de formação e aperfeiçoamento.

2. Compete também à Direcção-Geral de Saúde:

- a) Orientar e coordenar tecnicamente as actividades de saúde pública a cargo das autarquias locais e das instituições de previdência ou mantidas e administradas por entidades privadas;

- b) Colaborar, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 6.º, com os serviços de saúde e assistência dependentes de outros Ministérios, para o bom desempenho das funções de saúde pública que por lei lhes incumbem;
- c) Orientar e inspecionar os serviços a cargo dos médicos municipais e, sem prejuízo da competência das respectivas câmaras municipais, exercer sobre os mesmos médicos acção disciplinar.

3. Em casos de epidemia ou em situações sanitárias graves, a Direcção-Geral de Saúde promoverá e coordenará a mobilização de todos os meios disponíveis, superintendendo na sua utilização, independentemente dos serviços a que, em circunstâncias normais, estão atribuídas as correspondentes competências.

4. A Direcção-Geral de Saúde assegurará ainda o cumprimento das convenções, acordos ou regulamentos sanitários internacionais e a defesa sanitária das fronteiras.

ARTIGO 31.º

Serviços da Direcção-Geral de Saúde

1. A Direcção-Geral de Saúde compreende:
 - a) A Inspeção Superior de Salubridade;
 - b) A Inspeção Superior de Medicina Social;
 - c) A Inspeção Superior do Exercício Profissional.
2. A Direcção-Geral dispõe ainda dos seguintes serviços:
 - a) Serviço de Educação Sanitária;
 - b) Repartição de Serviços Administrativos;
 - c) Parque Sanitário.

ARTIGO 32.º

Inspeção Superior de Salubridade

1. À Inspeção Superior de Salubridade cabe, em geral, a promoção das condições de higiene do meio ambiente, de construções e de instalações e a vigilância da utilização de substâncias ou produtos potencialmente prejudiciais ou nocivos à saúde, e bem assim as matérias técnicas, administrativas e de inspeção correlacionadas com tais actividades.

2. A competência da Inspeção Superior de Salubridade abrange, em especial:

- a) A higiene da habitação;
- b) A higiene das instalações industriais e comerciais e de outros locais de trabalho, recintos de espectáculos e instalações de utilização pública;
- c) O saneamento de águas e esgotos;
- d) A prevenção e luta contra a poluição do ar, do solo e das águas;
- e) A salubridade dos meios de transporte;
- f) A prevenção e luta contra as radiações ionizantes;
- g) A prevenção e luta contra os ruídos;
- h) O controlo de reservatórios e vectores de agentes patogénicos;
- i) A higiene da alimentação;
- j) O controlo de substâncias ou produtos com implicações sanitárias nos alimentos;
- k) A vigilância relativa às concessões e explorações de águas minero-medicinais e de mesa e às instalações de hidroterapia e fisioterapia.

3. Para o exercício da sua competência, a Inspeção Superior de Salubridade compreende os seguintes serviços:

- a) Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária;
- b) Direcção de Serviços de Higiene da Alimentação;
- c) Inspeção Técnica de Hidroterapia e Fisioterapia.

4. A competência relativa às matérias constantes das alíneas a) a k) do n.º 2 deste artigo é exercida por intermédio da Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária.

5. Cabe ainda à Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária:

- a) O licenciamento e vigilância de piscinas, parques de campismo e turismo e instalações similares;
- b) Outros aspectos de higiene do meio ambiente.

6. Até serem organizados na Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária os Serviços de Luta Contra Vectores, a respectiva competência continuará a ser exercida pelos Serviços de Higiene Rural e Defesa Anti-Sezonática, que mantém, entretanto, a sua autonomia.

7. É exercida por intermédio da Direcção dos Serviços de Higiene da Alimentação a competência relativa às matérias constantes das alíneas i) e j) do n.º 2.º deste artigo, a qual abrange, designadamente:

- a) A higiene dos alimentos, acompanhada ao longo de todo o circuito de produção, industrialização, armazenagem, comercialização e utilização ou consumo;
- b) A higiene de substâncias ou produtos relacionados com os alimentos, designadamente adubos, pesticidas, aditivos, antibióticos e similares;
- c) A higiene das embalagens dos produtos referidos nas alíneas anteriores;
- d) A prospecção e estudo das rações de animais nos aspectos relacionados com a saúde do homem;
- e) A melhoria das condições de nutrição, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde nas matérias que a este competem;
- f) A orientação da dietética, nomeadamente quanto a estabelecimentos públicos ou particulares que forneçam refeições colectivas.

8. É exercida por intermédio da Inspeção Técnica de Hidroterapia e Fisioterapia a competência relativa às matérias constantes da alínea k) do n.º 2 deste artigo, a qual abrange, designadamente:

- a) O licenciamento e vigilância de estabelecimentos termais;
- b) O licenciamento e vigilância das explorações industriais e comerciais de águas minero-medicinais e de mesa;
- c) A higiene dos locais de exploração de águas;
- d) A vigilância das concessões de águas, quer se encontrem exploradas ou não, e a promoção do seu aproveitamento em boas condições higiénicas;
- e) O licenciamento e vigilância de estabelecimentos e instalações balneoterapêuticas e similares;
- f) O licenciamento e vigilância dos estabelecimentos e instalações destinados a actividades de fisioterapia.

9. A Inspeção Técnica de Hidroterapia e Fisioterapia será dirigida por funcionário de categoria não inferior a técnico de 1.ª classe.

10. Uma das direcções de serviços é dirigida pelo inspector superior de Salubridade.

ARTIGO 33.º

Inspeção Superior de Medicina Social

1. À Inspeção Superior de Medicina Social cabe, em geral, promover, orientar, coordenar e fiscalizar as actividades de cobertura médico-sanitária e, em especial, as que respeitem a grupos etários e sociais mais vulneráveis, compreendendo:

- a) A saúde materno-infantil;
- b) A saúde escolar;
- c) A medicina do trabalho.

2. Para o exercício da sua competência, a Inspeção Superior de Medicina Social compreenderá os seguintes serviços:

- a) A Direcção de Serviços de Profilaxia;
- b) A Direcção de Serviços de Saúde Materno-Infantil;

- c) A Direcção de Serviços de Saúde Escolar;
- d) A Direcção de Serviços de Higiene e Medicina do Trabalho;
- e) A Direcção de Serviços de Saúde Mental;
- f) A Direcção de Serviços de Cuidados Médicos.

3. Uma das direcções de serviços é dirigida pelo inspector superior de Medicina Social.

4. Compete, em geral, à Direcção de Serviços de Profilaxia o combate às doenças transmissíveis, a cooperação no estudo e promoção de medidas de prevenção das doenças crónico-degenerativas, dos acidentes e das malformações evitáveis, bem como a preparação e coordenação de planos e programas de vacinação e o planeamento e execução de exames médicos preventivos da população e, em especial:

- a) Realizar prospekções e inquéritos epidemiológicos sobre a prevenção das doenças infecciosas de carácter endémico, e epidémico, incluídas as venéreas, propondo as medidas aconselháveis para debelar ou atenuar os respectivos efeitos;
- b) Promover o exame preventivo dos suspeitos de doenças infecciosas ou contagiosas, quer directamente, quer por intermédio de outros serviços de saúde ou hospitalares;
- c) Promover o internamento compulsivo das pessoas afectadas de doença contagiosa ou suspeita de o haver sido, sempre que a natureza da doença o justifique e desde que o isolamento no domicílio não ofereça as garantias necessárias ou não sejam respeitadas as medidas preventivas ordenadas pelo médico ou pela autoridade sanitária para evitar a propagação da doença;
- d) Preparar e executar programas de vacinação preventiva contra as doenças infecciosas e propor a obrigatoriedade da vacinação quando as circunstâncias o justifiquem;
- e) Rever periodicamente as listas das doenças de notificação obrigatória e propor as alterações julgadas convenientes;
- f) Estudar, propor e executar, em colaboração com os demais serviços públicos, as providências destinadas a lutar contra as doenças infecciosas, pela desinfectação e pela desinfestação;
- g) Promover o transporte dos doentes portadores de doença transmissível para as quais tenha sido determinado o internamento compulsivo, prestando o necessário concurso às entidades ou instituições a cujos estabelecimentos se destinam;
- h) Adoptar as providências necessárias para que possam ser adquiridos e distribuídos os medicamentos, vacinas, desinfectantes, material de penso e outro indispensável aos serviços encarregados da luta contra as doenças transmissíveis;
- i) Cuidar de harmonia com as disposições dos regulamentos sanitários internacionais ratificados pelo Governo, da defesa sanitária dos portos, fluviais e marítimos, dos aeroportos e das fronteiras, designadamente estudando, propondo, executando e fiscalizando as medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças quarentenárias e enfrentar a ameaça de expansão de doenças epidémicas, bem como as medidas de higiene e as operações sanitárias atinentes aos mesmos fins;
- j) Realizar prospekções e inquéritos sobre a incidência e prevenção das doenças constitucionais e crónicas de carácter predominantemente social, tais como as oncológicas, cárdio-vasculares, sequelas das doenças venéreas, alérgicas, reumatismos e doenças genéticas, em estreita ligação com os demais serviços ou instituições que delas se ocupem, e bem assim dos acidentes e malformações evitáveis, propondo as medidas adequadas para debelar ou atenuar os respectivos efeitos;
- k) Promover, quando for caso disso, o exame preventivo dos suspeitos destas doenças, quer directamente, quer por intermédio de outros serviços de saúde ou hospitalares;

- l) Estudar, propor e executar, em colaboração com os demais serviços públicos, as providências destinadas à luta contra as mesmas doenças;
- m) Exercer a mesma acção relativamente aos acidentes e às malformações evitáveis, difundindo e promovendo a difusão, tão larga quanto possível, das noções úteis para a sua prevenção ou tratamento.

5. Até serem integrados na Direcção-Geral de Saúde, o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto de Assistência aos Leprosos e o Centro de Profilaxia da Cegueira funcionam coordenadamente com a Direcção dos Serviços de Profilaxia.

6. Compete à Direcção de Serviços de Saúde Materno-Infantil:

- a) Promover, orientar e fiscalizar a acção educativa, profiláctica e terapêutica destinada a combater a morbidade e a mortalidade infantis, coordenando todos os meios existentes;
- b) Exercer acção idêntica relativamente às actividades de assistência médico-social à maternidade e à infância;
- c) Estudar os factores sociais, económicos e morais que influem na natalidade, bem como na morbidade e nas mortalidades fetal e infantil;
- d) Difundir os princípios de higiene maternal e infantil, para defesa da saúde física e moral das crianças e das mães, e efectuar campanhas em prol do aleitamento materno;
- e) Orientar e coordenar a assistência à maternidade e à infância nos estabelecimentos e demais serviços dependentes da Direcção-Geral de Saúde, nomeadamente nos centros de saúde, e assegurar a orientação técnica dos que dependem de outras entidades;
- f) Fixar as condições de funcionamento dos estabelecimentos e serviços não dependentes da Direcção-Geral de Saúde destinados à protecção materno-infantil, quer tenham finalidades assistenciais, quer intuítos lucrativos;
- g) Estabelecer a ligação coordenada dos estabelecimentos e serviços materno-infantis com as demais actividades de saúde pública e com os serviços hospitalares;
- h) Cooperar com a Direcção-Geral da Assistência Social e demais serviços competentes na protecção às mães abandonadas;
- i) Preparar ou colaborar na preparação do pessoal necessário à protecção materno-infantil.

7. Até ser organizada a Direcção de Serviços de Saúde Materno-Infantil, a respectiva competência continuará a ser exercida pelo Instituto Maternal, que mantém, entretanto, a sua autonomia.

8. Compete à Direcção de Serviços de Saúde Escolar:

- a) Superintender em tudo o que respeite às condições sanitárias, médico-pedagógicas e higiénicas do pessoal discente das escolas oficiais e particulares;
- b) Dar parecer, nos aspectos de ordem sanitária, quanto aos projectos de construção de estabelecimentos escolares;
- c) Fiscalizar as condições higiénicas dos que já se encontrem em funcionamento;
- d) Exercer, orientar e fiscalizar a acção educativa, profiláctica e terapêutica, por forma a assegurar as melhores condições de saúde física e mental da população escolar, coordenando todos os meios para tal fim disponíveis;
- e) Exercer a vigilância sanitária regular do pessoal que presta serviço nos estabelecimentos de ensino oficial ou particular;
- f) Adoptar e propor, quando necessário, as medidas adequadas discentes, ou outras, durante o período medicamente aconselhável;
- g) Pronunciar-se quanto aos aspectos especializados da preparação do pessoal aos diversos serviços da saúde escolar.

9. A Direcção de Serviços de Saúde Escolar actuará em colaboração com os serviços competentes do Ministério da Educação Nacional, assegurando as funções de intervenção médico-sanitária junto da população escolar, nos termos que forem estabelecidos em portaria dos Ministros da Educação Nacional e da Saúde e Assistência.

10. Compete à Direcção de Serviços de Higiene e Medicina no Trabalho:

- a) Estudar e propor, em colaboração com os demais serviços competentes de outros Ministérios, as normas de higiene e salubridade dos locais de trabalho e fiscalizar a sua observância;
- b) Intervir no licenciamento das indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas e na adopção das medidas julgadas convenientes à higiene, salubridade e segurança dos locais de trabalho e à protecção da saúde dos trabalhadores e da população, bem como fiscalizar as condições de instalação e exploração daquelas indústrias;
- c) Colher ou promover a colheita de amostras de matérias-primas e de produtos ou quaisquer outras para estudos necessários à defesa da saúde dos trabalhadores ou da população;
- d) Determinar a suspensão do trabalho e o encerramento dos respectivos locais, no todo ou em parte, quando houver grave risco para a saúde dos trabalhadores ou da população;
- e) Dar parecer, nos aspectos médico-sanitários, sobre o período de trabalho diário do pessoal das indústrias insalubres, incómodas, perigosas ou tóxicas, o trabalho nocturno e o das mulheres e dos menores;
- f) Realizar, em ligação com os serviços médicos de trabalho das empresas, estudos sobre as causas das doenças profissionais, estabelecer as respectivas regras de profilaxia e fiscalizar o cumprimento dessas regras;
- g) Organizar e propor, em colaboração com as demais entidades competentes, a tabela das doenças profissionais de notificação obrigatória;
- h) Realizar e promover a realização de estudos sobre os acidentes de trabalho e colaborar na sua prevenção;
- i) Mandar proceder a exames médicos anuais dos trabalhadores com menos de 18 anos de idade, e periódicos, dos adultos empregados em trabalhos susceptíveis de provocar doenças profissionais;
- j) Orientar, coordenar e fiscalizar tecnicamente os serviços médicos de trabalho das empresas;
- k) Colaborar com as entidades competentes na organização científica do trabalho e na reabilitação profissional dos trabalhadores.

11. Compete à Direcção de Serviços de Saúde Maternal:

- a) Elaborar e propor os planos de saúde mental;
- b) Estudar e propor a acção a desenvolver pelos diversos serviços e estabelecimentos para execução dos referidos planos, bem como as respectivas condições de funcionamento;
- c) Prestar assistência técnica a serviços hospitalares não especializados em problemas de saúde mental;
- d) Assegurar a colaboração entre os estabelecimentos e demais serviços psiquiátricos;
- e) Cooperar com os organismos que se ocupem da saúde mental no estudo dos problemas relativos às condições económico-sociais e de trabalho e aos factores sanitários que influam no aparecimento e difusão das doenças ou anomalias mentais ou toxicomanias;
- f) Mandar proceder aos exames médico-legais que lhe sejam requisitados pelas entidades competentes nos termos da lei e sem prejuízo dos recursos estabelecidos;
- g) Inspeccionar periodicamente a situação e as condições de internamento de qualquer internado em estabelecimento de saúde mental, oficial ou particular designadamente para fiscalizar a sua legalidade;
- h) Apreciar as reclamações que lhe sejam dirigidas sobre o funcionamento de serviços ou estabelecimentos de saúde mental e propor ao Ministro as medidas adequadas a cada caso concreto;
- i) Organizar a estatística relativa à actividade dos estabelecimentos oficiais e particulares de saúde mental.

12. Até ser organizada a Direcção de Serviços de Saúde Mental, a respectiva competência continuará a ser exercida pelo Instituto de Assistência Psiquiátrica, que mantém entretanto a sua autonomia.

13. Compete à Direcção de Serviços de Cuidados Médicos:

- a) Orientar e fiscalizar a prestação de cuidados médicos a cargo dos centros de saúde e dos hospitais concelhios;
- b) Organizar os respectivos planos de consultas, verificar o seu funcionamento e proceder, em conformidade, às alterações que se mostrarem convenientes à sua permanente actualização;
- c) Promover, em coordenação com os outros serviços do Ministério nos interesses, o planeamento e execução de exames médicos preventivos sistemáticos da população;
- d) Promover a realização de inquéritos e campanhas de massa, a fim de conhecer e avaliar as necessidades, com vista à normalização dos meios a empregar para a cobertura respectiva;
- e) Estabelecer os critérios de orientação na selecção de doentes, acompanhar a sua aplicação e proceder às rectificações necessárias;
- f) Estudar e promover a aplicação pelos centros de saúde de planos relativos à prestação de primeiros socorros e tratamentos que não impliquem internamento hospitalar;
- g) Colaborar com os demais serviços do Ministério, ou outros, em tudo quanto possa contribuir para o aperfeiçoamento do esquema de cobertura da população no aspecto dos cuidados médicos;
- h) Estudar e propor as medidas que julgue necessárias ao desenvolvimento e melhoria da prestação de cuidados médicos.

ARTIGO 34.º

Inspeção Superior do Exercício Profissional

1. À Inspeção Superior do Exercício Profissional cabe, em geral, a vigilância do exercício da medicina e das profissões paramédicas e auxiliares e, em especial:

- a) Proceder, em colaboração com o Gabinete de Estudos e Planeamento, à preparação dos regimes jurídicos da responsabilidade profissional, pronunciando-se, para o efeito, sobre a deontologia e os aspectos técnicos;
- b) Velar pela aplicação dos regimes referidos na alínea anterior, solicitando, quando necessário, o concurso dos Serviços de Contencioso;
- c) Pronunciar-se, por meio de pareceres ou peritagens, sobre conduta profissional, intervindo, nesses termos, em processos, judiciais ou extrajudiciais, que lhe respeitem;
- d) Apreciar, nos aspectos deontológicos, o exercício profissional em estabelecimentos particulares de saúde;
- e) Cooperar com a Ordem dos Médicos e outros organismos de representação profissional no sentido de se conseguir um melhor nível deontológico e técnico no exercício das profissões médicas, paramédicas e auxiliares;
- f) Colaborar com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e com o Instituto Nacional de Saúde na organização e realização de cursos de formação ou aperfeiçoamento em especialidades de saúde pública;
- g) Promover e orientar, por organismos próprios da Direcção-Geral de Saúde ou em colaboração com outros serviços ou instituições, a formação e o aperfeiçoamento do pessoal de enfermagem de saúde pública e de outras profissões paramédicas e auxiliares;
- h) Exercer a vigilância e estimular a melhoria do exercício de profissões paramédicas ou auxiliares não sujeitas à tutela de outros serviços oficiais;
- i) Exercer a vigilância do exercício farmacêutico;
- f) Colaborar nos aspectos de ordem administrativa relacionados com a comprovação de medicamentos e de outros produtos das indústrias farmacêuticas e similares e fiscalizar a sua comercialização e utilização;

- k) Assegurar, em cada um dos sectores profissionais, a aplicação das medidas referentes a carreiras de saúde pública e colaborar com o Gabinete de Estudos e Planeamento na promoção dos correspondentes meios de actualização;
- l) Orientar e fiscalizar os serviços de enfermagem dos estabelecimentos dependentes da Direcção-Geral de Saúde.

2. Para o exercício da sua competência, a Inspeção Superior do Exercício Profissional compreende os seguintes serviços:

- a) Direcção de Serviços do Exercício da Medicina;
- b) Direcção de Serviços de Farmácia e Medicamentos;
- c) Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem;
- d) Inspeção Técnica do Exercício de Profissões Paramédicas e Auxiliares.

3. Uma das direcções de serviços é dirigida pelo inspector superior de Exercício Profissional.

4. A competência relativa às matérias constantes das alíneas a) a i) e k) do n.º 1 deste artigo é exercida, relativamente a cada um dos respectivos grupos profissionais, por intermédio dos serviços indicados no n.º 2.

5. Além da referida no número anterior, relativamente ao respectivo grupo profissional, é exercida por intermédio da Direcção de Serviços de Farmácia e Medicamentos a competência relativa às matérias constantes da alínea j) do n.º 1 deste artigo, a qual abrange, designadamente:

- a) A preparação dos processos relativos ao licenciamento de farmácias, postos farmacêuticos, laboratórios de produtos farmacêuticos e estabelecimentos que se dediquem ao comércio por grosso de medicamentos;
- b) A fiscalização da produção e comércio de medicamentos, drogas medicamentosas e produtos de origem biológica;
- c) A execução das disposições legais relativas a medicamentos e substâncias medicamentosas tóxicas, estupefacientes ou outros que possam ser empregados como antígenésicos ou abortivos;
- d) A proibição de venda e apreensão dos fabricados em contravenção das disposições legais e sempre que a defesa da saúde pública o justifique.

6. As Inspeções Técnicas do Exercício de Enfermagem e de Profissões Paramédicas e Auxiliares serão dirigidas por funcionários de categoria não inferior a técnico de 1.ª classe.

ARTIGO 35.º

Alterações de serviços e da sua competência

1. Quando as circunstâncias o aconselhem, o esquema de serviço a que se referem os artigos 32.º a 34.º pode ser alterado por decreto.

2. Quando se considerar vantajoso para melhor funcionamento dos serviços, poderá o Ministro, por portaria, transferir alguma ou algumas das competências de uns para outros, ainda que sejam de inspeções superiores diferentes.

ARTIGO 36.º

Outros serviços

1. Os serviços a que respeita este artigo são os constantes do n.º 2 do artigo 31.º

2. Compete ao Serviço de Educação Sanitária:

- a) Divulgar e promover a difusão das noções destinadas a ajudar o indivíduo e a família a alcançar e a conservar a saúde por meio dos seus próprios actos e esforços;

- b) Promover e difundir as medidas tendentes à melhor utilização dos serviços de saúde e assistência pela população;
- c) Fomentar a participação desta na prossecução dos objectivos da política de saúde e assistência social.

3. Serviço de Educação Sanitária é dirigido por funcionário de categoria não inferior a técnico de 1.º classe.

4. Compete à Repartição de Serviços Administrativos:

- a) Promover o necessário à gestão de todo o pessoal da Direcção-Geral e dos serviços locais;
- b) Distribuir, de harmonia com as necessidades, o pessoal administrativo pelos serviços da Direcção-Geral;
- c) Executar o serviço de contabilidade;
- d) Executar o serviço de expediente geral e de arquivo.

5. A Repartição de Serviços Administrativos divide-se nas seguintes secções:

- a) De Pessoal;
- b) De Contabilidade;
- c) De Expediente Geral e Arquivo.

6. O Parque Sanitário é um serviço de apoio da Direcção-Geral de Saúde, designadamente das Inspeções Superiores de Salubridade e de Medicina Social, ao qual compete armazenar e conservar o material sanitário de consumo corrente, bem como os medicamentos, soros, vacinas, desinfectantes, desinfestantes e outras substâncias de utilização normal, e ainda recolher e cuidar da manutenção das viaturas em serviço.

SUBSECÇÃO III

Direcção-Geral dos Hospitais

ARTIGO 37.º

Disposições gerais

1. No exercício das suas atribuições, compete à Direcção-Geral dos Hospitais, além de colaborar na preparação e avaliação de planos de saúde e na elaboração dos respectivos programas:

- a) Orientar, coordenar, fiscalizar e inspeccionar a actividade dos estabelecimentos hospitalares centrais e distritais, preparando, para o efeito, planos gerais ou especiais e procedendo à respectiva avaliação;
- b) Prestar à Direcção-Geral de Saúde a colaboração necessária quanto a serviços de tratamento ou internamento hospitalar orientados por aquela Direcção-Geral ou dependentes de institutos médico-sociais;
- c) Organizar e manter o inventário hospitalar do País, solicitando, para o efeito, as informações que hajam de ser prestadas por serviços;
- d) Declarar a idoneidade das unidades hospitalares subordinadas à sua competência e interditar o seu funcionamento, total ou parcial, quando não obedeam às convenientes condições técnicas ou administrativas;
- e) Licenciar as casas de saúde e estabelecimentos privados similares e exercer a vigilância do respectivo funcionamento;
- f) Celebrar acordos, sujeitos a aprovação ministerial, para prestação de serviços hospitalares;
- g) Promover, fomentar e orientar a preparação profissional do pessoal hospitalar e cooperar em actividades idênticas a cargo de outras entidades;
- h) Colaborar com o Gabinete de Estudos e Planeamento na expansão e melhoria das carreiras profissionais hospitalares e com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e o Instituto Nacional de Saúde na organização e realização de cursos de formação e aperfeiçoamento.

2. A competência a que se refere a alínea *a)* do número anterior abrange todos os estabelecimentos hospitalares centrais e distritais, tanto gerais como especializados, excepto os que dependem de institutos médico-sociais.

ARTIGO 38.º

Serviços da Direcção-Geral dos Hospitais

1. A Direcção-Geral dos Hospitais compreende:

- a)* A Inspeção Superior de Acção Hospitalar;
- b)* A Inspeção Superior de Administração Hospitalar.

2. Além destas Inspeções Superiores, a Direcção-Geral dos Hospitais dispõe de uma repartição de serviços administrativos.

3. O Instituto Nacional de Sangue rege-se por legislação própria e funciona coordenadamente como a Direcção-Geral dos Hospitais.

ARTIGO 39.º

Inspeção Superior de Acção Hospitalar

1. À Inspeção Superior de Acção Hospitalar cabe, em geral, orientar e promover a melhoria da prestação de serviços médicos nos hospitais, bem como orientar e normalizar os serviços de enfermagem, de farmácia e de acção social dos mesmos estabelecimentos, e, em especial:

- a)* Orientar, fiscalizar e inspecionar os serviços médicos dos estabelecimentos dependentes da Direcção-Geral dos Hospitais, com a colaboração da Inspeção Superior do Exercício Profissional, da Direcção-Geral de Saúde;
- b)* Propor critérios de actuação dos serviços médicos hospitalares e preparar planos de acção médica geral ou especializada, ouvindo, quando necessário, a Ordem dos Médicos;
- c)* Promover a colheita dos dados estatísticos necessários à avaliação do rendimento técnico dos serviços e à investigação nosológica;
- d)* Avaliar o rendimento técnico dos serviços médicos dos estabelecimentos dependentes da Direcção-Geral;
- e)* Orientar e fiscalizar os serviços de farmácia dos estabelecimentos dependentes da Direcção-Geral e providenciar no sentido da elevação do seu nível técnico;
- f)* Orientar e fiscalizar os serviços de enfermagem dos estabelecimentos dependentes da Direcção-Geral exerçam qualquer modalidade de acção social e, bem assim, neles desempenhem funções de relações públicas.

2. Para exercício da sua competência, a Inspeção Superior de Acção Hospitalar compreende os seguintes serviços:

- a)* A Direcção de Serviços de Medicina Hospitalar;
- b)* A Direcção de Serviços de Farmácia Hospitalar;
- c)* A Inspeção Técnica de Enfermagem;
- d)* A Inspeção Técnica de Acção Social.

3. A Direcção de Serviços de Medicina Hospitalar é dirigida pelo inspector superior de Acção Social.

4. É exercida pela Direcção de Serviços de Medicina Hospitalar a competência relativa às matérias constantes das alíneas *a)* a *d)* do n.º 1 deste artigo.

5. A competência relativa às matérias constantes das alíneas *e)*, *f)* e *g)* do n.º 1 deste artigo é exercida, respectivamente, pela Direcção de Serviços de Farmácia Hospitalar, pela Inspeção Técnica de Enfermagem e pela Inspeção Técnica de Acção Social.

6. A Inspeção Técnica de Enfermagem e a Inspeção Técnica de Acção Social são dirigidas por funcionários das respectivas carreiras de categorias não inferior a técnico de 1.ª classe.

ARTIGO 40.º

Inspeção Superior de Administração Hospitalar

1. À Inspeção Superior de Administração Hospitalar cabe, em geral, orientar, coordenar e fiscalizar a organização e a gestão hospitalar, e, em especial:

- a)* Executar ou promover os estudos e inquéritos indispensáveis à avaliação das necessidades hospitalares do País;
- b)* Elaborar o inventário nacional dos estabelecimentos hospitalares públicos ou privados sujeitos à sua jurisdição e mantê-lo actualizado;
- c)* Dar parecer sobre a criação, transformação ou extinção de serviços hospitalares;
- d)* Licenciar as casas de saúde e estabelecimentos congéneres;
- e)* Elaborar os planos do sistema de transportes de doentes e adequá-lo às necessidades;
- f)* Elaborar com os serviços competentes do Ministério das Obras Públicas os planos anuais de trabalho e os programas de construção e apetrechamento dos estabelecimentos e mais serviços dependentes da Direcção-Geral e preparar os correspondentes planos de financiamento;
- g)* Apoiar a administração dos estabelecimentos hospitalares colocados na dependência da Direcção-Geral e actuar tecnicamente junto dos estabelecimentos particulares congéneres, a todos prestando assistência, em ordem a promover a eficiência e economia dos serviços;
- h)* Promover a aplicação de critérios uniformes de gestão e avaliar os seus resultados.

2. Para exercício da sua competência, a Inspeção Superior de Administração Hospitalar compreende os seguintes serviços:

- a)* A Direcção de Serviços de Organização Hospitalar;
- b)* A Direcção de Serviços de Gestão Hospitalar.

3. Uma das direcções de serviços é dirigida pelo inspector superior de Administração Hospitalar.

4. A competência relativa às matérias constantes das alíneas *a)* a *f)* do n.º 1 deste artigo é exercida pela Direcção de Serviços de Organização Hospitalar.

5. É exercida pela Direcção de Serviços de Gestão Hospitalar a competência relativa às matérias constantes das alíneas *g)* e *h)* do n.º 1 deste artigo, a qual abrange,

- a)* O estabelecimento de padrões de organização interna e funcionamento administrativo;
- b)* A informação sobre a concessão de subsídios, aprovação de contas, orçamentos, quadros de pessoal e contratos de material.

ARTIGO 41.º

Repartição de Serviços Administrativos

1. Compete à Repartição de Serviços Administrativos:

- a)* Promover o necessário à gestão do pessoal da própria Direcção-Geral;
- b)* Executar o serviço de expediente geral e de arquivo;
- c)* Assegurar o serviço de economia e contabilidade.

2. A Repartição de Serviços Administrativos divide-se nas seguintes secções:

- a)* De Pessoal;
- b)* De Expediente Geral, Contabilidade e Arquivo.

SUBSECÇÃO IV

Direcção-Geral da Assistência Social

ARTIGO 42.º

Disposições gerais

1. No exercício das suas atribuições, compete à Direcção-Geral da Assistência Social, além de colaborar na preparação e avaliação dos planos de saúde e na elaboração dos respectivos programas:

- a) Promover a valorização da família como instituição fundamental, para salvaguarda dos direitos sociais naturais do indivíduo e meio de prevenção das carências e disfunções sociais;
- b) Fomentar a promoção e a integração social dos indivíduos, tendo em especial atenção as crianças e os jovens, os deficientes físicos e psíquicos e os socialmente diminuídos;
- c) Promover a participação da população idosa na vida da comunidade.

2. Compete ainda, em especial, à Direcção-Geral da Assistência Social:

- a) Assegurar a tutela social dos assistidos;
- b) Exercer a tutela administrativa das instituições particulares de assistência;
- c) Promover a criação de instituições, estabelecimentos ou serviços de assistência, oficiais ou particulares, e orientar, coordenar e fiscalizar as respectivas actividades;
- d) Dar parecer sobre os estatutos das instituições particulares de assistência, bem como sobre as respectivas alterações, e submetê-los à aprovação do Ministro da Saúde e Assistência;
- e) Promover a remodelação, concentração ou extinção das instituições de assistência social;
- f) Orientar, coordenar e apoiar tecnicamente as actividades de assistência social a cargo das autarquias locais e das instituições de previdência, ou mantidas e administradas por quaisquer outras entidades;
- g) Promover e orientar a formação e o aperfeiçoamento profissional do pessoal das instituições e serviços de assistência social, oficiais ou particulares, bem como de voluntários de acção social, e cooperar no exercício de idênticas funções que estejam a cargo de outros organismos especializados;
- h) Acompanhar o exercício das actividades profissionais desempenhadas pelo pessoal referido na primeira parte da alínea anterior, no seu aspecto técnico e deontológico;
- i) Colaborar com o Gabinete de Estudos e Planeamento na expansão e aperfeiçoamento de carreiras profissionais de pessoal a que se refere a alínea anterior.

ARTIGO 43.º

Serviços da Direcção-Geral da Assistência Social

1. A Direcção-Geral da Assistência Social compreende:

- a) A Inspeção Superior de Tutela Administrativa;
- b) O Instituto da Família e Acção Social.

2. A Direcção-Geral da Assistência Social dispõe ainda de uma Repartição de Serviços Administrativos.

ARTIGO 44.º

Inspeção Superior de Tutela Administrativa

1. Compete à Inspeção Superior de Tutela Administrativa o exercício geral das atribuições inerentes à tutela administrativa das instituições de assistência particular e, em especial:

- a) Propor a aprovação ou alteração dos estatutos das instituições particulares de assistência, assim como a remodelação, concentração ou extinção das mesmas instituições;
- b) Aprovar os quadros de pessoal e os orçamentos, ouvidas as direcções-gerais interessadas, dentro dos limites a fixar por despacho ministerial;
- c) Julgar as contas de gerência, de valor inferior a 2000 contos, das instituições particulares de assistência, bem como das associações religiosas a que se refere o artigo 45.º do Código Administrativo;
- d) Autorizar, nos termos legais, a realização de empréstimos e a transacção de imóveis;
- e) Prestar o apoio jurídico e administrativo de que careçam as instituições particulares, ouvidas as direcções-gerais interessadas.

2. A tutela administrativa respeitará inteiramente a vontade dos instituidores ou fundadores, sem prejuízo, porém, da actualização técnica dos serviços e coordenação indispensáveis à maior eficiência das suas actividades.

3. Quando os fundadores não tenham providenciado sobre a organização e administração das fundações, a Direcção-Geral da Assistência Social providenciará no sentido de serem dotados de estatutos adequados, ouvidos os testamentários ou administradores da herança ou legado.

4. Para o exercício da sua competência, a Inspeção Superior de Tutela Administrativa compreende os seguintes serviços:

- a) A Direcção de Serviços de Assuntos Jurídicos;
- b) A Direcção de Serviços de Orientação e Gestão.

5. Uma das direcções de serviços é dirigida pelo inspector superior de Tutela Administrativa.

6. É exercida pela Direcção de Serviços de Assuntos Jurídicos a competência relativa às matérias constantes da alínea e) do n.º 1 deste artigo, cabendo-lhe ainda o estudo das questões jurídicas emergentes do exercício das restantes atribuições inerentes à tutela administrativa das instituições de assistência particular.

7. A competência relativa às matérias constantes das alíneas a) a d) do n.º 1 deste artigo é exercida pela Direcção de Serviços de Orientação e Gestão.

ARTIGO 45.º

Instituto da Família e Acção Social

1. Compete, em geral, ao Instituto da Família e Acção Social orientar, coordenar e fiscalizar as actividades das instituições e estabelecimentos de assistência social e completá-las pela organização e manutenção dos estabelecimentos e serviços que se mostrem necessários e, em especial:

- a) Elaborar e executar, em colaboração com os demais organismos do Estado que prossigam actividades afins, os programas de acção no domínio da promoção social dos indivíduos e das famílias e a sua participação na vida da comunidade;

- b) Executar os trabalhos de prospecção social necessários ao desempenho das funções referidas na alínea anterior, bem como os abrangidos nos planos de desenvolvimento sócio-económico ou de acção comunitária;
- c) Coordenar a acção das instituições que se proponham contribuir para a elevação do nível moral e social da família;
- d) Cooperar na realização de empreendimentos que visem a organização dos recursos da comunidade, em ordem ao bem-estar social e à accleração do processo do desenvolvimento sócio-económico;
- e) Proceder à avaliação social dos projectos de desenvolvimento dos meios de que dispõem e do armamento social existente;
- f) Promover, directamente ou em colaboração com as diversas entidades públicas e privadas, a prestação de socorros urgentes por motivo de calamidades públicas ou sinistros, coordenando e orientando a aplicação de donativos ou do produto de subscrições que para o efeito de socorros imediatos se realizem;
- g) Promover a integração social das crianças privadas de meio familiar, ou com deficiências psíquicas, sensoriais e motoras, bem como das crianças, adolescentes e jovens com desvios de comportamento;
- h) Promover e executar programas gerais de ajuda à população idosa, em ordem a estimular a sua participação na vida da comunidade;
- i) Promover a criação de serviços e estabelecimentos oficiais ou particulares destinados a pessoas idosas, dando-lhes apoio técnico e mantendo-os ou participando na sua manutenção;
- j) Elaborar e executar os programas gerais de reabilitação social dos deficientes sensoriais, intelectuais e da motricidade, em estreita ligação com os serviços de saúde, emprego e formação profissional;
- k) Promover a criação dos serviços e estabelecimentos necessários à reabilitação social dos deficientes, dando-lhes apoio técnico e mantendo-os ou participando na sua manutenção;
- l) Organizar e propor a organização de oficinas de trabalho protegido, em colaboração com os serviços dependentes de outros Ministérios;
- m) Promover o aperfeiçoamento e actualização do pessoal ao serviço das actividades de assistência social, bem como a organização de cursos destinados à formação do mesmo pessoal, em colaboração com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical.

2. Compete ainda ao Instituto da Família e Acção Social:

- a) Conceder e assegurar prestações de ajuda económica de índole preventiva e curativa de situações de carência dos indivíduos e das famílias;
- b) Administrar os bens deixados em testamento para fins de assistência social, quando os herdeiros ou legatários não forem pessoas certas e determinadas, dando-lhes o destino mais adequado ao cumprimento da vontade dos testadores.

ARTIGO 46.º

Receitas do Instituto

1. Constituem receitas do Instituto:

- a) As dotações inscritas no Orçamento Geral do Estado;
- b) O rendimento dos serviços;
- c) Os subsídios concedidos por entidades oficiais e particulares;
- d) Quaisquer outras receitas que por disposição especial lhe sejam atribuídas.

2. A percentagem fixada pelo Decreto-Lei n.º 35 822, de 22 de Agosto de 1946, para as finalidades nele previstas, para o Instituto da Família e Acção Social.

ARTIGO 47.º

Serviços do Instituto da Família e Acção Social

1. O Instituto da Família e Acção Social, dirigido por um director, compreende:

- a) O Conselho Consultivo;
- b) O Centro de Formação e Aperfeiçoamento de Pessoal;
- c) O Centro de Observação e Orientação Médico-Pedagógica;
- d) O Serviço de Acção Familiar e Social;
- e) O Serviço de Protecção à Infância e Juventude;
- f) O Serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos;
- g) Os Serviços Administrativos.

2. Sempre que se mostrar conveniente, o Ministro poderá determinar que as funções de director, desde que o lugar não esteja provido, sejam exercidas pelo director-geral da Assistência.

3. O Instituto pode dispor de estabelecimentos oficiais e de serviços de acção directa que não constituam duplicação das actividades dos serviços previstos no presente diploma.

ARTIGO 48.º

Repartição de Serviços Administrativos

1. Compete à Repartição de Serviços Administrativos:

- a) Promover o necessário à gestão do pessoal da própria Direcção-Geral;
- b) Executar o serviço de expediente geral e de arquivo;
- c) Assegurar o serviço de contabilidade.

2. A Repartição de Serviços Administrativos divide-se nas seguintes secções:

- a) De Pessoal;
- b) De Expediente Geral, Contabilidade e Arquivo.

CAPÍTULO III

Serviços e órgãos locais

SECÇÃO I

Orgânica e objectivos

ARTIGO 49.º

Disposições gerais

1. Os serviços e órgãos locais dependem da Direcção-Geral de Saúde e, actuando em execução de normas emanadas dos serviços centrais, destinam-se a efectivar a política de saúde na área da sua jurisdição.

2. Os serviços locais a que se refere o número anterior são os centros de saúde, e os órgãos locais são as inspecções coordenadoras, bem como os conselhos e comissões coordenadoras.

3. Os centros de saúde, como responsáveis pela acção directa por que se realiza a política de saúde, trabalham em íntimo contacto com as populações, de modo a assegurar a respectiva promoção de saúde e prevenção da doença e a oportuna aplicação das medidas de tratamento dos doentes e de reabilitação dos diminuídos.

4. Os centros de saúde actuam em coordenação com as demais entidades públicas e privadas, designadamente as Misericórdias, com vista à unidade de acção, subordinada às directrizes do planeamento.

5. Aos serviços e órgãos referidos neste artigo caberá, em princípio, a execução, na área da sua jurisdição, da política de assistência social.

ARTIGO 50.º

Princípios de organização

Para execução do disposto na alínea *b*) do n.º 2 do artigo 8.º, a organização e coordenação dos serviços e órgãos locais obedecem aos seguintes princípios:

- a) Do reconhecimento de uma só autoridade sanitária em cada um dos concelhos e distritos;
- b) Da atribuição à autoridade sanitária da orientação geral de todas as actividades de saúde, públicas e particulares, da respectiva área, devendo integrar e dirigir as actividades públicas, sem prejuízo do respeito pelo grau de autonomia que a lei confira a cada instituição ou serviço, e coordenar as actividades particulares de modo a obter o máximo aproveitamento da conjugação dos meios disponíveis;
- c) Da instalação em cada concelho, incluindo os das sedes dos distritos, de um núcleo funcional denominado «centro de saúde»;
- d) Da atribuição aos centros de saúde da competência para o exercício das actividades de saúde e assistência a que não deva corresponder autonomia orgânica, e que se denominarão «valências»;
- e) Da integração progressiva nos centros de saúde dos vários serviços de saúde e assistência que no âmbito do Ministério actuam nas áreas respectivas;
- f) Da instituição em cada concelho, sob a orientação da respectiva autoridade sanitária, de um sistema de métodos de trabalho, denominado «unidade de saúde», que, tendo por núcleo o centro de saúde, conjuga as actividades deste e as dos serviços nele não integradas;
- g) Da constituição, nas regiões, de inspecções coordenadoras, nos distritos, de conselhos coordenadores com representação dos vários ramos de actividades de saúde e assistência e, nos concelhos, de comissões coordenadoras, que assistem, respectivamente, as autoridades sanitárias distritais e concelhias.

SECÇÃO II

Órgãos coordenadores, centros de saúde e autoridades sanitárias

SUBSECÇÃO I

Órgãos coordenadores

ARTIGO 51.º

Constituição das inspecções coordenadoras

As inspecções coordenadoras representam nas regiões as direcções-gerais e são constituídas por delegados, respectivamente da Direcção-Geral de Saúde, com a categoria de inspector de saúde, e das Direcções-Gerais dos Hospitais e da Assistência Social, com a categoria de director de serviço.

ARTIGO 52.º

Funcionamento

As inspecções coordenadoras das regiões são apoiadas administrativamente pelos respectivos centros de saúde distritais, correndo os despachos pela correspondente direcção-geral, segundo as suas matérias ou assuntos.

ARTIGO 53.º

Competência

Compete às inspecções coordenadoras a coordenação, ao nível da respectiva região, das actividades médico-sanitárias, hospitalares e assistenciais, e, em especial:

- a) Elaborar os programas regionais de actuação dos diversos sectores, de acordo com os planos gerais superiormente aprovados;
- b) Orientar e coordenar a execução dos referidos programas depois de devidamente aprovados;
- c) Prestar a colaboração necessária aos serviços, estabelecimentos e instituições que dela careçam;
- d) Fiscalizar as actividades das diferentes instituições, serviços e estabelecimentos, coordenando a sua actuação;
- e) Exercer as demais atribuições que no âmbito da competência geral lhes sejam fixadas por despacho do Ministro da Saúde e Assistência.

ARTIGO 54.º

Comissões e conselhos coordenadores

1. De harmonia com o disposto na alínea *b*) do n.º 2 do artigo 8.º e para efeitos do n.º 1 do artigo 60.º, será criada em cada concelho, por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, uma comissão coordenadora, constituída, além do delegado de saúde, que presidirá, e de um representante da respectiva câmara municipal, por representantes dos vários sectores interessados nas actividades médico-sociais concelhias.

2. Será criada em cada distrito, por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, de harmonia com o disposto na alínea *b*) do n.º 2 do artigo 8.º, um conselho coordenador de natureza consultiva, com funções de apoio às unidades de saúde distritais e constituído por representantes dos vários sectores nelas interessados.

3. Para efeitos de coordenação da acção social no âmbito do distrito, poderão ser agregados ao conselho referido no n.º 2 representantes dos Ministérios e actividades nessa acção interessadas, por despacho conjunto dos Ministros competentes.

4. O despacho referido no número anterior fixará também o processo de funcionamento e as atribuições das comissões de coordenação de acção social.

SUBSECÇÃO II

Centros de saúde

ARTIGO 55.º

Disposições gerais

1. Os centros de saúde são serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela integração e coordenação das actividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objectivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda.

2. Os centros de saúde serão criados, em todos os concelhos, incluídos os das sedes dos distritos, por portaria do Ministro da Saúde e Assistência.

3. Os centros de saúde dos concelhos das sedes dos distritos, que se denominarão «centros de saúde distritais», têm a autonomia administrativa a que se refere o artigo 76.º limitada às despesas com material e com pagamento de serviços e diversos encargos.

4. Os outros centros de saúde dos concelhos de cada um dos distritos, que se denominarão «centros de saúde concelhios», dependem, administrativa e financeiramente, do respectivo centro de saúde distrital, sem prejuízo da competência que por delegação lhes venha a ser atribuída.

5. Podem constituir-se postos de saúde correspondentes à área da freguesia ou de grupos de freguesias na dependência dos respectivos centros concelhios.

6. Os centros de saúde distritais, por si ou pela Direcção-Geral de Saúde, podem celebrar acordos, a título gratuito ou oneroso, com entidades públicas ou privadas, como forma de assegurar as actividades médico-sociais ou outras de saúde e assistência.

7. Os acordos a que se refere o número anterior dependem de homologação ministerial, ficando desde já autorizadas as alienações que para esse fim hajam de ser feitas por qualquer das partes.

ARTIGO 56.º

Actividades dos centros de saúde

1. Os centros de saúde, como unidade orgânica integradora das actividades de saúde e assistência, compreendem as respectivas valências, bem como actividades de apoio.

2. Os centros de saúde concelhios poderão compreender as seguintes valências e actividades de apoio:

- a) Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- b) Higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- c) Profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação;
- d) Saúde mental;
- e) Enfermagem de saúde pública, com visitação domiciliária polivalente;
- f) Selecção e cuidados médicos elementares, incluindo os domiciliários;
- g) Educação sanitária;
- h) Serviço social;
- i) Registos estatísticos.

3. Os centros de saúde distritais poderão compreender as seguintes valências e actividades de apoio:

- a) Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;
- b) Higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar;
- c) Profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação;
- d) Profilaxia da cárie dentária;
- e) Profilaxia da cegueira;
- f) Profilaxia da surdez;
- g) Profilaxia do cancro;
- h) Saúde mental;
- i) Enfermagem de saúde pública, com visitação domiciliária;
- j) Selecção e cuidados médicos, incluindo os domiciliários;
- k) Educação sanitária;
- l) Serviço social;
- m) Laboratório distrital de saúde pública;
- n) Registos estatísticos.

4. Os centros de saúde distritais disporão do suporte administrativo indispensável ao seu funcionamento.

5. As actuais circunscrições de defesa sanitária dos portos marítimos e aéreos passam a funcionar na dependência dos centros de saúde distritais, constituindo uma das suas valências.

6. A distribuição de valências e outras actividades de cada centro de saúde poderá ser alterada por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, tendo em atenção as condições e as disponibilidades existentes na respectiva área.

7. A integração nos centros de saúde dos serviços que exerçam actividades compreendidas nos números anteriores e a que se entenda não dever corresponder autonomia orgânica efectua-se por despacho ministerial, considerando-se tais serviços extintos, continuando, porém, os que transitoriamente mantenham aquela autonomia a funcionar sob a orientação da autoridade sanitária.

8. Os hospitais concelhios poderão, mediante acordo, funcionar como serviços de apoio dos centros de saúde, para o efeito de diagnóstico, tratamento e internamento, ou receber destes apenas orientação técnica.

SUBSECÇÃO III

Autoridades sanitárias

ARTIGO 57.º

Autoridades e entidades sanitárias

1. São autoridades sanitárias:

- a) O delegado de saúde, no concelho;
- b) O director de saúde, no distrito.

2. Compete às autoridades sanitárias:

- a) Exercer, na área da sua jurisdição, a competência genérica da Direcção-Geral de Saúde;
- b) Tomar as providências necessárias para que se cumpram as leis, regulamentos e posturas sanitárias;
- c) Exercer, por si ou seus agentes, a fiscalização de estabelecimentos e instituições quanto às condições de salubridade ou higiene;
- d) Exercer as demais competências que por lei lhes sejam cometidas.

3. Em cada uma das regiões sanitárias definidas no n.º 2 do artigo 9.º haverá uma entidade sanitária, com a denominação de inspector de saúde.

4. De harmonia com o disposto no n.º 4 do artigo 9.º, poderá haver na freguesia ou em grupos de freguesias uma entidade sanitária denominada «subdelegado de saúde».

ARTIGO 58.º

Autoridades sanitárias e centros de saúde concelhios

1. A autoridade sanitária concelhia é o delegado de saúde, que tem, no respectivo concelho, as funções de director de saúde, na parte aplicável.

2. Os delegados de saúde são de 1.ª e 2.ª classes, consoante a população dos seus concelhos seja, pelo último censo publicado à data da entrada em vigor deste diploma, respectivamente, igual ou superior e inferior a 30 000 habitantes.

3. Os delegados dos concelhos a que, por censos posteriores, venha a corresponder aquela população poderão, mediante portaria dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência, passar à 1.ª classe.

4. Nos concelhos em que, por censos posteriores, venha a verificar-se ter a população passado a ser inferior à indicada no n.º 2 deste artigo os lugares de delegado baixarão à 2.ª classe quando vagarem.

5. Os delegados de saúde dirigem os centros de saúde concelhios, pelo que perceberão uma gratificação.

6. A autoridade sanitária concelhia é coadjuvada pelos subdelegados de saúde e demais pessoal técnico que for necessário ao funcionamento dos centros de saúde.

ARTIGO 59.º

Autoridades sanitárias e centros de saúde distritais

1. A autoridade sanitária distrital é o director de saúde, responsável perante a direcção-geral por tudo quanto interessa aos serviços de saúde do distrito, cabendo-lhe também a orientação, coordenação e inspecção das actividades dos delegados e subdelegados de saúde.

2. As autoridades sanitárias distritais são coadjuvadas pelo pessoal técnico que for indispensável ao serviço, conforme a extensão e as valências dos respectivos centros de saúde.

3. Em Lisboa e Porto haverá dois directores de saúde, sendo os serviços dirigidos pelo mais antigo, coadjuvado pelo segundo, além do demais pessoal técnico que for indispensável ao funcionamento dos serviços.

4. Os directores de saúde dirigem os centros de saúde distritais, pelo que perceberão uma gratificação.

5. Em Lisboa e Porto poderá existir mais de um centro de saúde, funcionando um deles como distrital em relação aos restantes, classificados de concelhios.

6. A direcção dos centros concelhios a que se refere a parte final do número anterior será normalmente exercida com gratificação.

ARTIGO 60.º

Unidades de saúde

1. Nos concelhos, incluindo os das sedes dos distritos, serão instituídas unidades de saúde, com vista à coordenação, com o centro de saúde, de serviços oficiais e particulares, de harmonia com o disposto na alínea f) do artigo 50.º

2. À unidade de saúde cabem:

- a) Funções médico-sanitárias gerais e de orientação e coordenação, exercidas pelo centro de saúde;
- b) Funções hospitalares, públicas e privadas, efectivas no âmbito do centro de saúde ou fora dele;
- c) Funções assistenciais, públicas ou privadas, desempenhadas no âmbito do centro de saúde ou fora dele;
- d) Funções de política sanitária, a cargo do delegado de saúde, no concelho, e do director de saúde, no distrito.

3. A unidade de saúde é orientada pela autoridade sanitária da respectiva área.

CAPÍTULO IV

Serviços especiais

SECÇÃO I

Órgãos jurisdicionais

ARTIGO 61.º

Comissões arbitrais de assistência

1. As comissões arbitrais de assistência são órgãos jurisdicionais, a que compete a declaração e liquidação das responsabilidades pelos encargos de assistência em que estejam interessados os estabelecimentos, serviços ou instituições de saúde e assistência.

2. As comissões arbitrais regem-se por legislação própria, passando a caber à Secretaria-Geral as funções de apoio administrativo que, nos termos do Decreto-Lei n.º 42 596, de 19 de Outubro de 1959, cabiam à Direcção-Geral de assistência.

3. O expediente dos processos a decidir pelas comissões arbitrais de Lisboa e Porto será assegurado por pessoal do quadro da Secretaria-Geral, tendo os respectivos funcionários a competência atribuída aos funcionários de justiça dos tribunais comuns.

Os restantes artigos deste decreto referem-se ao pessoal (artigos 63.º a 73.º), a disposições especiais sobre os serviços (artigos 74.º a 86.º) e disposições gerais, transitórias e finais (artigos 87.º a 98.º).

Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro

Organização do regime de carreiras profissionais

CAPÍTULO I

Organização das carreiras profissionais

Artigo 1.º De harmonia com o disposto no n.º 2 do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, são definidas pelo presente diploma as condições de ingresso, graduação e acesso nas carreiras profissionais do Ministério da Saúde e Assistência.

Art. 2.º As carreiras profissionais organizam-se por graus e classificam-se em três tipos:

- Tipo 1—De profissionais com habilitação de licenciatura universitária;
- Tipo 2—De profissionais com habilitação técnica devidamente titulada;
- Tipo 3—De profissionais com habilitação para cargos de pessoal administrativo.

Art. 3.º—1. Os graus das carreiras do tipo 1 distribuem-se da letra J à letra C, consoante a escala de vencimentos do Decreto-Lei n.º 49 410, de 24 de Novembro de 1969.

2. Os graus das carreiras do tipo 2 distribuem-se da letra R à letra F, correspondendo as categorias acima da letra J a lugares de chefia ou de técnicos de serviços centrais.

3. Os graus das carreiras do tipo 3 distribuem-se da letra U à letra F.

4. Nas carreiras que venham a ser criadas observar-se-ão as graduações estabelecidas no presente diploma, tendo em atenção os requisitos de ingresso e a naturezas das funções dos profissionais abrangidos.

Art. 4.º—1. São estabelecidas as seguintes carreiras profissionais:

a) Do tipo 1:

- Carreira médica de saúde pública;
- Carreira médica hospitalar;
- Carreira farmacêutica;
- Carreira de administração hospitalar;
- Carreira de técnicos superiores de laboratório.

b) Do tipo 2:

- Carreira de ensino de enfermagem;
- Carreira de enfermagem de saúde pública;
- Carreira de enfermagem hospitalar;
- Carreira de técnicos terapeutas;
- Carreira de técnicos de serviço social;
- Carreira de técnicos auxiliares de laboratório;
- Carreira de técnicos auxiliares sanitários.

2. As carreiras do tipo 3 regem-se pelas normas gerais aplicáveis ao pessoal Administrativo.

Art. 5.º Os graus, categorias e vencimentos das carreiras profissionais a que se refere o n.º 1 do artigo anterior constam dos mapas anexos ao presente diploma.

CAPÍTULO II

Ingresso e acesso

SECÇÃO I

Carreira médica de saúde pública

Art. 6.º—1. Nos serviços locais da Direcção-Geral de Saúde, o ingresso na carreira médica de saúde pública faz-se por concurso documental, pelas categorias de subdelegado de saúde (grau 2) ou de delegado de saúde de 2.ª classe (grau 3).

2. Podem concorrer ao lugar de subdelegado de saúde os médicos com esta denominação na vigência da lei anterior ao presente diploma, os médicos municipais e os médicos com, pelo menos, dois anos de prática rural, preferindo, porém, aqueles que, embora sem este requisito, hajam completado o internato geral ou de policlínica.

3. O exercício do cargo de subdelegado de saúde depende de habilitação com um curso de saúde pública.

4. Os médicos nomeados subdelegados de saúde que não possuam a habilitação referida no número anterior deverão obtê-la frequentando o primeiro curso intensivo que se realizar após a nomeação.

5. A frequência do curso é equiparada, para todos os efeitos, ao exercício de funções.

6. O não aproveitamento, ou a falta de frequência do curso a que se refere o número anterior, implica, salvo casos de doença ou de força maior devidamente justificada, a rescisão do contrato.

7. Podem concorrer ao lugar de delegado de saúde de 2.^a classe, pela seguinte ordem de preferência:

- a) Os médicos que, além de terem completado com aproveitamento o internato das especialidades de medicina interna, pediatria, obstetrícia, ginecologia, pneumotisiologia, cardiologia ou psiquiatria, estejam habilitados ou se habilitem, nos termos do disposto nos n.ºs 4 a 6 deste artigo, com um curso de saúde pública;
- b) Os médicos que, além de terem completado com aproveitamento o internato de policlínica, estejam habilitados ou se comprometam a habilitar-se, de acordo com o disposto nos n.ºs 4 a 6 deste artigo, com um curso de saúde pública;
- c) Os subdelegados de saúde referidos no n.º 2 deste artigo.

Art. 7.º O provimento do lugar de delegado de saúde de 1.^a classe é feito por concurso documental de entre os delegados de saúde de 2.^a classe e técnicos de 2.^a classe, médicos, e, na sua falta, de entre os médicos referidos no n.º 7 do artigo anterior e pela mesma ordem de preferência.

Art. 8.º—1. O acesso à categoria de director de saúde efectua-se mediante concurso de habilitação e de provimento.

2. Ao concurso de habilitação, com prestação de provas, válido por três anos, poderão concorrer os delegados de saúde e os médicos dos serviços centrais do grau 4.

3. No caso de o concurso ficar deserto ou de o número de concorrentes aprovados ser inferior ao de vagas a prover, abrir-se-á novo concurso, ao qual poderão concorrer os médicos referidos no n.º 7 do artigo 6.º

4. Ao concurso de provimento, documental, são admitidos, desde que possuam o curso geral de saúde pública, os candidatos classificados no concurso de habilitação, preferindo os de maior classificação e, em caso de igualdade, os mais classificados naquele curso.

Art. 9.º Os profissionais da carreira médica de saúde pública colocados em serviços locais podem ter acesso aos serviços centrais, aplicando-se para o efeito o disposto no n.º 2 do artigo 10.º

Art. 10.º—1. Nos serviços centrais da Direcção-Geral de Saúde o ingresso na carreira médica de saúde pública faz-se, por concurso documental:

- a) Pela categoria de estágio de saúde pública (grau 1), de entre os licenciados em Medicina, gozando de preferências os que hajam obtido aprovação no internato geral ou de policlínica;
- b) Pela categoria de técnico de saúde pública de 3.^a classe (grau 2), de entre os licenciados em Medicina que possuam a habilitação do curso geral de saúde pública, sendo motivo de preferência o referido na alínea anterior.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Por concurso documental, do grau 1 ao grau 2, mediante a habilitação do curso geral de saúde pública;
- b) Por concurso documental, do grau 2 ao grau 3;

c) Por concurso com prestação de provas, do grau 3 ao grau 4;

d) Por concurso de provas públicas de apreciação e discussão do currículo e de uma dissertação, do grau 4 ao grupo 6;

e) Por livre escolha do Ministro da Saúde e Assistência, do grau 6 ao grau 7, de entre os graduados dos serviços centrais ou locais.

SECÇÃO II

Carreira médica hospitalar

Art. 11.º—1. A carreira médica hospitalar inicia-se pelo internato.

2. O internato, que terá regulamento próprio, aprovado por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, compreende dois graus:

Grau 1—Internato de policlínica;

Grau 2—Internato de especialidades.

3. Para efeitos do disposto no presente diploma, a medicina interna e a cirurgia geral são consideradas especialidades.

Art. 12.º—1. O internato de policlínica é aberto aos licenciados em Medicina com idade não superior a 35 anos.

2. O internato de policlínica terá a duração mínima de catorze meses, fixada por despacho ministerial de acordo com as condições do hospital onde se efectue.

3. O aproveitamento do internato de policlínica será apreciado em função das informações dos serviços e de exame final, que se efectuará de harmonia com o regulamento do internato e do qual se passará certificado.

4. O não aproveitamento, bem como a falta ao exame final ou a exclusão neste, implicam perda total de vencimento durante o período de repetição, que será único, excepto quando o facto se deva a doença ou caso de força maior devidamente justificado.

Art. 13.º—1. A admissão ao internato de especialidades efectua-se por concurso com prestação de provas, nos termos do regulamento, de entre os médicos que hajam obtido aprovação no internato geral ou de policlínica há menos de três anos, exceptuados os casos de comissão de serviço militar.

2. O número de vagas em cada ano será fixado por despacho ministerial, tendo em atenção as necessidades nacionais em cada especialidade e a capacidade e possibilidades dos hospitais.

3. Um terço das vagas fixadas, no conjunto dos hospitais, para as especialidades de medicina interna, pediatria, obstetrícia, ginecologia, pneumotisiologia, cardiologia e psiquiatria são reservadas aos médicos de saúde pública que exerçam a sua profissão nos serviços locais há mais de um ano e aos que, em prestação de serviço militar, hajam desempenhado funções nas províncias ultramarinas.

4. As vagas previstas no número anterior que não forem preenchidas nos termos nele estabelecidos sê-lo-ão conforme as regras gerais.

5. O internato de especialidade tem a duração de dois a cinco anos, fixada, para cada especialidade, por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, ouvidas a Comissão Médica dos Hospitais Gerais, o Conselho Nacional do Internato Médio e a Ordem dos Médicos.

6. O aproveitamento no internato de especialidades será apreciado anualmente pela informação dos serviços e, no seu termo, por exame final, de provas teóricas e práticas, efectuado de harmonia com o regulamento.

7. Da aprovação no exame final será passado certificado, o qual constitui documento bastante para a inscrição na Ordem dos Médicos na especialidade respectiva.

8. A falta de aproveitamento num ano implica perda total do vencimento durante o ano de repetição, excepto quando se deva a doença ou caso de força maior devidamente justificado.

Art. 14.º—1. Os médicos aprovados no internato geral ou de policlínica que não possam ser admitidos ao de especialidades nos termos do artigo anterior, por falta de vagas, poderão, porém, frequentá-lo a título voluntário.

2. Os médicos admitidos ao abrigo do número anterior frequentarão o internato de especialidades em condições iguais às aplicáveis aos admitidos em vagas, mas sem direito a vencimento.

3. A admissão e a distribuição dos referidos médicos pelas várias especialidades e hospitais serão, todavia, condicionadas pela capacidade e possibilidades dos serviços, de modo a não perturbar o seu conveniente funcionamento nem a eficiente preparação dos internos.

Art. 15.º—1. Os lugares dos graus 4 a 7, dos hospitais centrais, e 4 e 5, dos hospitais distritais, fazem parte dos respectivos quadros de pessoal permanente.

2. O ingresso nos quadros de pessoal permanente faz-se pela categoria de especialistas dos hospitais.

3. (Revogado pelo artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 33/73, de 6 de Fevereiro).

4. (Revogado pelo artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 33/73, de 6 de Fevereiro) (*).

Art. 16.º—1. O ingresso nos quadros de pessoal permanente dos hospitais distritais faz-se por concurso documental, observadas as condições de preferência estabelecidas no número seguinte.

2. Gozam de preferência na admissão aos quadros permanentes dos hospitais distritais:

- a) Os médicos que hajam obtido maior classificação no internato complementar ou de especialidades;
- b) Em igualdade de classificação, os que hajam adquirido preparação especial, ou hajam desempenhado funções de saúde pública nos serviços locais, ou em prestação de serviço militar, nos serviços de saúde das províncias ultramarinas.

3. Aos concursos para ingresso nos quadros do pessoal permanente dos hospitais distritais são também admitidos os médicos a que a respectiva Ordem haja conferido o título de especialista, observando-se na parte aplicável, o disposto na alínea b) do número anterior.

4. O ingresso nos quadros de pessoal permanente dos hospitais centrais faz-se, de entre os médicos aprovados no internato das respectivas especialidades, por concurso com prestação de provas públicas.

Art. 17.º O acesso à categoria de chefe de serviço dos hospitais centrais (grau 5) efectua-se de entre os médicos do grau 4 da respectiva especialidade, por concurso documental.

Art. 18.º—1. O acesso à categoria de director de serviço dos hospitais distritais (grau 5) efectua-se de entre os médicos dos graus 4 e 5 dos hospitais centrais e do grau 4 dos distritais, da respectiva especialidade, por concurso de provas públicas de apreciação do currículo e de uma dissertação, sendo esta facultativa para os do primeiro grupo.

2. O acesso à categoria de director de serviço dos hospitais centrais (grau 6) efectua-se de entre os médicos dos graus 4 e 5 dos mesmos hospitais e do grau 5 dos distritais, da respectiva especialidade, por concurso de provas públicas de apreciação do currículo e de uma dissertação.

Art. 19.º O provimento do lugar de director de departamento é feito pelo Ministro da Saúde e Assistência, sob proposta do director do hospital respectivo, de entre os directores e chefes de serviço do próprio hospital ou dos directores de departamento e de serviço dos restantes hospitais-centrais.

Art. 20.º—1. Os concursos para acesso nos lugares dos quadros do pessoal permanente dos hospitais centrais são feitos em cada hospital, podendo para o efeito ser dispensada aos grupos e nos centros hospitalares e no conjunto dos hospitais escolares a constituição de júris nos termos do n.º 3 do artigo 47.º do Decreto n.º 48 358, de 27 de Abril de 1968.

2. Para os hospitais distritais, os concursos a que se refere o número anterior serão de âmbito nacional e organizados pela Direcção-Geral dos Hospitais.

(*) Decreto-Lei n.º 33/73, de 6 de Fevereiro:

Art. 12.º—1. Na carreira médica dos hospitais centrais não escolares, definida na secção II do capítulo II do Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, é previsto o cargo de especialista contratado, correspondente ao grau 3 do mapa I anexo ao referido diploma e remunerado com o vencimento da letra H da escala geral do funcionalismo.

2. O provimento do cargo referido no número anterior depende da aprovação em concurso documental, em termos a regulamentar, de entre os médicos habilitados com o internato da respectiva especialidade.

3. O provimento far-se-á em regime de contrato, por um período máximo de três anos.

3. Sob proposta do director do hospital e com parecer favorável da respectiva comissão médica, podem, porém, os lugares ser providos, por transferência de outros hospitais, em médicos da categoria correspondente.

SECÇÃO III

Carreira farmacêutica

Art. 21.º—1. A carreira farmacêutica inicia-se pela categoria de técnico farmacêutico estagiário, por concurso documental, de entre os licenciados em Farmácia, constituindo razão de preferência a maior classificação da licenciatura.

2. O primeiro ano de serviço como estagiário constituirá período de prova, findo o qual, consoante as informações dos serviços, os contratos poderão ser renovados ou serão rescindidos.

3. Os contratos dos estagiários só poderão ser renovados pelo máximo de três períodos anuais.

4. O acesso far-se-á, quando a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Por concurso com prestação de provas, teóricas e práticas, do grau 1 ao grau 2;
- b) Por concurso documental, do grau 2 ao grau 3 e deste ao grau 4;
- c) Por concurso de provas públicas de apreciação do currículo e de uma dissertação, do grau 4 ao grau 6.

Art. 22.º—1. O acesso à categoria de técnico farmacêutico de 3.ª classe (grau 2) efectua-se mediante concursos de habilitação e de provimento.

2. Ao concurso de habilitação, com prestação de provas teóricas e práticas, de acordo com o disposto na alínea a) do n.º 4 do artigo anterior, poderão concorrer os estagiários cujo contrato inicial haja sido renovado e os farmacêuticos que tenham completado o número máximo de períodos referido no n.º 3 do mesmo artigo.

3. Ao concurso de provimento, documental, são admitidos os candidatos classificados no concurso de habilitação, preferindo os de maior classificação.

Art.º 23.º Nos serviços centrais, o provimento do lugar de director de serviço far-se-á por livre escolha do Ministro da Saúde e Assistência, de entre os graduados do grau 6 dos hospitais centrais.

SECÇÃO IV

Carreira de administração hospitalar

Art. 24.º A carreira de administração hospitalar rege-se pelas disposições constantes do Regulamento Geral dos Hospitais, segundo a redacção dada pelo Decreto n.º 499/70, de 24 de Outubro.

SECÇÃO V

Carreira de técnicos superiores de laboratório

Art. 25.º—1. O ingresso na carreira de técnicos superiores de laboratório faz-se, por concurso documental:

- a) Pelo grau 1, para os licenciados com um curso superior de natureza adequada;
- b) Pelo grau 2, para os licenciados referidos na alínea anterior com, pelo menos, três anos de prática profissional contínua e experiência comprovada;
- c) Pelo grau 4, para os indivíduos que possuam o grau de doutor por uma Universidade portuguesa ou por uma Universidade estrangeira, quando equiparado aquele, nos termos da legislação em vigor, para os professores auxiliares das Universidades e primeiros-assistentes da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e ainda para os licenciados que possuam excepcional currículo científico em actividades de investigação no sector a que respeitarem as correspondentes vagas;

- d) Pelo grau 6, para os professores extraordinários das Universidades ou da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, para os indivíduos que possuam o título de agregado das Universidades e para os licenciados que possuam excepcional currículo científico em actividade de investigação no âmbito das respectivas especialidades.

2. As normas aplicáveis à apreciação do currículo dos candidatos referidos na alínea b) e na parte final das alíneas c) e d) do número anterior serão as constantes do Regulamento do Instituto Nacional de Saúde.

3. O primeiro ano de serviço como estagiário constituirá período de prova, findo o qual, consoante as informações dos serviços, os contratos poderão ser renovados ou serão rescindidos.

4. As normas aplicáveis à forma de prestação e à apreciação da qualidade do serviço dos estagiários serão as constantes do Regulamento do Instituto Nacional de Saúde.

5. Os contratos dos estagiários só poderão ser renovados pelo máximo de dois períodos anuais.

6. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais dos graus imeditamente inferiores e de acordo com o seguinte:

- a) Por concurso documental, do grau 1 aos graus 2 e 3 e do grau 2 ao grau 3;
- b) Por concurso com prestação de provas de aptidão profissional, dos graus 2 e 3 ao grau 4, do grau 4 ao grau 5 e dos graus 4 e 5 ao grau 6.

Art. 26.º—1. O provimento do lugar de técnico de laboratório de 3.ª classe é feito de entre os estagiários com, pelo menos, um ano de bom e efectivo serviço e os licenciados referidos na alínea b) do n.º 1 do artigo anterior.

2. O provimento do lugar de técnico de laboratório de 2.ª classe efectua-se, pela seguinte ordem de preferência, de entre:

- a) Os técnicos de 3.ª classe com, pelo menos, um ano de bom e efectivo serviço na classe;
- b) Os estagiários com, pelo menos, dois anos de bom e efectivo serviço.

3. Aos concursos para o lugar de técnico de 1.ª classe podem ser admitidos, desde que possuam currículo na matéria do sector a que respeitem as vagas, além dos indivíduos referidos na alínea c) do n.º 1 do artigo anterior:

- a) Os técnicos de 2.ª classe com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nesta categoria;
- b) Os assistentes das Universidades com, pelo menos, quatro anos de bom e efectivo serviço na categoria e os segundos-assistentes ou assistentes de 2.ª classe de outras escolas superiores e de institutos de investigação com, pelo menos, cinco anos de bom e efectivo serviço na categoria;
- c) Os professores auxiliares, os primeiros-assistentes ou assistentes de 1.ª classe, dos organismos a que se refere a alínea anterior.

4. Aos concursos para o lugar de técnico especialista podem ser admitidos, desde que possuam currículo na matéria da respectiva especialidade:

- a) Os técnicos de 1.ª classe com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nesta categoria;
- b) Os professores auxiliares das Universidades, primeiros-assistentes ou assistentes de 1.ª classe de outras escolas superiores ou de institutos de investigação, com, pelo menos, cinco anos de bom e efectivo serviço na categoria;
- c) Os técnicos especialistas, ou equiparados, dos organismos a que se refere a alínea anterior.

5. Aos concursos para o lugar de investigador podem ser admitidos, desde que possuam currículo na respectiva especialidade, além dos indivíduos referidos na alínea d) do n.º 1 do artigo anterior:

- a) Os técnicos especialistas com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nesta categoria;

b) Os técnicos de 1.ª classe com, pelo menos, seis anos de bom e efectivo serviço nesta categoria;

c) Os técnicos especialistas, ou equiparados, de Universidades ou institutos de investigação com pelo menos, cinco anos de bom e efectivo serviço na categoria;

d) Os investigadores, ou equiparados, dos organismos a que se refere a alínea anterior.

Art. 27.º—1. Em serviços de hospitais centrais e distritais cuja dimensão e complexidade técnica o justifiquem poderão os lugares de técnicos ser preenchidos de acordo com as regras dos números seguintes:

2. O ingresso faz-se, por concurso documental:

- a) Pelo grau 1, para os licenciados com um curso superior de natureza adequada;
- b) Pelos graus 2 e 3, para os licenciados em Medicina que hajam completado com aproveitamento o internato de especialidades.

3. É aplicável aos técnicos superiores a que se refere o presente artigo o disposto nos n.ºs 3 a 5 do artigo 25.º

4. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, de acordo com o disposto, na parte aplicável, no n.º 6 do artigo 25.º

Art. 28.º—1. O provimento do lugar de técnico de 3.ª classe é feito de entre os estagiários com, pelo menos, um ano de bom e efectivo serviço e os médicos referidos na alínea b) do n.º 2 do artigo anterior.

2. O provimento do lugar de técnico de 2.ª classe efectua-se, pela seguinte ordem de preferência, de entre:

- a) Os técnicos de 3.ª classe providos ao abrigo do disposto na segunda parte do n.º 1 deste artigo;
- b) Os médicos referidos na alínea b) do n.º 2 do artigo anterior;
- c) Os restantes técnicos de 3.ª classe com, pelo menos, um ano de bom e efectivo serviço na classe;
- d) Os estagiários com, pelo menos, dois anos de bom e efectivo serviço.

3. Podem ser admitidos aos concursos para o lugar de técnico de 1.ª classe os técnicos de 2.ª classe com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nesta categoria.

4. Aos concursos para o lugar de técnico especialista podem ser admitidos os técnicos de 1.ª classe com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nesta categoria, desde que possuam currículo na matéria da respectiva especialidade.

SECÇÃO VI

Carreira de ensino de enfermagem

Art. 29.º—1. As normas aplicáveis ao ingresso e acesso na carreira de ensino de enfermagem são as constantes do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 48 166, de 27 de Dezembro de 1967.

2. O ingresso na categoria de técnicos de enfermagem de 2.ª classe (grau 8 dos serviços centrais) faz-se por concurso documental não só de entre os profissionais referidos no artigo 33.º, n.º 1, mas ainda entre os dos graus 3 e 4 das escolas que preencham os seguintes requisitos:

- a) Terem completado o 3.º ciclo dos liceus ou equivalente;
- b) Terem sido aprovados na secção de ensino do curso de enfermagem complementar.

3. O acesso do grau 8 ao grau 9 faz-se por concurso de provas públicas.

4. Ao concurso a que se refere o número anterior podem também ser admitidos os profissionais do grau 4 das escolas que reúnam os requisitos constantes das alíneas do n.º 2 deste artigo.

SECÇÃO VII

Carreira de enfermagem de saúde pública

Art. 30.º—1. O ingresso na carreira de enfermagem da saúde pública faz-se, por concurso documental, pelo grau 1, para os diplomados com o curso de auxiliar de enfermagem aprovados num curso intensivo de enfermagem de saúde pública apropriado, ou para os indivíduos habilitados com o 2.º ciclo dos liceus ou equivalente e o curso de auxiliares de saúde pública, e pelo grau 4, para os diplomados do curso de enfermagem de saúde pública ou diplomados do curso geral de enfermagem aprovados num curso adequado de saúde pública.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais de grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Do grau 1 ao grau 2, por concurso documental, mediante, pelo menos, um ano de bom e efectivo serviço;
- b) Dos graus 1 e 2 ao grau 4, por concurso documental, mediante, pelo menos, respectivamente, três anos e um ano de bom e efectivo serviço na classe e aprovação em curso adequado, sendo os candidatos do grau 1 admitidos somente na falta de candidatos do grau 2;
- c) Do grau 4 ao grau 6, por concurso de provas públicas;
- d) Do grau 6 ao grau 8, por nomeação, sob proposta do director-geral de Saúde, de entre os que possuam a habilitação de um curso adequado.

Art. 31.º—1. O ingresso na categoria de técnico de enfermagem de saúde pública de 2.ª classe (grau 8 dos serviços centrais) faz-se, por concurso documental, de entre os profissionais dos graus 6 e 8 dos serviços locais que preencham os seguintes requisitos:

- a) Terem completado o 3.º ciclo dos liceus ou equivalente;
- b) Terem sido aprovados num curso de administração para enfermeiros de saúde pública;
- c) Haverem prestado, pelo menos, dois anos de serviço de enfermagem de saúde pública em actividades externas dos serviços.

2. O acesso do grau 8 ao grau 9 far-se-á por concurso de provas públicas.

3. Ao concurso a que se refere o número anterior podem também ser admitidos os profissionais do grau 8 dos serviços locais que reúnam os requisitos constantes das alíneas do n.º 1 deste artigo.

SECÇÃO VIII

Carreira de enfermagem hospitalar

Art. 32.º—1. O ingresso na carreira de enfermagem hospitalar faz-se por concurso documental, pelo grau 1, para os diplomados com o curso de auxiliar de enfermagem, e pelo grau 3, para os diplomados com o curso geral, salvo quando o curso exija como habilitação o 3.º ciclo liceal, em que o ingresso poderá fazer-se pelo grau 4.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Do grau 1 ao grau 2, por concurso documental, mediante, pelo menos, respectivamente, três anos e um ano de bom e efectivo serviço;
- b) Dos graus 1 e 2 ao grau 3, por concurso documental, mediante, pelo menos, respectivamente, três anos e um ano de bom e efectivo serviço na classe e aprovação em curso adequado, sendo os candidatos do grau 1 admitidos somente na falta de candidatos do grau 2;
- c) Do grau 3 ao grau 4, por concurso documental, mediante, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço na classe;
- d) Do grau 4 ao grau 5, por concurso de provas públicas;

- e) Do grau 5 ao grau 6, por concurso documental, depois de, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço;
- f) Do grau 6 ao grau 7, por concurso documental de entre os aprovados na secção de administração do curso complementar de enfermagem, preferindo os de maior classificação;
- g) Ao grau 8, por livre escolha do conselho de direcção, ouvido o conselho técnico do respectivo hospital, de entre os profissionais do grau 7 e os do grau 6 que possuam a habilitação a que se refere a alínea anterior.

Art. 33.º—1. O ingresso na categoria de técnico de enfermagem de 2.ª classe (grau 8 dos serviços centrais) faz-se, por concurso documental, de entre os profissionais dos graus 7 e 8 dos hospitais que preencham os seguintes requisitos:

- a) Terem completado o 3.º ciclo dos liceus ou equivalente;
- b) Terem sido aprovados na secção de administração do curso complementar de enfermagem.

2. O acesso do grau 8 ao grau 9 far-se-á por concurso de provas públicas.

3. Ao concurso a que se refere o número anterior podem também ser admitidos os profissionais do grau 8 dos hospitais que reúnam os requisitos constantes das alíneas do n.º 1 deste artigo.

SECÇÃO IX

Carreira de técnicos terapeutas

Art. 34.º—1. O ingresso na carreira de técnicos terapeutas faz-se por concurso documental, pelos graus 1 e 3, para os indivíduos habilitados com os respectivos cursos.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Do grau 1 ao grau 2 e do grau 3 ao grau 4, por concurso documental, após, pelo menos, três e dois anos de bom e efectivo serviço;
- b) Do grau 4 ao grau 5, por concurso de provas públicas, após, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço na classe respectiva;
- c) Do grau 5 ao grau 6, por nomeação, sob proposta dos serviços, de entre os profissionais com, pelo menos, três anos de serviço na respectiva classe, classificado de *Muito bom*.

SECÇÃO X

Carreira de técnicos de serviço social

Art. 35.º—1. O ingresso na carreira de técnicos de serviço social faz-se por concurso documental, pelos graus 1 e 3, para os indivíduos habilitados com os respectivos cursos.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Do grau 1 ao grau 2 e do grau 3 ao grau 4, por concurso documental, após, pelo menos, respectivamente, três e dois anos de bom e efectivo serviço;
- b) Do grau 4 ao grau 5, por concurso de provas públicas de apreciação e discussão do currículo, após, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço na classe respectiva;
- c) Do grau 5 ao grau 6, por nomeação, sob proposta dos serviços, de entre os profissionais com, pelo menos, três anos de serviço na respectiva classe, classificado de *Muito bom*.

Art. 36.º O ingresso na categoria de técnico inspector de serviço social (grau 7 dos serviços centrais) efectua-se por escolha, de entre os profissionais do grau 6 com, pelo menos, dois anos de serviço na categoria respectiva.

SECÇÃO XI

Carreira de técnicos auxiliares de laboratório

Art. 37.º — 1. O ingresso na carreira de técnicos auxiliares de laboratório faz-se, por concurso documental, pelo grau 1, para os indivíduos que, com o 2.º ciclo dos liceus ou equivalente, possuam a habilitação de um curso especial de preparadores, e pelo grau 3, para habilitados com o 3.º ciclo dos liceus ou equivalente, ou preparadores de 1.ª classe com, pelo menos, cinco anos de serviço.

2. É permitido o ingresso directo pelo grau 5 a indivíduos com curso superior adequado e, pelo menos, um ano de prática profissional contínua e experiência comprovada.

3. As normas aplicáveis à apreciação do currículo dos candidatos a que se refere o número anterior serão as constantes do regulamento do Instituto Nacional de Saúde.

4. No caso de o concurso a que se refere o n.º 1 ficar deserto ou de não haver candidatos em número suficiente para o preenchimento dos lugares do grau 1 ou do grau 3, poderão estes ser preenchidos, respectivamente, por indivíduos com o 2.º ciclo e com o 3.º ciclo dos liceus ou equivalente ou preparadores de 1.ª classe com, pelo menos, dois anos de serviço, mediante concurso com prestação de provas teóricas e práticas.

5. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- c) Do grau 3 ao grau 4, por concurso documental, após, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço;
- b) Do grau 2 ao grau 3, por concurso com prestação de provas, de entre os preparadores de 1.ª classe com, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço nessa classe;
- c) Do grau 3 ao grau 4, por concurso documental, após, pelo menos, três anos de bom e efectivo serviço na classe;
- d) Do grau 4 ao grau 5, por concurso com prestação de provas de aptidão profissional.

SECÇÃO XII

Carreira de técnicos auxiliares sanitários

Art. 38.º — 1. O ingresso na carreira de técnicos auxiliares sanitários faz-se, por concurso documental, de entre candidatos aprovados num curso de agentes sanitários.

2. O acesso far-se-á, quanto a cada grau, por selecção dos profissionais do grau imediatamente inferior e de acordo com o seguinte:

- a) Do grau 1 ao grau 2, por concurso documental, de entre os profissionais com, pelo menos, dois anos de bom e efectivo serviço;
- b) Do grau 2 ao grau 3, de entre os profissionais com as habilitações mínimas correspondentes ao 2.º ciclo dos liceus ou equivalentes, aprovados num curso de fiscais sanitários.

3. Quando não haja candidatos do grau 2 em número suficiente para o preenchimento das vagas correspondentes ao grau 3, poderão ser admitidos em lugares deste grau, por concurso documental, os indivíduos que possuam a habilitação mínima do 2.º ciclo dos liceus ou equivalente e hajam sido aprovados num curso de fiscais sanitários, preferindo os que estejam providos em lugares de grau 1.

SECÇÃO XIII

Condições exigíveis para o ingresso e acesso

Art. 39.º — 1. Os cursos especiais exigíveis para o ingresso ou acesso nas carreiras, nos termos do presente diploma, são os referidos nos números seguintes.

2. Os cursos de saúde pública nos n.ºs 3 a 6 e nas alíneas b) e c) do n.º 7 do artigo 6.º, no n.º 4 do artigo 8.º e nas alíneas b) do n.º 1 e a) do n.º 2 do artigo 10.º serão, no geral, com a duração de, pelo menos, um ano, ou de especialização, a este equiparado, e o intensivo, com a duração de, pelo menos, três meses.

3. A habilitação do curso geral é conferida pela Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e a do curso intensivo por esta Escola e pelo Instituto Nacional de Saúde.

4. Consideram-se equiparados aos cursos de saúde pública os de medicina sanitária professados no Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e nas Faculdades de Medicina do Porto e de Coimbra, bem como os ministrados no País ou no estrangeiro a que a Direcção-Geral de Saúde reconheça idoneidade.

5. O curso de auxiliares de enfermagem referido na primeira parte do n.º 1 do artigo 30.º e na primeira parte do n.º 1 do artigo 32.º é o professado nas escolas de enfermagem oficialmente reconhecidas.

6. O curso geral de enfermagem referido na segunda parte do n.º 1 do artigo 30.º e na segunda parte do n.º 1 do artigo 32.º é o professado nas escolas de enfermagem oficialmente reconhecidas.

7. Os cursos de enfermagem de saúde pública referidos no n.º 1 e na alínea b) do n.º 2 do artigo 30.º são os professados na Escola de Enfermagem de Saúde Pública.

8. O curso de auxiliares de saúde pública referido na primeira parte do n.º 1 do artigo 30.º é professado no Instituto Nacional de Saúde, na Escola de Enfermagem de Saúde Pública ou nos centros de saúde distritais.

9. O curso referido na alínea d) do n.º 2 do artigo 30.º é ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical.

10. Os cursos referidos nas alíneas b) do n.º 1 do artigo 31.º, f) e g) do n.º 2 do artigo 32.º e b) do n.º 1 do artigo 33.º são ministrados na Escola de Ensino e Administração de Enfermagem.

11. O curso referido na alínea b) do n.º 2 do artigo 32.º é professado nas escolas de enfermagem oficialmente reconhecidas.

12. Os cursos de técnicos terapeutas referidos no artigo 34.º são os reconhecidos oficialmente pela Direcção-Geral dos Hospitais.

13. Os cursos referidos no artigo 35.º são os das escolas de serviço social oficialmente reconhecidas pela Direcção-Geral da Assistência Social.

14. O curso especial de preparadores referidos no n.º 1 do artigo 37.º é professado no Instituto Nacional de Saúde.

15. O curso referido no n.º 1 do artigo 38.º é professado no Instituto Nacional de Saúde ou nos centros de saúde distritais.

16. O curso referido na alínea b) do n.º 2 e no n.º 3 do artigo 38.º é professado no Instituto Nacional de Saúde.

17. O disposto no presente artigo não prejudica a possibilidade de o Ministro determinar que os cursos dependentes do Ministério da Saúde e Assistência se realizem em estabelecimentos diferentes dos enumerados, quando essa medida se mostre conveniente para assegurar a melhor prestação do ensino.

Art. 40.º Os médicos com habilitações pós-licenciatura obtida no estrangeiro e devidamente reconhecidas pela Direcção-Geral dos Hospitais podem ser admitidos, consoante essas habilitações, aos concursos para qualquer grau da carreira hospitalar por despacho ministerial, sob proposta do director do hospital a que respeite o ingresso, com parecer favorável da Comissão Médica dos Hospitais Gerais.

Art. 41.º Os indivíduos com preparação profissional adquirida em serviços nacionais ou estrangeiros e devidamente reconhecida, consoante os casos, pelas Direcções-Gerais de Saúde, dos Hospitais ou da Assistência Social, podem ser admitidos aos concursos para os graus das carreiras correspondentes às habilitações que possuam, mediante despacho ministerial, ouvida a direcção-geral competente.

CAPÍTULO III

Provisamento dos lugares e regime de serviço

Art. 42.º O provimento dos lugares das carreiras é feito de harmonia com o disposto no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, salvo quanto à conversão em definitivo do referente aos lugares da carreira médica hospitalar não pertencentes aos quadros permanentes, caso em que os contratos terão a duração que for fixada no respectivo regulamento para cada um dos graus.

Art. 43.º—1. Os lugares das carreiras são, em princípio, exercidos em regime de tempo completo.

2. Entende-se por tempo completo um mínimo de seis horas diárias de trabalho, dividido em dois períodos não inferiores a duas horas.

3. Em casos especiais, poderá o Ministro da Saúde e Assistência autorizar, sob proposta justificada da respectiva direcção-geral, que o regime de tempo completo seja diferente do indicado no número anterior, desde que o dia de trabalho não tenha duração inferior a quatro horas consecutivas e a semana de trabalho duração inferior a trinta e seis horas.

4. Aos inspectores superiores, inspectores, directores de serviço, directores de saúde e delegados de saúde de 1.ª classe, da carreira de saúde pública, é vedado o exercício da clínica livre, excepto, quanto aos últimos, quando se verificarem condições excepcionais de carência local de cobertura médica, reconhecida, para cada caso, por despacho ministerial, sob proposta fundamentada da Direcção-Geral de Saúde.

5. Aos internos do internato de policlínica da carreira hospitalar não é permitido o exercício da clínica livre.

CAPÍTULO IV

Regime de aplicação

Art. 44.º—1. A aplicação das normas sobre graduação, ingresso e acesso nas carreiras, constantes dos artigos 1.º a 38.º, fica condicionada à publicação de quadros dos diferentes serviços ou estabelecimentos.

2. Os referidos quadros serão organizados de harmonia com o presente diploma e com observância dos graus e correspondentes vencimentos, podendo, eventualmente, ser suprimidos os graus que se entenda não terem aplicação ao serviço.

3. As denominações dos diferentes cargos serão as correspondentes a cada grau, de acordo com o disposto no presente diploma, podendo, porém, quando se considere necessário para completa identificação de funções, tais denominações ser acrescidas da conveniente indicação complementar, que constará dos quadros, entre parênteses ou em nota.

Art. 45.º—1. Os graus 2, 3 e 4 da carreira médica de saúde pública, nos serviços locais, terão aplicação apenas nos concelhos onde sejam constituídos centros de saúde.

2. Para assegurar a cobertura médico-sanitária em áreas a que corresponda uma relação médico/habitante inferior a $1/3000$ poderão, porém, independentemente da existência de centros de saúde, ser contratados, com a categoria correspondente ao grau 2, médicos que reúnam os requisitos exigidos quanto a este grau.

Art. 46.º—1. O grau 7 da carreira médica hospitalar será considerado apenas nos hospitais em que a dimensão e complexidade dos serviços justifiquem a organização em departamentos.

2. Nos hospitais distritais, o grau 2 será considerado apenas no caso de disporem de serviços com idoneidade reconhecida para o efeito.

3. A aplicação integral do regime da carreira médica hospitalar regulada pelo presente diploma far-se-á apenas nos serviços que sejam declarados aptos para o efeito por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, sob parecer da Comissão Médica dos Hospitais Gerais, ouvido o Conselho Nacional do Internato Médico e as comissões médicas dos respectivos hospitais, tendo em atenção as condições de funcionamento e o regime de tempo completo.

4. Nos serviços declarados aptos, observar-se-á o seguinte:

- a) Os internos do internato geral passam para o internato de policlínica, ficando sujeitos, sem observância da duração fixada para este, ao disposto no n.º 3 do artigo 12.º;
- b) Os internos do internato complementar, que o desejem, poderão continuá-lo no regime em vigor à data do presente diploma, recebendo no termo do internato, o correspondente certificado, de acordo com o disposto no n.º 7 do artigo 13.º;
- c) Os internos do internato complementar, que assim o preferam, poderão transitar para o internato de especialidades, ingressando no ano correspondente ao do internato complementar;

d) Os graduados manter-se-ão no regime que lhes seja aplicável à data da entrada em vigor do presente diploma, sendo os respectivos lugares extintos à medida que vagarem;

e) Os assistentes ingressarão, por ordem de antiguidade, nos lugares de chefe de serviço constantes dos respectivos quadros e, na falta destes, nos de especialistas dos hospitais;

f) Os directores de serviço manter-se-ão como tais.

5. Os outros serviços, até serem declarados aptos, poderão apoiar a preparação dos internos, embora funcionando em tempo parcial, nos termos do Regulamento Geral dos Hospitais.

6. As regras estabelecidas nas alíneas d), e) e f) do n.º 2 aplicam-se aos serviços não aptos.

Art. 47.º A carreira médica hospitalar nos hospitais escolares e a equiparação e as condições de comunicabilidade com a carreira docente de medicina serão reguladas por decreto conjunto dos Ministros da Educação Nacional e da Saúde e Assistência.

Art. 48.º A equiparação e as condições de intercomunicabilidade dos cargos das carreiras previstas no presente diploma com os das existentes ou a criar, além das referidas no artigo anterior, serão estabelecidas por decreto do Ministro da Saúde e Assistência ou em conjunto com os Ministros interessados.

Os restantes artigos deste decreto (49.º a 52.º) referem-se a disposições gerais, transitórias e finais.

INTEGRAÇÃO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao ser publicada, em 27 de Setembro de 1971, a legislação que definia a política de saúde do País e reorganizava o Ministério da Saúde e Assistência, havia ainda a esperança de que se caminhava no sentido de unificar os serviços de saúde e assistência (segurança) social, e de fazer a integração progressiva da Previdência Social na sua orgânica — a começar pelo sector dos chamados Serviços Médico-Sociais.

Procedeu-se, por isso, ao estudo da legislação correspondente.

O articulado do projecto de decreto-lei, que faria a integração dos Serviços Médico-Sociais nos Serviços de Saúde, data de Setembro-Outubro de 1971 e tinha a redacção que se segue:

Projecto do Decreto-Lei

Nascidos em épocas diferentes e para responderem a necessidades distintas, os sistemas da Saúde e da Previdência Social puderam, durante algum tempo, coexistir sem que entre as suas actuações se verificasse concorrência ou sobreposição.

Apenas as divergências de orientação nos métodos e fins específicos a atingir, relativamente à saúde integral da população, ao manterem-se, fizeram com que os sistemas se fossem distanciando nos nossos dias.

O desenvolvimento do esquema de prestações facultadas pela Previdência Social, designadamente no campo da assistência médica, e o progressivo alargamento da cobertura populacional a seu cargo alteraram, por sua vez, a proporção de benefícios usufruídos pelos grupos abrangidos e não abrangidos da população e as consequentes relações de trabalho com a Saúde.

Esta realidade evolutiva aconselha que no presente se reveja a natureza das respectivas funções e objectivos e a correlativa distribuição de competências — medida que se torna especialmente oportuna quando as condições económico-sociais e as reformas fundamentais, introduzidas no sector da cobertura médico-sanitária, abrem o caminho para a prossecução de uma política unitária de saúde, por meio de um único complexo funcional de serviços devidamente integrados e com a mesma orientação técnica.

Até há alguns anos, com efeito, a Saúde era promovida, em extensão variável mas reduzida, por diversas organizações, para grupos diferenciados de população. Existia, assim, uma clínica livre (durante muito tempo, predominante no conjunto das prestações médicas, e utilizada sobretudo pela população abastada), uma medicina para o trabalhador e familiares a seu cargo (de que se ocupou a Previdência Social, pelos seus Serviços Médico-Sociais, e que visava, sobretudo, reduzir os preços de obtenção de uma assistência médica que, no essencial, se identificava, porém, com a clínica livre) e o que se designava «Saúde Pública» (a que se confiavam funções de uma outra natureza, correspondendo à higiene e a certo tipo de medicina preventiva, as quais incidiam, principalmente, nos grupos populacionais mais atingidos pelas doenças infecciosas e parasitárias ou pelas consequências de estados de insanidade do meio ambiente).

São, hoje, muito diferentes o conceito e os métodos que se consideram adequados à política de saúde para toda a população. Pensa-se, de acordo com eles, que deve promover-se uma «saúde integral», pelo método da vigilância permanente, desenvolvida com ponderação da totalidade dos factores polivalentes determinantes do estado geral de bem-estar físico e psíquico que define a saúde dos indivíduos e colectividades. A prevenção e o tratamento deixam, deste modo, de constituir actividades diferenciáveis, no local e no tempo, para se fundirem numa indissociável ligação, como elos de uma cadeia de serviços integrada, a que há-de corresponder um exercício unitário, que, além disso, atende às coordenadas sociais dos problemas de saúde.

Assim concebida, a Saúde Pública não poderia isolar grupos populacionais a que em exclusivo se destinasse, pois é seu objectivo a generalidade dos indivíduos, qualquer que seja a sua inserção social ou profissional. Um mesmo método — os cuidados médicos gerais — e um mesmo estilo — habitualmente referido pelo termo «medicina compreensiva» — terá de ser, no espírito da «saúde integral», aplicado em todas as actuações da primeira fase de cuidados, independentemente de se dirigirem aos que tradicionalmente recorrem à clínica livre, aos que se encontram cobertos pelo seguro-doença previdencial, ou a quaisquer outros. O mesmo deve acontecer no que diz respeito à fase imediata de cuidados, representada pela rede, harmonicamente organizada, de estabelecimentos hospitalares destinados a internamento de doentes.

Todos os mencionados motivos apontam, portanto, para uma adequada coordenação de actividades que só pode obter-se por integração de serviços.

Foi neste sentido que se orientou já a recente reforma dos serviços públicos de saúde, estabelecida pelo Decreto n.º 413/71, de 27 de Setembro.

A criação do sistema orgânico de cobertura médico-sanitária, com as actividades locais enquadradas pelos Centros de Saúde — como órgãos de actuação directa e de integração de actividades médico-sociais — e a instituição em cada

área, de uma só Autoridade Sanitária — que, apoiada em órgãos de Coordenação encaminhará os diferentes serviços para a desejável unidade de direcção e execução da política de saúde — constituem medidas de que, desde já, procurará retirar-se o maior número possível de resultados funcionais para concretização dos objectivos assinalados a uma política unitária.

Dispondo desses novos meios orgânicos, procurou-se, numa primeira fase de coordenação, um acordo de funcionamento regional aplicado apenas ao sector materno-infantil. Feita esta experiência, pode, agora, tentar-se outro importante avanço, no sentido de coordenar, rapidamente, os Serviços Médico-Sociais da Previdência Social com os Serviços de Saúde, a fim de, em fase imediata, se proceder à sua progressiva integração.

Considerou-se, na verdade, que a base de regionalização, adoptada para organizar tanto os Serviços da Previdência como os de Saúde, conjuntamente com o facto de se verificar correspondência entre as especialidades dos Postos Médico-Sociais e as valências dos Centros de Saúde, tornavam exequível o lançamento imediato de um plano de progressiva fusão desses dois tipos de serviços.

Dá-se, aliás, por este meio, o cumprimento aos comandos que tanto na Lei n.º 2115, de 18 de Junho de 1962 (Bases da Reforma da Previdência) como na Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963 (Bases da Política de Saúde e Assistência) foram inscritos no sentido de se coordenar a Previdência e a Saúde, por forma a conduzir para uma política social devidamente integrada, em que se não verifique o inconveniente de diversidade na orientação e de desnecessárias sobreposições de actividades.

Crê-se que a qualidade da assistência médica melhorará consideravelmente nesta nova base de prestação de serviços, permitindo, pois, quer mais largos benefícios para a população abrangida pela Previdência Social, quer novas perspectivas na acção de saúde pública dirigida em geral a toda a população do País. Não deixará, também, de ponderar-se que a escassez de meios pessoais recomenda soluções que proporcionem a mais produtiva utilização dos profissionais disponíveis — em especial, quanto à medicina e à enfermagem — do mesmo passo que as economias de escala e as poupanças obtidas pela integração de sistemas rasgam possibilidades de mais amplos resultados na ordem do Bem-Estar.

Artigo 1.º — 1. A prestação directa de serviços médicos às pessoas cobertas pelos esquemas de seguro-doença e de seguro-maternidade, da Previdência Social, compete ao Ministério da Saúde e Assistência, nos termos deste decreto-lei e dos diplomas seus complementares.

2. O financiamento das correspondentes actividades, enquanto não for organizado um sistema nacional de saúde unitário, cabe, porém, à Previdência Social pelas Caixas de Previdência e Abono de Família, processando nos termos estabelecidos neste decreto-lei e regulamentos em despacho dos Ministros das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência.

3. Os requisitos de obtenção das prestações directas de serviços médicos são estabelecidos pela Previdência Social, de acordo com a legislação que, na matéria, é aplicável.

Art. 2.º A prestação directa de serviços médicos, a que se refere o artigo 1.º, compreende:

- a) Cuidados médicos primários ou de base, de carácter preventivo e curativo;
- b) Cuidados ou prestações hospitalares de diagnóstico e tratamento médico, cirúrgico e de especialidades.
- c) Cuidados de reabilitação compreendidos nas alíneas a) e b) anteriores.

Art. 3.º Os cuidados médicos primários abrangem:

- a) Medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença;
- b) Consultas médicas do âmbito técnico correspondente às prestadas até à data da entrada em vigor deste decreto-lei, pelos Postos Médico-Sociais das Caixas de Previdência e Abono de Família;
- c) Tratamentos ambulatoriais em relação com os cuidados médicos referidos neste artigo.
- d) Tratamentos que, por sua natureza, não justifiquem o internamento em unidades hospitalares ou o recurso a serviços especializados, a que não hajam de corresponder as consultas hospitalares, referidas nas alíneas b) e c) do artigo 4.º, e que não devam recair na modalidade de tratamento ambulatorio, referida na alínea d) do mesmo artigo;
- e) Outras actividades que a Direcção-Geral de Saúde entenda deverem ser promovidas no âmbito dos programas gerais de saúde pública.

Art. 4.º Os cuidados ou prestações hospitalares abrangem:

- a) O internamento em unidades hospitalares, para diagnóstico e tratamento;
- b) As consultas que precedam o internamento em unidades hospitalares ou dele representem sequência clínica directa;
- c) Outras consultas que, embora não relativas a internamento, o Centro de Saúde competente considere deverem, pelo seu carácter especializado, ser prestadas em unidades hospitalares;
- d) Os tratamentos ambulatoriais, em relação com os serviços referidos nas alíneas b) e c) deste artigo;
- e) Os serviços de urgência.

Art. 5.º — 1. Os cuidados médicos primários são exercidos pelos Centros de Saúde, sob orientação dos serviços competentes da Direcção-Geral de Saúde.

2. Os cuidados ou prestações hospitalares estão a cargo da organização hospitalar, sob orientação dos serviços competentes das Direcções Gerais de Saúde e dos Hospitais.

3. As condições técnicas e administrativas da prestação directa de serviços médicos obedecem à legislação e normas regulamentares aplicáveis aos serviços que dela estão encarregados.

Art. 6.º — 1. Cabe à Direcção-Geral de Saúde apreciar a idoneidade dos Centros de Saúde e seus postos para exercerem a actividade de prestação dos cuidados médicos indicados no artigo 3.º

2. A apreciação da idoneidade prevista no número 1 deste artigo é feita quanto a cada Centro de Saúde e relativamente a cada uma das suas valências, individualmente consideradas.

3. O reconhecimento da idoneidade de cada valência constará de despacho, que será comunicado aos serviços competentes da Previdência Social.

Art. 7.º — 1. Cabe às Direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais apreciar a idoneidade dos hospitais para a prestação dos serviços médicos hospitalares indicados no artigo 4.º

2. A apreciação de idoneidade prevista no número 1 deste artigo é feita quanto a cada hospital e relativamente a cada um dos seus serviços, individualmente considerados.

3. O reconhecimento da idoneidade de cada serviço constará de despacho, que será comunicado aos serviços competentes da Previdência Social.

Art. 8.º — 1. Reconhecida a idoneidade de uma valência de um Centro de Saúde para a prestação de cuidados médicos, considera-se extinta a especialidade equivalente dos Postos Médico-Sociais das Caixas de Previdência e Abono de Família da área correspondente.

2. No caso a que se refere o número 1 deste artigo, os utentes dos Postos Médico-Sociais passarão a recorrer ao Centro de Saúde, onde efectuarão, pelas consultas que desejem, o mesmo pagamento que seria devido ao Posto Médico-Social.

3. As prestações de cuidados médicos, especialmente de carácter preventivo e de vigilância regular, feitas por iniciativa dos Centros de Saúde são, porém, gratuitas, mesmo quando dirigidas aos beneficiários dos esquemas de seguro da Previdência Social.

4. Relativamente a especialidades quanto às quais não existia ainda equivalente valência idónea no correspondente Centro de Saúde, continuarão as respectivas consultas e ser, transitoriamente, efectuadas nos Postos Médico-Sociais, mediante acordo com o Centro de Saúde.

5. Para as consultas a que se refere o número 4 deste artigo, podem os Centros de Saúde encaminhar os seus utentes, que nelas serão assistidos nos termos do acordo referido.

Art. 9.º — 1. Sem prejuízo do regime transitório de funcionamento estabelecido no artigo 8.º, a orientação das actividades dos Serviços Médico-Sociais da Previdência Social, pelo que respeita às prestações directas de serviços médicos referidas nos artigos 2.º a 4.º, fica a cargo da Direcção-Geral de Saúde, desde a entrada em vigor deste diploma.

2. Para execução do número 1 deste artigo, os serviços centrais dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família ficam integrados na Inspeção Superior de Medicina Social, da Direcção-Geral de Saúde, sendo reorganizados no âmbito da Direcção de Serviços de Cuidados Médicos, nos termos de regulamentos a aprovar em portaria do Ministro da Saúde e Assistência.

3. A execução do disposto no número 1 deste artigo, a nível de distrito e de concelho, cabe à respectiva Autoridade Sanitária, assistida pelos correspondentes órgãos de coordenação e sob a orientação coordenadora das Inspeções Coordenadoras.

Art. 10.º—1. Por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, sem cumprimento de quaisquer outras formalidades, e mediante o preenchimento dos requisitos exigidos no diploma aplicável, os profissionais de medicina e de profissões auxiliares da medicina, que prestem serviço nos Postos Médico-Sociais das Caixas de Previdência e Abono de Família, ou nos correspondentes serviços centrais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família, poderão ingressar nas adequadas Carreiras Profissionais de Saúde, directamente nos graus para que se mostrem habilitados.

2. A faculdade estabelecida no número anterior é extensiva a profissionais que não preencham os referidos requisitos à data da entrada em vigor deste diploma, mas os seus efeitos cessarão se tais profissionais não obtiverem as necessárias qualificações até dois anos após a entrada em vigor deste diploma.

3. O pessoal administrativo e auxiliar dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família, ou dos Postos Médico-Sociais das mesmas Caixas, poderá ser colocado em lugares, equivalentes às suas funções, nos quadros do Ministério da Saúde e Assistência, ou ser contratado, nos mesmos termos, por conta de dotações do referido Ministério, aplicando-se-lhe o disposto no número 1 deste artigo quanto à forma e formalidades de ingresso e colocação.

4. Os profissionais de medicina e de profissões auxiliares da medicina e o pessoal administrativo e auxiliar, dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família, ou dos Postos Médico-Sociais das mesmas Caixas, a que não seja aplicado o disposto nos números 1 a 3 deste artigo, poderão continuar a trabalhar nas mesmas condições em que se encontrem à data da entrada em vigor do presente diploma, mas apenas durante um período de cinco anos, findo o qual, se não tiverem sido integrados nos serviços do Ministério da Saúde e Assistência, serão dispensados.

Art. 11.º—1. O financiamento a que se refere o número 2 do artigo 1.º é assegurado nos termos dos números seguintes.

2. A Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família depositará, semestralmente, na Caixa-Geral de Depósitos, em Lisboa, à ordem da Direcção-Geral de Saúde, um montante de financiamento provisório calculado para o semestre imediato.

3. O acerto do financiamento exacto devido pela Federação relativamente a cada ano será feito até 31 de Março do ano seguinte.

4. A determinação dos montantes semestrais, provisórios, e anuais, definitivos, de financiamento constará de despacho conjunto dos Ministros das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, lavrado até 28 de Fevereiro no caso do montante anual e até 31 de Julho no caso do semestral, ouvidos os serviços encarregados do financiamento e da orientação das prestações directas de serviços médicos e na base das percentagens a pagar por empregados e empregadores com destino aos benefícios do seguro-doença.

5. Na falta do despacho previsto no número 3, o montante de financiamento para cada ano equivalerá ao total das contribuições arrecadadas pela Previdência no ano anterior para o fim indicado, acrescido de %.

6. As compensações das divergências de financiamento anual e custos totais calculados para cada exercício, de acordo com o número 3 deste artigo,

são feitas por intermédio (do Tesouro) (da C. G. Depósitos), estabelecendo-se anualmente em 31 de Março o equilíbrio de valores.

Art. 12.º—1. Os acordos celebrados entre a Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família e a Direcção-Geral dos Hospitais, quanto a prestações de serviços médicos hospitalares às pessoas cobertas pelo seguro da Previdência Social, serão harmonizados com o regime legal estabelecido pelo presente diploma, mediante despacho dos Ministros das Corporações e Previdência Social, serão harmonizados com o regime legal estabelecido pelo presente diploma, mediante despacho dos Ministros das Corporações e Previdência Social e da Saúde e Assistência, de que passarão a constar as correspondentes normas.

2. A Direcção-Geral de Saúde estabelecerá com a Direcção-Geral dos Hospitais o modo de financiamento das prestações dos serviços médicos hospitalares, a que se refere o número anterior.

3. Ao pessoal dos serviços centrais dos Serviços Médico-Sociais da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família, ou dos Postos Médico-Sociais das mesmas Caixas, a cujo cargo se encontrem funções relativas à prestação de serviços médicos hospitalares, é aplicável o disposto no artigo 10.º, por acordo entre a Direcção-Geral de Saúde e a Direcção-Geral dos Hospitais, por um lado, e a Previdência Social, pelo outro.

COMEÇO DE ORGANIZAÇÃO DO ESQUEMA DE SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE

Ponderadas as soluções orgânicas e profissionais, em face do panorama dos estabelecimentos e serviços e dos elementos económicos e financeiros (consumo de serviços de saúde, meios disponíveis, investimentos, despesa privada e pública, orçamento e rendimento nacional), e, ainda, do modelo de actividades a fazer funcionar por orientação directa, coordenação ou integração, foram postas em curso algumas tarefas consideradas prioritárias e a levar a cabo dentro dos planos estudados.

Deu-se, assim, início a um grande movimento de actualização das nossas antiquadas estruturas de saúde e de criação doutras indispensáveis nesta época, como primeira fase do estabelecimento duma moderna orgânica de serviços, concebida em função das condições médico-sanitárias e económicas locais e regionais existentes, tendo em conta as suas diferenças e necessidades mais prementes, e das perspectivas de evolução das comunidades e núcleos populacionais, nos aspectos geográfico, económico e de segurança social. Este movimento coordenado começou antes da publicação, em 27 de Setembro de 1971, da legislação fundamental, com a criação de um Gabinete de Planeamento, em 20 de Agosto de 1970, considerado absolutamente indispensável como órgão disciplinador e dinamizador da colheita de elementos e da elaboração de planos, e a instalação de unidades locais de saúde (centros de saúde) nas comunidades em que se dispunha de um mínimo de condições favoráveis para o seu funcionamento experimental, dando assim início ao estabelecimento da rede de serviços locais de cobertura médico-sanitária.

A publicação do Decreto-Lei n.º 102/71, de 24 de Março, permitiu a criação legal regular desses serviços e estabeleceu o seu primeiro regime jurídico tran-

sitório. Na sequência deste diploma, diversas portarias criaram, sucessivamente, vários centros de saúde concelhios e distritais a instalar em seguida, cujo número se aproxima neste momento de 200, tendo sido os primeiros no Minho (Fafe, Guimarães e Vila Verde), numa região em que os índices sanitários eram considerados os piores do País, os quais iniciaram as suas tarefas em 12 de Junho de 1971.

Uma comissão instaladora foi encarregada das múltiplas e complexas tarefas da sua instalação, que incluem obras, recrutamento de pessoal e aquisição de equipamentos, de acordo com o plano de três anos (1971-1973) então elaborado, em que o número anual previsto de centros a pôr em funcionamento seria, respectivamente, de 50, 100 e 150, totalizando no fim do triénio cerca de 300, ou seja um por concelho e um ou mais nas sedes de distrito.

Todos os encargos seriam suportados inicialmente por verbas entretanto previstas na revisão que foi feita em 1970 do III Plano de Fomento, passando depois para o Orçamento. Outros objectivos individualizados, relacionados com a reorganização total dos serviços de luta a tuberculose, o paludismo e a lepra, e com a actualização dos serviços de saúde mental, na base do relatório elaborado ainda no ano de 1970 por um grupo de trabalho de peritos do Instituto de Assistência Psiquiátrica, foram postos em execução nesta primeira fase de trabalhos, mas não tiveram continuação.

Considerou-se ainda que a organização de um sistema de saúde deve ser acompanhada da tarefa simultânea da organização de um *Código de Saúde*, ou *Sanitário*, que reúna a múltipla legislação dispersa sobre relações jurídicas com a saúde, cuja revisão deverá ter em conta o inventário sistemático dessas normas legais e o estabelecimento de soluções que as adaptem à execução da política da saúde, à medida que esta se processar. O esquema deste Código de Saúde compreenderia os seguintes assuntos, distribuídos por sete partes ou títulos, os quais têm sido objecto de trabalho continuado, mas de que se desconhece de momento o estado de adiantamento.

CÓDIGO DE SAÚDE

1.^a Parte — Saúde Pública e Órgãos de Estado Competentes:

- Definição de saúde e fixação dos direitos e deveres dos cidadãos e mais entidades individuais e colectivas;
- Órgãos e serviços de saúde. Atribuições. Organização sanitária do País.

2.^a Parte — Medidas de Acção Sanitária:

- Saúde materno-infantil;
- Saúde pré-escolar e escolar;
- Saúde na idade adulta;
- Saúde na 3.^a idade;
- Alimentação e nutrição;
- Educação para a saúde.

3.^a Parte — Medidas de protecção da Saúde:

- Higiene do meio. Água potável. Eliminação ou evacuação dos excreta e lixos. Urbanismo e habitação (habitat). Piscinas. Praias. Campismo. Poluição (ar, água, solo);
- Higiene e controlo dos alimentos. Alimentos dietéticos;
- Doenças transmissíveis. Saúde dos animais ligados ao homem. Controlo dos vectores;
- Higiene do trabalho. Medicina do trabalho;
- Prevenção dos acidentes;
- Saúde mental;
- Saúde integral da população. Saúde internacional;
- Assistência social (segurança social).

4.^a Parte — Medidas de restabelecimento da Saúde:

- Assistência médica. Cuidados gerais de saúde. Cuidados especializados ao doente;
- Readaptação física, mental e social;
- Controlo dos estabelecimentos de saúde e hidroterapia;
- Controlo das profissões médica e paramédicas;
- Controlo dos estabelecimentos farmacêuticos e dos medicamentos,
- Controlo dos estabelecimentos farmacêuticos e dos medicamentos, drogas e estupefacientes. Toxicomanias e alcoolismo;
- Enxertos, transplantações de órgãos, de tecidos e de partes do corpo.

5.^a Parte — Medidas após a Morte:

- Verificação do óbito. Certificados;
- Cemitérios. Inumações, exumações e transporte de corpos.

6.^a Parte — Disposições complementares:

- Formação e aperfeiçoamento do pessoal de saúde pública;
- Estatísticas demográficas. Estatísticas de saúde. Desenvolvimento da comunidade. Laboratórios de saúde pública.

6.^a Parte — Delitos contra a saúde. Infracções. Sanções. Procedimento legal.

ESTUDO DOS PROBLEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

Numa política concertada de saúde, de âmbito nacional, a investigação científica e o estudo corrente dos problemas a resolver aparece como objectivo essencial de desenvolvimento dos conhecimentos e de avaliação de experiências.

É por demais aparente a necessidade de promover o aumento dos conhecimentos nos diversos ramos da medicina e das ciências conexas, no que se refere à investigação médica de base, e dos problemas de saúde da população,

no que diz respeito à saúde pública. O mesmo acontece quanto à organização das estruturas indispensáveis para assegurar a continuidade e a eficiência das respectivas actividades, procurando o alargamento dos benefícios conseguidos de prevenção e de facilidades de diagnóstico e tratamento.

Neste sentido, a investigação em saúde constitui uma actividade de extensão e profundidade variáveis, cujos resultados interessam e preocupam todos os países civilizados e a todos dizem respeito, dada a característica universal das conquistas da ciência. Naturalmente que pelo interesse e esforços postos na sua organização se sentem responsabilizados os governantes e as elites das sociedades modernas.

Em termos de doutrina e planeamento, a investigação em saúde é de interesse nacional e deveria ser concebida mais em relação com a medicina preventiva do que com a medicina clínica. Esta ao tratar com doentes corresponde já a uma espécie de falha ou insucesso da parte da medicina preventiva, visto traduzir a sua ainda relativa falta de capacidade para evitar as doenças. Mas, nas condições da nossa época, a clínica representa e continuará a representar um campo inesgotável de estudo, de que são de esperar benefícios continuados de grande alcance.

É corrente e útil distinguir três etapas na evolução da medicina, e especialmente da medicina clínica, ao considerar o conhecimento de meios de diagnóstico e da patogénese das doenças:

- a medicina clínica antiga, feita à cabeceira do doente, com meios reduzidos de interpretação (disponíveis ou empregados) — de índole individualista e não organizada;
- a medicina de investigação das causas das doenças, com o estudo etiológico destas — de índole técnica e implicando a instituição de serviços organizados e diferenciados;
- a medicina de investigação multifactorial das doenças nas comunidades — de índole técnico-científica.

Até ao presente, contudo, nenhuma etapa se substituiu inteiramente à precedente.

A medicina deverá ser considerada, ao mesmo tempo, campo de actividades práticas e campo de investigação científica, abarcando cada uma delas sectores diferenciados de intervenção.

Como actividade prática, podem considerar-se-lhe três sectores:

- medicina preventiva e do meio ambiente;
- medicina clínica;
- medicina de reabilitação.

Como actividade científica, individualizam-se-lhe quatro vias de investigação:

- fundamental ou biomédica;
- clínica;
- saúde pública;
- tecnologia médica.

A investigação fundamental, sem relação imediata com fins práticos, procura esclarecer as razões dos fenómenos que interessam à medicina, e a sua organização institucional estende-se por três domínios sem limites estabelecidos: médica, incluindo as disciplinas aparentadas, biológica e sócio-demográfica. Tem uma perspectiva de aplicação a longo prazo e desenvolve-se no campo de algumas disciplinas fundamentais (bioquímica e biofísica, fisiologia, farmacologia, biologia molecular e genética, psicologia e sociologia).

A investigação clínica diz respeito a doentes, isto é, ocupa-se do homem atingido pelas doenças. Utiliza conhecimentos, técnicas e normas fornecidas pelas mais diversas disciplinas, compreendendo:

- métodos físicos, técnicas e instrumentos fisiológicos que têm por fim definir com maior precisão a natureza dos processos mórbidos e melhorar os meios práticos de diagnóstico e tratamento;
- métodos químicos e bioquímicos, incluindo a bioquímica molecular que está na via de descobertas cada dia mais importantes para a explicação dos fenómenos da vida;
- métodos de isolamento e de identificação de organismos e microrganismos causadores de doenças;
- a imunologia, presentemente em fase de grande desenvolvimento com os estudos relativos a doenças de auto-imunidade e às intervenções de transplantação de órgãos, tecidos e células;
- a terapêutica, que depende em larga medida de provas clínicas e está estreitamente relacionada com a farmacologia clínica;
- a epidemiologia, que é um método de investigação clínica, embora na prática, seja mais aplicada à investigação em saúde pública.

A investigação em saúde pública, que adquiriu novo carácter de precisão com os métodos epidemiológico e de pesquisa operacional e que inclui, com a investigação clínica, as investigações ecológicas e etológicas. Apoia-se num sistema moderno de colheita e tratamento de dados, baseado, por sua vez, em métodos estatísticos. Ao pensar em investigação de saúde pública, tem que se considerar que a população é um conjunto de pessoas de todas as idades e distribuídas pelos dois sexos, as quais não podem ser separadas do ambiente em que vivem e com o qual formam uma entidade ecológica. A sua saúde deve corresponder a desenvolvimento harmonioso e natural de todos os indivíduos, em que intervêm três grupos de factores etiológicos desigualmente contribuintes:

- composição genética (genotipo ou genoma);
- factores do ambiente promotores da saúde (factores positivos);
- factores negativos do ambiente (agentes produtores de doença, deficiência de factores promotores de saúde).

A pesquisa operacional procura conhecer os recursos e avaliar o uso que se faz deles, para estudar as alterações qualitativas ou quantitativas que devem sofrer.

A investigação em tecnologia médica tem por objectivo a descoberta de novos medicamentos, o estudo da sua inocuidade e a realização de aparelhagens

aperfeiçoadas, baseadas nos dados mais recentes das ciências físicas e químicas.

O Ministério da Saúde e Assistência pensa, naturalmente, que a investigação no campo da saúde, em ligação com a investigação médica geral que possa ser efectuada por outros departamentos, deve ser rapidamente incrementada e progressivamente integrada nos planos e programas a estabelecer. Para tanto, foi criado um organismo (Instituto Nacional de Saúde) com capacidade para orientar e coordenar no País, dentro de planos estimuladores da investigação e à medida que as condições humanas e técnicas o permitam, a organização de centros ou núcleos de trabalho e a concessão de subsídios e bolsas de estudo a utilizar em serviços nacionais e estrangeiros, com o objectivo da investigação médica e do esclarecimento dos problemas da saúde nacionais.

Dentre os projectos de investigação que a reforma dos serviços e a organização de um sistema unitário de saúde implicavam, relacionados com o conhecimento da saúde da população portuguesa e a avaliação das suas modificações, sobressai o que sob a designação de «Projecto Piloto de Saúde Pública» tinha em vista o alargamento dos poucos dados concretos actuais de que se dispõe no que se refere ao nível real de saúde da população, à importância das várias doenças (tipos, duração, idades atingidas, prejuízos económicos causados) de que sofrem ao longo da vida os portugueses e às condições em que trabalham os serviços de saúde que servem essa população.

Uma versão do programa elaborado para esse estudo, que ainda não teve autorização oficial para o começo de execução e que chegou a ter assegurado o financiamento, é dada a seguir.

PROJECTO PILOTO DE SAÚDE PÚBLICA (1)

PLANO DE ACTIVIDADES

INTRODUÇÃO

1 — Nos planos de estudo e investigação de problemas concretos de saúde da nossa população, decorrentes da definição duma política de saúde e de investigação aplicada, entretanto estabelecida em âmbito nacional (1971), foram considerados prioritários alguns objectivos relacionados com o conhecimento do ESTADO REAL DE SAÚDE E DOENÇA duma população escolhida, no conjunto da sua estrutura etária e social, dos RECURSOS ESPECÍFICOS SANITÁRIOS existentes, sob a forma de serviços organizados e outras disponibilidades, e da UTILIZAÇÃO QUE ESTÁ A SER FEITA DESTES.

Elaborou-se, assim, um programa, constituído por 3 projectos interligados, cobrindo o estudo das condições de saúde, dos recursos em pessoal sanitário e dos meios existentes de satisfação das necessidades apresentadas pela população, que será executado na vigência do IV Plano de Fomento, com suporte financeiro previsto para os dois anos iniciais (1974 e 1975).

(1) Trabalho de colaboração entre o INSA e o Dr. F. das Neves Almeida, director do «Projecto Piloto de Medicina de Massa», do I. A. N. T.

O estudo, com a designação de «Projecto Piloto de Saúde Pública», é, em última análise, um «Programa de Investigação de Sistemas de Saúde», e será feito pelo Instituto Nacional de Saúde (INSA), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), de forma a aproveitar a experiência dos peritos desta organização internacional nos sectores de trabalho em causa. Um acordo prévio foi já estabelecido entre a OMS e o Ministério da Saúde e Assistência (despacho ministerial de 5/5/73).

A avaliação do funcionamento dos serviços de saúde e a escolha entre os meios de acção conhecidos, existentes ou a desenvolver, permitirá fazer medições adequadas das necessidades em face dos níveis de saúde encontrados e prever as modificações aconselháveis a introduzir, para melhorar a eficiência do sistema de saúde.

2 — O programa, nos seus três projectos, está a ser estruturado de forma que todas as observações, obtidas por inquérito sobre o terreno, venham a ser registadas e processadas em termos de informática, com possibilidade de extrapolação directa das conclusões obtidas, para outras áreas ou populações, sem prejuízo de estudos complementares a efectuar para ajustamento destas extrapolações.

A população escolhida para o inquérito abrange os distritos de Braga e de Vila Real, que, sendo limítrofes, apresentam condições de desenvolvimento favoráveis ao estudo, com os objectivos precisos de:

- avaliar o estado de saúde duma população mista, rural e em desenvolvimento industrial rápido, pelo estudo da morbilidade num instante dado, acompanhada nos aspectos relevantes ao longo da duração do inquérito, e, em relação ao passado, no período de vida dos indivíduos que possa ser reconstituído;
- o estudo dos recursos humanos para a saúde, em termos de pessoal de todas as categorias necessário aos serviços, suas disponibilidades e potencialidades;
- a análise da orgânica dos serviços locais de saúde na região em que é feito o inquérito, em nível de sistema completo de saúde, para avaliar os meios existentes, o grau e modo como satisfazem as necessidades da população, as características do seu funcionamento e as alterações quantitativas e qualitativas que precisarão de sofrer.

3 — A responsabilidade directa do plano foi atribuída ao INSA, como órgão executor, em ligação directa com a Direcção-Geral de Saúde e outras entidades interessadas, o qual tem estado a elaborar os respectivos projectos parcelares, na base do aproveitamento do actual «Projecto Piloto de Medicina de Massa», dirigido pelo Dr. Neves de Almeida, para a execução dos inquéritos de campo, nas suas diversas fases, dada a experiência do «Projecto Piloto» em tipos semelhantes de estudo junto das populações.

Este tipo de inquéritos descritivos e operacionais envolve o treino de entrevistadores e de peritos de estatísticas, de pessoal de equipas clínicas móveis, de pessoal administrativo e a coordenação com laboratórios locais e centrais.

4— O trabalho já realizado, entretanto, levou à elaboração dum anteprojecto pormenorizado, que virá a ser completado com instruções técnicas, em que se especificam:

a) Os objectivos do inquérito, as grandes linhas da estratégia a adoptar e a justificação da escolha da população a estudar e dos métodos (clínicos e outros) a utilizar;

b) A população a inquerir, que compreenderá uma amostra primária, da ordem de 10 % da população global (881 571 habitantes), avaliada em 88 000 pessoas de todas as idades e distribuída estatisticamente por todos os estratos, na base da representatividade e uso de métodos de amostragem que a assegurem. Uma amostra secundária, correspondente a 20 % da amostra primária (cerca de 18 000 pessoas), será utilizada para estudos clínicos pormenorizados, e amostras terciárias, de tamanhos variáveis, servirão para estudos especiais que envolvem métodos de diagnóstico muito especializados;

c) A técnica de execução dos estudos, com:

- avaliação no próprio dia, por interrogatório directo, do estado de saúde e das queixas específicas de ordem médica, cirúrgica, psiquiátrica, gravidez e acidentes, e da necessidade de recurso ao médico, aos serviços de saúde e ao hospital (internamento);
- avaliação idêntica para a semana ou semanas anteriores;
- avaliação idêntica para períodos de tempo anteriores, na base de meses ou anos;
- colheita de outros elementos de interesse, relativos a despesas com a saúde e doença, alimentação e rendimentos pessoais;
- coordenação dos dados do inquérito de morbilidade com os dos estudos de recursos humanos e de investigação operacional do sistema de saúde envolvido, de que estão a ser definidos os objectivos individualizados e estudadas as técnicas e meios de execução (variantes aplicáveis aos casos especiais);

d) Distribuição das tarefas no tempo e nas áreas e população consideradas;

e) Meios de execução do inquérito:

- humanos e sua distribuição funcional;
- equipamentos móveis e fixos;
- transportes.

4— A organização do estudo conduzirá à elaboração dum relatório final.

A duração e fases de execução do programa são resumidas em quadro anexo do anteprojecto, sob a forma de PERT, que cobre um período de tempo de cerca de dois anos e meio.

5— Serão, entretanto, organizados um *Conselho Executivo*, constituído por elementos dos Ministérios da Saúde e Assistência, Corporações e Previdência, Educação Nacional e Presidência do Conselho, esta pela Comissão de Planeamento da Região do Norte, e uma *Direcção Executiva*, constituída por director e subdirector, que assumirão as funções de orientação, de aprovação de orça-

mentos e planos de operações, de acompanhamento e resolução das dificuldades técnicas e administrativas surgidas e de criação de ambiente favorável à utilização dos resultados obtidos para a formulação de medidas de política de saúde e tomada de decisões práticas.

I — OBJECTIVOS E MÉTODOS DO PROJECTO PILOTO DE SAÚDE PÚBLICA

Pretende-se em grandes linhas gerais, estabelecer as bases para um planeamento racional e integrado dos Serviços de Saúde. Embora para a fixação daquelas sejam muito importantes os aspectos científicos e o estudo de métodos, julga-se possível, simultaneamente, não só colher experiência em aspectos de aplicação geral, que transcenderão a zona estudada, como ainda proceder ali a uma melhoria marcada nos serviços de saúde.

Os objectivos são portanto:

1) O estudo em moldes científicos dos métodos a utilizar para conseguir o melhor rendimento dos Serviços de Saúde existentes ou a instalar na zona estudada;

2) A elaboração e princípio de implementação de um plano integrado de saúde pública permitindo o maior rendimento possível para uma determinada despesa;

3) O estudo de técnicas para planeamento de saúde generalizáveis ao país e mesmo internacionalmente.

A nível estratégico os métodos para alcançar estes objectivos são os seguintes:

1) Estudo da morbilidade nos Distritos de Braga e Vila Real;

2) Recenseamento do pessoal de saúde e projecção até 10 anos da oferta e da procura. Pela metodologia aplicada e pelas características de formação e elevada mobilidade do pessoal de saúde o estudo terá que abranger não só os distritos referidos como cobrir praticamente todo o território de Portugal Continental;

3) Análise de sistemas nos Estabelecimentos de Saúde dos Distritos de Braga e Vila Real.

O Projecto Piloto de Saúde Pública constitui na realidade um Programa de análise de sistemas composto por 3 Serviços, cada um deles responsável pelo desenvolvimento de um dos Projectos referidos acima.

Pormenorizam-se seguidamente os métodos tácticos a aplicar em cada um dos Projectos.

1. ESTUDO DE MORBILIDADE

Será efectuado numa amostra probabilística de 10 % da população dos distritos de Braga e Vila Real ou sejam cerca de 88 000 pessoas.

Pretende-se uma amostra representativa, como regra, ao nível de concelho. Na totalidade dos indivíduos da amostra utilizar-se-á uma técnica de entrevista pessoal utilizando o Questionário apenso no Anexo 1.

Em 20 % dos indivíduos entrevistados far-se-á observação clínica efectuando-se um certo número de exames (a pormenorizar no Capítulo Clínicas Móveis) na totalidade dos indivíduos enquanto outros mais complicados ou caros serão limitados a subamostras. Obter-se-á assim informação representativa ao nível concelhio para os elementos necessários à planificação dos Serviços de Saúde. Ao nível distrital ou Zona trabalhada obter-se-á informação sobre problemas sanitários particulares que permitirão uma visão global bastante completa de todas as doenças consideradas importantes pela capacidade real ou potencial de actuação.

Parece de muito interesse, pelas variações previsíveis e pelas implicações que este facto trará na orgânica dos Serviços de Saúde, o estudo das variações estacionais na morbilidade.

O Serviço 1 que empreenderá o estudo de morbilidade será composto pelos seguintes sectores: chefia e secretaria móvel, recenseamento, entrevistadores e 2 Clínicas Móveis.

1.1. *Seleção dos indivíduos a estudar*

A população dos Distritos de Braga e Vila Real era da ordem dos 881 000 habitantes no Censo de 1970. Parece de prever uma diminuição da população de 1970 para cá, particularmente no Distrito de Vila Real e em determinados concelhos do de Braga. 13 dos 28 concelhos existentes naqueles distritos tinham em 1970 menos de 20 000 habitantes. A organização sanitária está estruturada a nível concelho. Parece portanto de interesse que pelo menos em certos aspectos de maior relevo para um planeamento científico, embora em moldes práticos dos Serviços de Saúde, se estude uma amostra representativa ao nível concelhio. Este facto, conjugado com o número relativamente escasso de habitantes numa parte importante dos concelhos, levou à escolha de uma amostra proporcionalmente grande da ordem de 10 % da população. Foram ainda determinantes na fixação da percentagem da população a estudar, outros factores como sejam a necessidade de conhecimento do que se passava com doenças relativamente raras e o papel importante de educação sanitária que pode assumir um trabalho deste tipo nas populações rurais.

A escolha da amostra de famílias a estudar obedecerá em grandes linhas à técnica seguinte:

1.1.1. nas cidades e meios maiores far-se-á pelos serviços do Projecto Piloto o recenseamento e a escolha ao acaso de uma amostra representativa de 10 % da população.

1.1.2. nas freguesias de povoamento muito disperso e em que o Censo dá uma percentagem importante de «isolados» colher-se-á por uma técnica geográfica uma amostra contendo 10 % dos habitantes.

1.1.3. nas restantes localidades escolher-se-á uma amostra probabilística de 10 % das povoações depois de feita, quando necessária, uma estratificação ao nível concelhio.

1.1.4. far-se-á pelos serviços do Projecto Piloto o recenseamento dos indivíduos existentes nas povoações a estudar e o preenchimento do cabeçalho do Questionário 1.

1.1.5. os Questionários preenchidos pelo Serviço de Recenseamento serão remetidos à Secretaria do Serviço 1 (Estudo de Morbilidade). Serão ali numerados sequencialmente.

1.1.6. far-se-á então a escolha de uma subamostra representativa de 20 % para o estudo clínico de rotina.

1.1.7. escolher-se-ão ainda a partir da subamostra para estudo clínico amostras representativas de 3.^a ordem para estudos especiais químicos, imunológicos, virulógicos, bacteriológicos, protozoológicos, pesquisas de vermes, doseamento de vitaminas, etc.

1.2. *Entrevista e preenchimento do Questionário*

Todos os indivíduos pertencentes à amostra (cerca de 88 000) serão entrevistados no domicílio. O pessoal utilizado para este fim será longamente treinado (3 meses) incluindo a preparação trabalho de campo. Utilizar-se-á o Questionário 1 com as modificações que se revelarem aconselháveis, depois do ensaio a que será submetido. O pessoal disporá de um Manual no qual se definirá exactamente o que se entende por cada uma das situações referidas, se concretizarão as definições de tempo e se limitará o conceito de cada uma das doenças estudadas.

Pretende-se obter o Questionário pronto para perfuração: Para isso os entrevistadores registarão um número ou rodearão com uma circunferência a alternativa pertinente em cada caso (ver Questionário). Os números das colunas das fichas de perfuração correspondentes a cada um dos elementos inquiridos serão impressas num «tipo» diferente.

Cada entrevistador interrogará em média 3 famílias por dia, 2 mais pequenas de manhã e uma maior de tarde ou vice-versa.

No fim do interrogatório de cada família o entrevistador conferirá cada um dos questionários preenchidos para verificar eventuais lapsos.

1.3. *«Controle» periférico da colheita de elementos do Inquérito*

Embora, pela prática que a grande maioria dos entrevistadores já possui de trabalhos de massa e pelo intensivo a que vão ser submetidos, seja de prever uma boa qualidade do trabalho realizado, utilizar-se-á um sistema intensivo de «controle» com início à periferia. Assim proceder-se-á na Secretaria Móvel às medidas de «controle» seguintes:

1.3.1. Comparação do número de recenseados em cada povoação com os previsíveis do estudo de tendências a partir dos Censos de 1960 e 1970 os quais serão calculados e fornecidos pelos Serviços Centrais.

1.3.2. Contagem diária dos Questionários entregues por cada um dos entrevistadores e verificação de eventuais defeitos evidentes.

1.3.3. «Controle» cuidadoso de uma amostra aleatória variável entre 10 % e 20 % dos Questionários, colhida ao nível entrevistador. Utilizar-se-ão para a

escolha dos Questionários séries de números de acaso fornecidos pelos Serviços Centrais.

1.3.4. Ao nível Chefia de Serviço 1 (Inquérito de Morbilidade) análise de 3 Questionários por dia. Os Questionários a examinar serão subamostra dos referidos em 1.3.3.

1.4. Clínicas Móveis

As Clínicas Móveis trabalharão, em regra, 1 a 2 dias depois da entrevista deslocando-se às localidades em que isto se revele necessário ou útil, ou assegurando o transporte dos indivíduos a observar à Clínica quando isto pareça mais aconselhável. Quando os indivíduos estejam incapacitados de se deslocar serão observados em casa.

As Clínicas Móveis serão em número de duas e observarão em média cada uma delas 23 pessoas por dia. Disporão de instalações móveis de consultório, RX e laboratório e dos meios de transporte necessários não só à deslocação de pessoal como de doentes (não necessitados de ambulância); utilizarão, como regra, para algumas das suas valências instalações fixas obtidas nos locais de trabalho.

1.4.1. Postos de serviço das Clínicas Móveis.

Em cada uma das Clínicas Móveis existirão os seguintes Postos de Serviço:

- 1.4.1.1. Médico Chefe;
- 1.4.1.2. Secretária do médico — trata-se de uma enfermeira ou auxiliar de enfermagem que preenche parte da história clínica de rotina;
- 1.4.1.3. R.X;
- 1.4.1.4. Electrocardiografia;
- 1.4.1.5. Enfermagem;
- 1.4.1.6. Acuidade visual e audiometria;
- 1.4.1.7. Laboratório;
- 1.4.1.8. Orientação dos indivíduos a examinar e colheita e expedição de produtos.

Os indivíduos a observar entrarão inicialmente em contacto com o posto 1.4.1.8. Na realidade para obter o melhor rendimento das Clínicas Móveis torna-se necessário estabelecer um sistema relativamente complexo de escalonamento de observações de maneira a manter ocupados permanentemente todos ou quase todos os Postos de Serviço.

Os indivíduos a examinar serão portadores de um impresso numerado indicando, quando for caso disso, que pertencem a uma subamostra especial e os produtos para exame de que deverão ser eventualmente portadores. Parte destes serão remetidos directamente pelo Posto 1.4.1.8. para Laboratórios fora das Clínicas onde serão feitas as análises necessárias. Os restantes serão examinados na Clínica Móvel.

Os resultados dos exames e observações efectuados na Clínica Móvel serão registados num impresso próprio o qual será introduzido no Questionário do indivíduo em questão. Questionário e impresso serão remetidos aos Serviços Centrais assim como um duplicado dos pedidos de observação para diagnóstico definitivo por Serviços especializados estranhos ao Projecto Piloto de Saúde Pública. Será aos Serviços Centrais que competirá o registo de análises não efectuadas na Clínica Móvel e dos diagnósticos por especialista feitos noutros Serviços, assim como as diligências necessárias para o conseguir.

Periodicamente funcionarão nas Clínicas Móveis postos de serviço de oftalmologia e otorrinolaringologia para estudo de amostras tendentes a averiguar da prevalência de doença nos sectores daquelas duas especialidades.

Com trabalho orientado a partir das Clínicas Móveis, embora dela independentes no local de funcionamento, existirão ainda os serviços de esclarecimento dos casos suspeitos de doença oftalmológica e de ortopedia para os casos de defeitos físicos. Estas observações, embora remuneradas, programadas e registradas pelo Projecto Piloto de Saúde Pública serão efectuadas noutros Estabelecimentos de Saúde na sede do concelho.

1.4.2. Exames a efectuar nas Clínicas Móveis.

Os exames assegurados pelas Clínicas Móveis podem ser feitos, em princípio, a todos os observados embora nalguns casos com restrições de idade (ligadas a grande dificuldade técnica de os executar em crianças muito pequenas), limitados a determinados grupos populacionais etários ou outros, ou efectuados em amostras terciárias.

1.4.2.1. Exames efectuados em toda a população (com limitações referidas no texto).

Os exames seguintes serão efectuados «em massa» com a excepção dos grupos etários referidos.

1.4.2.1.1. História clínica — os sintomas que poderão assumir interesse como indicadores de grupos de alto risco serão impressos na ficha, perguntados a todos os observados e objecto de código mecanográfico.

Para os restantes elementos da história clínica deixar-se-á um espaço em branco onde o médico registará os dados colhidos.

1.4.2.1.2. Auscultação cardíaca e pulmonar.

1.4.2.1.3. Medição da tensão arterial (idades superiores a 10 anos).

1.4.2.1.4. Electrocardiograma (idade superior a 15 anos) — a leitura final será assegurada por especialistas, em sistema de leitura dupla, com controle triplo quando exista discordância. Na Clínica Móvel utilizar-se-á porém o electrocardiograma para fins diagnósticos imediatos como sejam arritmias, sobrecarga cardíaca nos hipertensos, enfarte de miocárdio, etc.

1.4.2.1.5. Microrradiografia de torax (idade superior a 5 anos) leitura assegurada pela própria Clínica Móvel.

1.4.2.1.6. Determinação da acuidade visual e estrabismo (idade superior a 5 anos).

1.4.2.1.7. Audiometria (população de idade superior a 8 anos).

1.4.2.1.8. Pesquisa de doenças venéreas incluindo serologia da sífilis.

- 1.4.2.1.9. Pesquisa de pediculose e sarna.
1.4.2.1.10. Hematócrito e hemoglobina no sangue e B. M. Test Nitritos e Bililabstix na urina.

1.4.2.2. Exames limitados a certos grupos populacionais.

1.4.2.2.1. Pesquisa do cancro do útero por auto-colheita de secreção vaginal — limitado às mulheres de idade superior a 30 ou 40 anos conforme se conseguir assegurar exames citológicos para algo com 4500 ou 3500 produtos. Está igualmente em estudo a possível utilização de mamografia ou termometria para diagnóstico do cancro de mama em mulheres dos mesmos grupos etários.

1.4.2.2.2. Pesquisa de bacilos acidorresistentes em todos os doentes entrevistados que apresentem expectoração.

1.4.2.2.3. Curva de glicémia com sobrecarga em todos os indivíduos entrevistados com glicose na urina.

1.4.2.2.4. Azotémia com azostix nos indivíduos entrevistados com albumina na urina.

1.4.2.2.5. Pesquisa de albumina em 3 amostras de urina (uma colhida duas horas depois do jantar, 1 ao levantar e 1 duas horas depois) — efectuada somente nos indivíduos com albuminúria no 1.º exame.

1.4.2.2.6. Repetição do B. M. Test-Nitritos e cultura em lâmina nos indivíduos com B. M. Test-Nitritos positivo no 1.º exame efectuado quando do Questionário.

1.4.2.2.7. Nos indivíduos apresentando no Questionário ou na observação Clínica sintomas ou sinais sugestivos de determinadas doenças como seja febre reumática, hepatite, cirrose, far-se-ão provas laboratoriais confirmativas do diagnóstico e actividade do processo como doseamento de antiestreptolisinas, proteína C reactiva, transaminases. Sempre que possível estas determinações serão feitas na Clínica Móvel. Quando se revelem necessárias técnicas de execução mais difícil colher-se-ão somente os produtos sendo as determinações necessárias asseguradas pelo Instituto Nacional de Saúde.

1.4.2.2.8. Análise bacteriológica e pesquisa de protozoários nas fezes dos indivíduos com diarreia. A Clínica Móvel assegura somente a colheita e envio de fezes sendo os exames efectuados no Instituto Nacional de Saúde.

1.4.2.3. Exames limitados a amostras representativas dos indivíduos estudados na Clínica Móvel.

Pretende-se estudar nestas subamostras determinados factores de interesse prático e científico que não se revela viável, por limitações de ordem económica ou de pessoal especializado, efectuar na totalidade dos estudados nas Clínicas Móveis. Aplicar-se-á este método nos exames seguintes:

1.4.2.3.1. Observação por otorrinolaringologista para estimativa do número de indivíduos em cada grupo etário e sexo com doenças do foro da especialidade assim como das necessidades de intervenção cirúrgica.

1.4.2.3.2. Observação por oftalmologista com tonometria para identificação dos casos de glaucoma e outras doenças oculares.

1.4.2.3.3. Determinação de grupos sanguíneos incluindo factor R.h.

1.4.2.3.4. Curva de sobrecarga com glicose, com doseamentos por Destroxid lido por reflectómetro na Clínica Móvel e determinação pelos métodos habituais no INSA.

1.4.2.3.5. Doseamento da ureia no sangue com Azostix e comparação com métodos químicos de doseamento a aplicar em produtos enviados ao INSA.

1.4.2.3.6. Colheita de fezes para exames bacteriológicos, virulógicos e pesquisas de protozoários e de vermes a efectuar no INSA.

1.4.2.3.7. Colheitas de soros para estudos imunológicos a assegurar pelo I.N.S.A.

1.4.2.3.8. Colheitas de exsudado faríngeo para estudos bacteriológicos a assegurar pelo INSA.

1.4.2.4. Estudo em amostra não representativa.

No caso da observação por odontologista parece difícil, pelo menos de momento, assegurar o estudo de uma amostra representativa. Na realidade pensa-se utilizar um odontologista de Saúde Pública, a destacar pela OMS visto se considerar difícil conseguir a nível nacional um estomatologista interessado neste tipo de serviço. Será portanto de prever uma estadia relativamente curta. Este facto poderá forçar ao estudo de uma amostra não representativa da população dos 2 distritos.

Estão-se avaliando as possibilidades operacionais de fazer este estudo independentemente das actividades das Clínicas Móveis o que permitiria com uma estadia não muito longa o exame de uma amostra representativa pelo menos de 1 Distrito.

1.5. *Elementos colhidos da mortalidade*

Além da análise geral dos elementos da mortalidade que permitirão um conhecimento da importância das diferentes doenças como causa de morte, assumirá muito interesse a colheita periódica dos óbitos e causas de morte nos indivíduos pertencentes à amostra. Haverá portanto que montar um sistema pelo qual o Projecto Piloto de Saúde Pública tome conhecimento dos óbitos verificados, cujo registro se fará na própria ficha de Inquérito. Serão colhidos os seguintes elementos: data da morte, causa (lista A) e dias de doença.

1.6. *Elementos a colher do estudo de morbilidade*

A partir das respostas ao Questionário 1 obter-se-ão os elementos seguintes de importância fundamental para um planeamento científico do Serviço Global de Saúde:

1.6.1. Avaliação do estado geral de saúde da população com expressão em percentagens do número de doentes ambulatorios, sem trabalhar e acamados. As respostas ao número 1 do Questionário dão a prevalência de doença num dia, a conjugação com as respostas ao número 7 a incidência previsível.

1.6.2. Estimativa do consumo médico correspondente a diferentes períodos de doença, a entidade que o assegura no momento actual e o local das consultas, e o número respectivo (pergunta 3).

1.6.3. A pergunta n.º 4 destina-se a averiguar a preocupação com a doença. Na realidade o facto de tomar remédios, nos indivíduos doentes que não consultaram médico, implica, como regra, consciência da necessidade de tratamento e será um elemento que permitirá prever a procura quando o médico se torne realmente acessível nas regiões em que isso não sucede actualmente.

1.6.4. Obter-se-ão elementos sobre os aspectos económicos da doença em geral, encarada em função da sua duração, a partir das respostas às perguntas 5 e 6 (conjugadas com 1). Na segunda encaram-se as despesas sofridas pelo doente, na primeira pretende-se uma estimativa dos prejuízos sofridos pela comunidade; da pergunta 1 obtém-se a dimensão tempo.

1.6.5. A partir das respostas às perguntas 9 a 12 e 19 a 23 obtém-se elementos sobre a prevalência conhecida do doente de um certo número de estados patológicos. A partir da duração das diferentes doenças e do conhecimento da mortalidade será possível calcular a incidência respectiva para parte importante das doenças agudas e crónicas estudadas em que esse elemento tenha interesse prático. A confirmação dos diagnósticos pelas Clínicas Móveis e a identificação de doença em casos sem sintomas ou em indivíduos que embora sintomáticos não procuraram o médico permitirá a medição precisa de três variáveis importantes para cada um dos estados patológicos estudados: conhecimento da doença por parte da população, desconhecimento do diagnóstico em casos com sintomas tendo ou não consultado médico, frequência de doença em indivíduos assintomáticos.

1.6.6. Nas perguntas 14 e 15 estudam-se os acidentes e defeitos físicos, elementos igualmente de grande importância prática. No referente a defeitos físicos efectuar-se-á a confirmação por especialista para verificar das possibilidades de solução cirúrgica ou outra.

1.6.7. Nas perguntas 16, 17 e 18 avaliam-se os problemas da audição, da visão e estado mental e na 29 a invalidez permanente para o trabalho. No relativo à audição e visão precisar-se-ão, numa subamostra, os elementos colhidos passando, portanto a dispor-se de informação idêntica à referida no número 1.6.5. No referente à invalidez permanente para o trabalho far-se-á o «controle» da sua realidade pelos médicos das Clínicas Móveis.

1.6.8. Nas perguntas 30 a 37 avaliam-se as necessidades cirúrgicas o que permitirá conhecer a procura, por concelhos, para os tipos mais importantes, separadamente para cirurgia de urgência e outra cirurgia, o local onde se efectuou a intervenção e o seu custo para o doente.

1.6.9. Na pergunta n.º 38 avaliam-se os problemas de assistência dentária. O estudo será complementado pelo exame por odontologista. Do conjunto dos 2 elementos, o que a população «sente» no relativo ao estado dos dentes e do que o odontologista encontrar, será possível equacionar o problema dentário.

1.6.10. A partir da pergunta n.º 39 pretende-se medir o acerto da opinião de um indivíduo não médico, embora com algum treino de lidar com problemas de saúde, sobre a necessidade de consulta médica para um determinado doente. Existindo entrevistadores com o curso de auxiliares de enfermagem e outros que não o possuem será, ainda, possível medir das variações entre estes 2 grupos.

A opinião dos entrevistadores será confirmada pelos médicos das Clínicas Móveis. A estimativa obtida terá muito interesse para o estudo da eventual utilização de pessoal auxiliar não médico nos serviços de saúde.

1.6.11. Da pergunta 40 pretende-se uma estimativa das despesas havidas com a saúde por parte da população no último ano. Avaliam-se ainda das perdas de dias de trabalho para ir à consulta e por doença. Será portanto possível calcular quanto custa à população anualmente a doença e ainda, pela soma a estas despesas do gasto pelos diferentes Estabelecimentos de Saúde (do Estado, da Previdência e particulares), depois de deduzido o recebido dos doentes (com a excepção da Previdência), a despesa suportada pela comunidade no caso geral e para cada tipo de doença estudada. Haverá ainda que acrescentar nos doentes a trabalhar e nos indivíduos com queixas o valor correspondente às baixas de produção decorrentes da doença (pergunta n.º 6).

Este elemento será analisável por nível económico do indivíduo, por idades, etc.

1.6.12. Nas perguntas 42 a 44 pretende-se avaliar fundamentalmente do consumo de medicamentos, da intensidade da medicação, de quem aconselhou os remédios e da despesa decorrente para a população. Da comparação destes elementos, de acordo com os proventos individuais, e existência ou não de Previdência, será possível prever o aumento de despesas neste sector com a melhoria de assistência médica, elevação de nível de vida, e alargamento da Previdência.

1.6.13. Na pergunta 45 pretende-se saber a ideia das populações sobre medicamentos injectáveis e quem os administra. Estes elementos, particularmente o último, poderão ter interesse para o estudo do tratamento «controlado» de doenças crónicas visto permitirem um levantamento de eventuais agentes periféricos para estas e outras medidas sanitárias.

1.6.14. Nas perguntas 46 a 51 pretende-se obter informação sobre a ideia actual da população nas diferentes regiões e estratos económicos e profissionais sobre o internamento hospitalar, o que pensa da assistência médica e a procura efectiva de médico no ano (trata-se de uma quantidade diferente da inquirida na pergunta 3 a qual se refere somente à procura nos indivíduos com sintomas no dia do Inquérito), as necessidades previsíveis de internamento, locais onde é procurado e razões e custo da hospitalização.

1.6.15. Das perguntas 52 a 56 obtém-se informação sobre o capítulo das vacinações visto do lado populacional.

1.6.16. Nos números 57 a 64 obtém-se informações sobre as grávidas, quem lhes presta assistência, se frequentam ou não o Centro de Saúde e quais as razões porque não frequentam, ideias sobre o local e assistência do futuro parto, opiniões sobre necessidade de consulta médica. Estes factores serão comparados quando seja caso disso com o sucedido no último parto (pergunta 61), e analisados em função do número de gravidezes e de filhos vivos. Quantifica-se por fim o custo da assistência conforme a pessoa que a prestou e do internamento. Estes elementos terão o maior interesse para a orientação da assistência à grávida.

1.6.17. Analogamente colhem-se nas perguntas 65 a 71 elementos de importância para a assistência das crianças até aos 5 anos de idade.

1.6.18. A pergunta 72 pretende a avaliação das necessidades sentidas e efectivadas de exames médicos de sanidade. Não serão consideradas as consultas

médicas por disposição legal. Na realidade identificar-se-ão no Estudo de Morbilidades três segmentos populacionais: os sãos, os com sintomas e os doentes. No planeamento racional dos Serviços de Saúde serão encaradas medidas para cada um dos segmentos. Nesta pergunta pretende-se avaliar das necessidades reais e mesmo potenciais decorrentes do desenvolvimento dos Serviços de Saúde em exames médicos a pessoas sãs. Para os outros 2 grupos as necessidades de médico e restante pessoal de saúde serão avaliadas pelas perguntas já feitas (particularmente 1 a 23).

1.6.19. Nos números 27 e 28 e nas perguntas incluídas no número 73 pretende-se avaliar do estado nutricional e alimentar da população.

1.6.20. Nas perguntas 24 e 25 avalia-se do alcoolismo e do grau de tabagismo.

1.6.21. Nas perguntas 74 a 82 colhem-se elementos de identificação, profissão, proventos e capitação.

1.6.22. Na pergunta 83 a existência ou não de seguro de doença.

1.6.23. Nas perguntas 84 e 86 elementos relacionados com a entrevista como sejam o número de visitas necessárias para a conseguir e a causa da sua não efectivação. Na pergunta 85 o endereço do hospital nos indivíduos que foram internados entre o recenseamento e a entrevista a fim de se poder efectuar a visita no hospital.

1.6.24. No número 87 regista-se o óbito, sua causa e a duração da doença antecedendo a morte. Os elementos relacionados com o óbito são de grande importância para o estudo das relações entre incidência e prevalência dos diferentes estados patológicos crónicos.

1.6.25. Além dos elementos já referidos as Clínicas Móveis fornecerão directamente informação sobre os estados patológicos não estudados no Inquérito como sejam doenças venéreas, dermatoses, doenças dos olhos e do foro otorrinolaringológico. Farão ainda a classificação em grandes grupos de todas as doenças encontradas.

1.6.26. Do conjunto dos elementos colhidos do Questionário e da Clínica Móvel será possível, num número importante de doenças, o conhecimento de um elemento da maior importância para o planeamento dos Serviços de Saúde e para a análise de sistemas, a quantificação das relações entre três importantes variáveis:

1.6.26.1. Conhecimento da doença.

1.6.26.2. Frequência da doença entre doentes sintomáticos mas que não consultam médico.

1.6.26.3. Frequência real da doença incluindo doentes assintomáticos.

Será possível a quantificação destes elementos num número importante de doenças das quais citaremos: hipertensão, diabetes, tuberculose, insuficiência renal, anemias, avitaminoses, glaucoma, catarata e cancro do útero (e talvez da mama se se tornar operacional uma técnica para detecção em massa).

1.6.27. Da actividade das Clínicas Móveis em colaboração com o INSA resultará o conhecimento de importantes factores de ordem epidemiológica como sejam:

1.6.27.1. Prevalência da sífilis na comunidade.

1.6.27.2. Prevalência da infecção e doença estreptocócicas e relações respectivas.

1.6.27.3. Estudo dos vírus causadores de infecções respiratórias.

1.6.27.4. Estudo da bacteriologia das diarreias.

1.6.27.5. Estudos imunológicos permitindo o conhecimento retrospectivo da importância de doenças causadas por bactérias e vírus.

1.6.27.6. Doseamento de proteínas e vitaminas no soro.

1.6.27.7. Estudo sobre a prevalência de infestações por vermes e protozoários.

1.6.27.8. Determinação dos grupos sanguíneos incluindo Rh para avaliar da magnitude, possibilidade e custo de actuação na doença hemolítica com esta etiologia.

Tanto estes estudos, como os anteriores, serão feitos com uma sobrecarga mínima dos serviços da Clínica Móvel visto se proceder somente à colheita e envio de produtos, com a excepção única da pesquisa de sífilis que será ali efectuada.

1.6.28. Igualmente de colaboração com o INSA efectuar-se-á a avaliação de algumas técnicas que pela sua economia e facilidade de execução têm o maior interesse em Saúde Pública comparando-as com os métodos clássicos. Pensa-se avaliar o Destrostix lido por reflectómetro para a determinação da glicémia, o Azostix para determinação da urémia e o B. M. Test-Nitritos em comparação com a cultura em lâmina no diagnóstico da infecção urinária.

1.6.29. Estudar-se-á ainda em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde um problema do maior interesse actual dos pontos de vista científico e prático: a determinação dos «perfis» correspondentes a determinados produtos no soro dos indivíduos normais, tentando uma identificação dos valores patológicos. Pelo conhecimento simultâneo das doenças de que sofrem os indivíduos, este estudo poderá ter o maior interesse. Pensa-se utilizar métodos automáticos para efectuar as análises químicas. Existe de momento particular interesse na distribuição de frequências dos valores encontrados para o colesterol e outros lípidos nos casos de arteriosclerose, as suas relações com os valores tensionais, e os níveis em função da idade, estrato social e hábitos alimentares. Podem-se aproximar deste tópico os estudos a efectuar no Projecto Piloto de Saúde Pública sobre o significado clínico da hematúria e albuminúria detectadas em massa e o das alterações electrocardiográficas.

2. ESTUDO DO PESSOAL DE SAÚDE

O factor disponibilidades de pessoal é altamente limitante nos Serviços de Saúde e a sua acção é não só quantitativa mas também qualitativa. Embora algo se possa fazer substituindo pessoal por máquinas, em certos tipos de actividade, as possibilidades práticas são limitadas deste ponto de vista pelo menos a curto e médio prazo. Para fazer a análise de sistemas do Serviço de Saúde é indispensável portanto o estudo aprofundado, dos pontos de vista quantitativo e qualitativo, do pessoal de saúde. Este estudo deverá atender não só à quantidade e qualidade mas ainda à localização geográfica. Deverão ainda colher-se elementos permitindo prever a oferta dos diferentes profissionais de saúde pelo menos durante 10 anos. Para isso será necessário estudar a capacidade de formação real e potencial das Universidades e Escolas existentes. Haverá ainda que pro-

jectar no futuro as tendências verificadas para a localização dos profissionais de saúde nas diferentes regiões do País e analisar as causas a que obedece a sua assimetria, para tentar encontrar soluções para a má distribuição geográfica. Será ainda útil a análise do «curriculum», do tipo de funcionamento e de financiamento dos Estabelecimentos formadores para verificar dos tempos de preparação e custos actuais e possíveis de um profissional de saúde. O primeiro problema a enfrentar será o da definição do conceito de profissional de saúde.

2.1. Definição de pessoal de saúde

Não nos parece um problema muito difícil em Portugal. Na realidade é indispensável em regra, um curso ou prática registrada para a oficialização da profissão. Existem mesmo já definidas Carreiras para parte importante dos profissionais. Estender-se-á por pessoal de saúde, portanto, aquele que tem uma preparação especial (em regra formal, por vezes informal) para o desempenho das funções da saúde. Não se inclui o pessoal que, embora trabalhando em estabelecimentos de saúde, tem uma preparação geral como seja pessoal administrativo não especializado, motoristas, criadas, serventes, contínuos. Um administrador de um estabelecimento de saúde considera-se especializado no sector e deverá ser portanto incluído.

Existe porém uma massa importante de indivíduos que, embora se possam considerar de uma certa maneira profissionais de saúde, visto prestarem assistência a uma parte ao que julgamos não desprezível da população e tirarem da sua actividade proventos que contribuem para a sua manutenção, não são, nem podem ser, legalmente reconhecidos como tal. Parece-nos de interesse, igualmente, obter informação sobre este sector que designaremos por profissionais marginais de saúde.

2.1.1. Pessoal de Saúde em sentido estrito.

Para certos tipos de pessoal de Saúde será legalmente exigida uma preparação longa (incluindo em regra um curso superior), para outros uma preparação média (5.º ou 7.º ano e um curso especial), para outros uma preparação curta (menos que o 5.º ano do liceu e um curso especial mais curto que o anterior). Poder-se-ão portanto considerar três grandes grupos de profissionais de saúde: os licenciados, os técnicos e os auxiliares.

2.1.1.1. Licenciados.

2.1.1.1.1. Médicos.

2.1.1.1.2. Farmacêuticos.

2.1.1.1.3. Administradores sanitários.

2.1.1.1.4. Engenheiros sanitários.

2.1.1.1.5. Serão igualmente de considerar outros licenciados que se começam actualmente a especializar em temas intimamente ligados com a saúde.

2.1.1.1.5.1. Engenheiros e físicos especializados em aparelhagem electrónica e outra hoje largamente empregada pelos serviços de Saúde.

2.1.1.1.5.2. Bibliotecários especializados em assuntos de saúde.

2.1.1.1.5.3. Licenciados com especialização em bioestatística.

Para alguns dos grupos de profissionais acima há que considerar as diferentes especialidades.

Embora não se possam considerar os odontologistas como licenciados julgamos que deverão ser incluídos neste grupo paralelamente com os estomatologistas, atendendo ao facto do seu tipo de actividades se exercer em moldes idênticos, embora mais limitados.

2.1.1.2. Técnicos.

2.1.1.2.1. Enfermeiras.

2.1.1.2.2. Técnicos de laboratório.

2.1.1.2.3. Técnicos de radiologia.

2.1.1.2.4. Dietistas.

2.1.1.2.5. Fisioterapeutas.

2.1.1.2.6. Técnicos especializados em material médico.

Serão igualmente de estudar as diferentes especialidades.

2.1.1.3. Auxiliares.

2.1.1.3.1. Auxiliares de enfermagem.

2.1.1.3.2. Auxiliares de laboratório.

2.1.1.3.3. Fiscais sanitários e agentes sanitários.

2.1.1.3.4. Auxiliares de Saúde Pública.

2.1.1.3.5. Ajudantes de enfermagem.

É natural que existam mais categorias de pessoal de saúde que mereçam estudo pormenorizado. Neste sector seguir-se-á quanto possível o inventário da Direcção Geral de Saúde.

2.1.2. Pessoal marginal de saúde.

Trata-se de um grupo muito heterogéneo cuja composição necessita de ser definida e quantificada. Na realidade existe, mesmo em Organizações Hospitalares, pessoal que desempenha funções de enfermagem e outras de índole sanitária e que não possui qualquer diploma nem possibilidade de o adquirir. Por outro lado existem curandeiros com os mais variados graus de magicismo e «curiosas» que fazem partos. Julgamos necessário o conhecimento das dimensões reais do problema, em meio rural. Na realidade algo se devia fazer pelas pessoas que trabalham em Organizações Sanitárias desempenhando funções de profissionais de saúde e ainda pelos doentes por eles tratados melhorando-lhes a preparação.

A partir do Questionário colher-se-á informação sobre a percentagem de partos realizados por «curiosas» em função das regiões geográficas e das suas características populacionais e económicas. Saber-se-á também qual a frequência relativa da procura de indivíduos não pertencentes ao pessoal de saúde por indivíduos doentes. Os restantes elementos necessários a uma avaliação global do problema serão colhidos pelo pessoal que estuda as Instituições de Saúde e informalmente pelos médicos do Projecto Piloto de Saúde Pública. Na realidade a colheita destes dados deverá ser feita muito discretamente, sob pena de eventual prejuízo dos trabalhos de campo.

2.2. Determinação da existência actual de pessoal de saúde

Para cada uma das profissões de saúde e por especialidades haverá que elaborar um ficheiro no qual se evitarão as duplicações e do qual se passarão para um ficheiro próprio as baixas verificadas.

A informação para cada um dos ficheiros base será obtida a partir dos elementos seguintes:

2.2.1. Ficheiros da Direcção Geral de Saúde e elementos da Direcção Geral dos Hospitais.

2.2.2. Organismos Sindicais.

2.2.3. Listas de pessoal dos Serviços Officiais, Companhias de Seguros, Misericórdias, Previdência, Estabelecimentos Particulares, etc.

2.2.4. Listas de Laboratórios de especialidades farmacêuticas (para médicos).

2.2.5. Informação das autoridades sanitárias sobre os profissionais de saúde exercendo na área respectiva.

2.2.6. Listas de sócios de associações profissionais.

2.2.7. Lista dos telefones classificada.

A partir deste ficheiro, eventualmente completado pelo recurso a outras vias de informação, ter-se-á um conhecimento suficientemente seguro da oferta actual.

2.3. Elementos a colher para cada profissional de saúde

Para todos os profissionais de saúde tentar-se-ão obter os elementos seguintes (com a excepção dos que não sejam pertinentes em determinadas actividades):

2.3.1. Elementos de identificação — nome, sexo, morada, data de nascimento, local de nascimento, estado civil.

2.3.2. Elementos de actividade profissional — local e ano de formatura ou registro, se exerce ou não a profissão, especialidade reconhecida ou oficiosa, funções desempenhadas, tempo perdido em transportes, distribuição da actividade profissional em horas por semana nos grandes sectores seguintes:

2.3.2.1. Manejo directo de doentes.

2.3.2.1.1. Actividade privada.

2.3.2.1.2. Actividade institucional.

2.3.2.1.2.1. Estado.

2.3.2.1.2.2. Previdência.

2.3.2.1.2.3. Misericórdia.

2.3.2.1.2.4. Outros.

2.3.2.2. Ensino.

2.3.2.3. Investigação.

2.3.2.4. Administração.

2.4. Elementos a colher de uma amostra de profissionais de saúde

De uma amostra probabilística de dimensões a determinar de acordo com as dimensões do sector colher-se-ão por inquérito postal ou entrevista, muito provavelmente pelas 2 técnicas, mais as informações seguintes:

2.4.1. Interrupções da actividade profissional. Duração e causa.

2.4.2. Proporção da actividade actual em relação ao máximo. Causas a que obedece a redução.

2.4.3. Horas por semana em actividade privada e doentes assistidos. Horas por semana em actividade institucional e doentes assistidos.

2.4.4. Trabalha em grupo. Composição do grupo. O que pensa do aumento potencial de rendimento com uma modificação da orgânica de trabalho, seja pelo aumento de pessoal auxiliar, seja por modificação das funções de cada um dos profissionais no grupo de trabalho. Qual a orgânica proposta.

2.4.5. O que pensa da fixação em meio rural. Razões das dificuldades existentes. Maneiras de resolver o problema.

2.4.6. Razões de satisfação e insatisfação com a profissão.

2.4.7. O que pensa da actualização da cultural profissional.

2.4.7.1. Revistas de assuntos técnicos.

2.4.7.2. Livros.

2.4.7.3. Cursos de aperfeiçoamento. Duração, local, periodicidade. Cursos frequentados.

2.4.8. O que pensa da formação profissional: cadeiras com ensino insuficiente ou hipersuficiente. Pensa que a duração do curso deveria aumentar ou diminuir. Anos de duração sugeridos.

2.4.9. Tem filhos com a preparação básica para frequentarem já o seu curso. Quantos o estão tirando. Quantos filhos tem. Quais as profissões que gostaria que seguissem.

2.4.10. Profissão do pai do profissional de saúde. Esta pergunta poderá ter interesse para a identificação dos sectores profissionais donde poderão obter-se mais facilmente aumentos de oferta para as Escolas de preparação de profissionais de saúde.

2.5. Projecção futura da oferta de profissionais de saúde

Para efectuar a estimativa futura da oferta de cada um dos tipos de profissionais de saúde revela-se necessário avaliar dos factores tendentes ao seu aumento e diminuição em função do tempo. Como se pretende igualmente tentar influenciar o sistema, no sentido de uma melhor adaptação às necessidades previsíveis, será também indispensável analisar factores ligados com as instituições de preparação e custos de cada um dos cursos.

A análise inicial deverá ser feita à escala País, embora depois de avaliadas as tendências seja útil calcular a evolução da oferta previsível para as diferentes Regiões, distritos e mesmo por vezes concelhos.

2.5.1. No referente ao aumento do número dos profissionais da saúde o factor fundamental será o da capacidade de formação das escolas, embora pareçam também de considerar a imigração (que não julgamos importante) e o retomar da profissão que poderá revestir algum peso no caso das mulheres casadas depois de criados os filhos.

2.5.1.2. A capacidade de formação das Escolas dependerá fundamentalmente dos factores seguintes:

- 2.5.1.2.1. Capacidade respectiva.
- 2.5.1.2.2. Possibilidade de alargamento.
- 2.5.1.2.3. Número anual de candidatos a matrícula, admitidos e rejeitados.
- 2.5.1.2.4. Percentagens de reprovações nos diferentes anos.
- 2.5.1.2.5. Outras causas de abandono do curso.
- 2.5.1.2.6. Duração do curso.
- 2.5.1.2.7. Possibilidades de expansão do corpo docente.
- 2.5.1.2.8. Novas escolas planeadas, dotações e prazos previstos para acabamento. Capacidade respectiva.

2.5.1.3. As tendências de imigração poderão ser avaliadas pela colheita nos ficheiros base dos imigrados por ano. Embora não se trate propriamente de imigração terá que se tentar obter uma avaliação do número de naturais das Províncias Ultramarinas que exercem profissões de saúde na parte continental do País. Na realidade com o funcionamento das Universidades de Angola e Moçambique e o desenvolvimento de outras Escolas para profissionais de Saúde no Ultramar é de prever um fluxo de profissionais de saúde, embora não o consideremos importante nos anos mais próximos. Parece portanto de efectuar um Inquérito nas Escolas médicas do Ultramar para obter informações sobre o que os alunos pensam fazer depois de se formar. Convém ainda obter informações sobre a capacidade real de absorção dos médicos e outros profissionais a formar pelo «mercado» local.

2.5.1.4. O retomar da actividade profissional poderá ser avaliado através da amostra estudada para cada um dos profissionais de saúde (ver 2.4.1.).

2.5.2. Os factores tendentes à diminuição do pessoal de saúde são, fundamentalmente, a morte, a aposentação, o abandono por outras causas da actividade profissional e a emigração.

2.5.2.1. Embora se vão utilizar outras técnicas complementares, como seja tentar obter o número e idades dos óbitos para os médicos e outros profissionais da saúde e daí a esperança de vida profissional e ainda a verificação da proporção de indivíduos que não exercem nos ficheiros base, considera-se como técnica fundamental para uma avaliação deste aspecto o estudo de «cohortes» de formatura nas diferentes Escolas, obtendo-se informação sobre aqueles que não se encontram no ficheiro base através dos colegas respectivos.

2.5.3. A projecção futura da oferta de profissionais de saúde far-se-á para cada actividade e ano somando aos números existentes no ano anterior os correspondentes ao aumento calculado para o ano e deduzindo o número previsto para os factores de diminuição de profissionais. Para a projecção a mais longo prazo ter-se-ão que utilizar extrapolações.

2.5.4. Durante o funcionamento do Projecto Piloto de Saúde Pública far-se-á anualmente uma actualização dos ficheiros recorrendo às técnicas seguintes:

2.5.4.1. Pessoal de saúde constante dos ficheiros — consulta directa dos profissionais, listas de pessoal das Instituições de Saúde, informação fornecida por Organismos Sindicais e Outros.

2.5.4.2. Causas de aumento do número de profissionais — listas de formados por Escolas e registros profissionais. Listas de pessoal de Estabelecimentos empregando profissionais de saúde.

2.5.4.3. No referente às baixas verificadas a informação resultará das técnicas aplicadas acima.

2.6. Procura de profissionais de saúde

No referente à procura haverá que estudar a procura actual e passada (para estudo de tendências) e prever a futura. Parece-nos de considerar na colheita de elementos 4 sectores distintos: clínica privada, casas de saúde particulares, Previdência e no mesmo grupo Estado e pessoas Colectivas de Utilidade Pública Administrativa.

2.6.1. Clínica privada — no referente a este sector trabalhar-se-á fundamentalmente com os elementos colhidos pelo Projecto Piloto de Saúde Pública. Embora se possa tentar avaliar as tendências passadas através dos montantes do Imposto Profissional julgamos que os elementos serão muito pouco seguros.

2.6.2. Para as casas de saúde particulares poder-se-ão já utilizar as tendências passadas e a procura actual de pessoal de saúde.

2.6.3. No relativo à Previdência podem-se igualmente utilizar as tendências passadas e a procura actual. Individualiza-se este grupo pela enorme expansão previsível a curto prazo que obrigará ao emprego de técnicas diferentes do grupo seguinte.

2.6.4. Nos Estabelecimentos de Saúde do Estado e de Entidades por ele mais ou menos controladas, estudar-se-á a procura actual pela soma do pessoal que ali trabalha com as vagas existentes. Parece ainda de interesse avaliar do défice de pessoal separando nos lugares vagos os ainda não postos a concurso, os com candidatos que aguardam formalidades administrativas para a nomeação e finalmente os que postos a concurso ficaram desertos. A evolução da procura no passado pode avaliar-se a partir das alterações dos quadros e nos números de profissionais realmente em exercício.

2.7. Projecção futura da procura de profissionais de saúde

A procura quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde é função da morbidade da população e da estrutura do Serviço de Saúde. A segunda causa influi mais nos aspectos qualitativos.

Os elementos colhidos do Inquérito de Morbidade e da Análise de Sistemas dos Serviços de Saúde permitirão o cálculo das necessidades sentidas e efectivadas no momento. Será a partir destas que se deverá calcular para cada tipo dos profissionais um primeiro valor de procura. Este representará um mínimo podendo ser considerado com um valor basal de procura.

Outra estimativa de procura, esta máxima, será calculada a partir da morbilidade existente aceitando que todas as necessidades profiláticas e relacionadas com a doença seriam tratadas a um nível suficiente para cada um dos concelhos. Este valor será exagerado visto que existem sempre indivíduos que não sentem a necessidade de tratamento ou de medidas profiláticas.

A programação realista, mesmo que não existissem restrições, estaria situada entre os dois valores. A informação colhida do Inquérito de Morbilidade permitirá obter elementos para calcular um programa intermédio ideal correspondendo à soma das necessidades efectivadas e sentidas pela população. Do cálculo do pessoal de saúde necessário para este resultará provavelmente, pelo menos em parte dos concelhos, revelar-se notória deficiência. Será porém um elemento de extrema importância para o planeamento global do Serviço de Saúde visto os problemas de pessoal deverem ser, em Portugal, como de resto provavelmente em todo o Mundo, um dos factores mais fortemente limitantes para o planeamento dos Serviços de Saúde.

2.8. Custo de formação dos profissionais de saúde

Este elemento assumirá muita importância prática. O seu cálculo obedecerá à determinação para cada Escola dos factores seguintes:

2.8.1. Despesas das diferentes Escolas separando formação e aperfeiçoamento do pessoal e quem as suporta, com a eventual discriminação das verbas dispendidas em aspectos manifestamente desligados do ensino.

2.8.2. Número de alunos formados e profissionais frequentando cursos de aperfeiçoamento.

2.8.3. Determinação do custo marginal para cada Escola no caso de aumento no número de profissionais formados.

2.8.4. Custo de profissionais a formar em novas Escolas.

2.8.5. Custo para os alunos — a colher por Inquérito numa amostra probabilística.

2.9. Actuação nas Escolas e junto dos professores

Estudadas a estrutura e curriculum de cada uma das Escolas, os seus objectivos, as técnicas de admissão de alunos, os métodos de ensino e a percentagem de reprovações, poder-se-ia efectuar um Inquérito e reuniões com os professores no sentido de iniciar a implementação dos programas de alterações que porventura possam vir a ser necessários. Nas Faculdades de Medicina estabelecidas há longo tempo parece útil o contacto com os grupos já existentes de professores interessados na renovação do ensino. Nas outras Escolas o trabalho poderá ser mais frutífero e a actuação mais rápida.

2.10. Meios rurais

Além da informação colhida sobre a opinião dos profissionais da saúde quanto à fixação em meios rurais (ver 2.4.) parece de muito interesse o conhecimento da opinião dos alunos das Escolas que preparam pessoal de saúde sobre

o assunto e igualmente a dos professores. Poderá portanto proceder-se do modo seguinte:

2.10.1. Nos inquéritos a efectuar aos alunos além de perguntas sobre despesas com o curso (2.8.) deverão inquirir-se quais as suas opiniões sobre exercício da profissão em meio rural e mesmo sobre se estão dispostos a ali se fixar. Além das perguntas necessárias ao esclarecimento destes 2 pontos aproveitar-se-á o Inquérito para conhecer o que pensam de actividade preventiva, especialização, emigração, actividade privada, relações com outro pessoal de saúde e educação sanitária.

2.10.2. Cobrindo os trabalhos do Projecto Piloto de Saúde Pública os fins de 2 anos lectivos poder-se-ão comparar as respostas positivas sobre fixação rural, com a actuação real facilitando-lhes a colocação nestas condições.

2.10.3. Parece ainda de interesse o conhecimento da opinião dos professores sobre este assunto utilizando o Inquérito referido em 2.9.

2.11. Resultados previsíveis do estudo de pessoal de saúde

Do estudo da oferta e procura futuras do pessoal de saúde virão a resultar diversos modelos, um para cada uma das alternativas propostas para a programação genérica das actividades de saúde (incluindo a de preparação de pessoal). Na realidade o primeiro modelo provisório a elaborar será o da satisfação das necessidades mínimas em todas as regiões.

A partir deste ponto a interacção entre todos os estudos realizados pelo Projecto Piloto de Saúde Pública será tão grande que o problema terá que ser analisado em conjunto.

Embora indispensável, pelo longo período de formação dos profissionais de saúde, a projecção no futuro da oferta e da procura é delicada e sujeita a numerosas causas de erro. Parece portanto de estudar, para cada um dos modelos, as técnicas a aplicar para o reajustamento das previsões em confronto com as realidades, e as eventuais correcções a introduzir quando se não verificarem certos factores determinantes previstos ou quando a sua expressão quantitativa seja marcadamente diferente. Isto pode fazer-se por «simulação» efectuada sobre o modelo, analisando-se no Relatório final as modificações previsíveis quando haja alterações de determinados parâmetros mais importantes.

3. ANÁLISE DE SISTEMAS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Pretende-se da análise de sistemas o estudo do funcionamento interno das Instituições de Saúde assim como das suas relações umas com as outras e ainda com o exterior. O objectivo é a proposta de uma orgânica funcionalmente integrada do Serviço de Saúde que satisfaça o melhor possível as necessidades da população. Como é óbvio os aspectos de custos assumem o maior interesse.

Nos Distritos de Braga e Vila Real existiam em 1971, segundo a publicação «Estatísticas Nacionais de Saúde», 38 hospitais e 301 postos de consulta sem internamento. Pretende-se durante o período do estudo efectuar em todas as

Outra estimativa de procura, esta máxima, será calculada a partir da morbilidade existente aceitando que todas as necessidades profiláticas e relacionadas com a doença seriam tratadas a um nível suficiente para cada um dos concelhos. Este valor será exagerado visto que existem sempre indivíduos que não sentem a necessidade de tratamento ou de medidas profiláticas.

A programação realista, mesmo que não existissem restrições, estaria situada entre os dois valores. A informação colhida do Inquérito de Morbilidade permitirá obter elementos para calcular um programa intermédio ideal correspondendo à soma das necessidades efectivadas e sentidas pela população. Do cálculo do pessoal de saúde necessário para este resultará provavelmente, pelo menos em parte dos concelhos, revelar-se notória deficiência. Será porém um elemento de extrema importância para o planeamento global do Serviço de Saúde visto os problemas de pessoal deverem ser, em Portugal, como de resto provavelmente em todo o Mundo, um dos factores mais fortemente limitantes para o planeamento dos Serviços de Saúde.

2.8. Custo de formação dos profissionais de saúde

Este elemento assumirá muita importância prática. O seu cálculo obedecerá à determinação para cada Escola dos factores seguintes:

2.8.1. Despesas das diferentes Escolas separando formação e aperfeiçoamento do pessoal e quem as suporta, com a eventual discriminação das verbas dispendidas em aspectos manifestamente desligados do ensino.

2.8.2. Número de alunos formados e profissionais frequentando cursos de aperfeiçoamento.

2.8.3. Determinação do custo marginal para cada Escola no caso de aumento no número de profissionais formados.

2.8.4. Custo de profissionais a formar em novas Escolas.

2.8.5. Custo para os alunos — a colher por Inquérito numa amostra probabilística.

2.9. Actuação nas Escolas e junto dos professores

Estudadas a estrutura e curriculum de cada uma das Escolas, os seus objectivos, as técnicas de admissão de alunos, os métodos de ensino e a percentagem de reprovações, poder-se-ia efectuar um Inquérito e reuniões com os professores no sentido de iniciar a implementação dos programas de alterações que porventura possam vir a ser necessários. Nas Faculdades de Medicina estabelecidas há longo tempo parece útil o contacto com os grupos já existentes de professores interessados na renovação do ensino. Nas outras Escolas o trabalho poderá ser mais frutífero e a actuação mais rápida.

2.10. Meios rurais

Além da informação colhida sobre a opinião dos profissionais da saúde quanto à fixação em meios rurais (ver 2.4.) parece de muito interesse o conhecimento da opinião dos alunos das Escolas que preparam pessoal de saúde sobre

o assunto e igualmente a dos professores. Poderá portanto proceder-se do modo seguinte:

2.10.1. Nos inquéritos a efectuar aos alunos além de perguntas sobre despesas com o curso (2.8.) deverão inquirir-se quais as suas opiniões sobre exercício da profissão em meio rural e mesmo sobre se estão dispostos a ali se fixar. Além das perguntas necessárias ao esclarecimento destes 2 pontos aproveitar-se-á o Inquérito para conhecer o que pensam de actividade preventiva, especialização, emigração, actividade privada, relações com outro pessoal de saúde e educação sanitária.

2.10.2. Cobrindo os trabalhos do Projecto Piloto de Saúde Pública os fins de 2 anos lectivos poder-se-ão comparar as respostas positivas sobre fixação rural, com a actuação real facilitando-lhes a colocação nestas condições.

2.10.3. Parece ainda de interesse o conhecimento da opinião dos professores sobre este assunto utilizando o Inquérito referido em 2.9.

3.1. Resultados previsíveis do estudo de pessoal de saúde

Do estudo da oferta e procura futuras do pessoal de saúde virão a resultar diversos modelos, um para cada uma das alternativas propostas para a programação genérica das actividades de saúde (incluindo a de preparação de pessoal). Na realidade o primeiro modelo provisório a elaborar será o da satisfação das necessidades mínimas em todas as regiões.

A partir deste ponto a interacção entre todos os estudos realizados pelo Projecto Piloto de Saúde Pública será tão grande que o problema terá que ser analisado em conjunto.

Embora indispensável, pelo longo período de formação dos profissionais de saúde, a projecção no futuro da oferta e da procura é delicada e sujeita a numerosas causas de erro. Parece portanto de estudar, para cada um dos modelos, as técnicas a aplicar para o reajustamento das previsões em confronto com as realidades, e as eventuais correcções a introduzir quando se não verificarem certos factores determinantes previstos ou quando a sua expressão quantitativa seja marcadamente diferente. Isto pode fazer-se por «simulação» efectuada sobre o modelo, analisando-se no Relatório final as modificações previsíveis quando haja alterações de determinados parâmetros mais importantes.

3. ANALISE DE SISTEMAS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Pretende-se da análise de sistemas o estudo do funcionamento interno das Instituições de Saúde assim como das suas relações umas com as outras e ainda com o exterior. O objectivo é a proposta de uma orgânica funcionalmente integrada do Serviço de Saúde que satisfaça o melhor possível as necessidades da população. Como é óbvio os aspectos de custos assumem o maior interesse.

Nos Distritos de Braga e Vila Real existiam em 1971, segundo a publicação «Estatísticas Nacionais de Saúde», 38 hospitais e 301 postos de consulta sem internamento. Pretende-se durante o período do estudo efectuar em todas as

Instituições de Saúde (I.S.) uma 1.^a análise antes do início dos trabalhos de campo do Inquérito (em média 15 dias/funcionário para I.S. com hospitalização e 7 dias para as restantes) e posteriormente uma 2.^a visita para complementar a colheita dos elementos indispensáveis à análise de sistemas. Parece ainda de interesse a repetição do estudo numa amostra pequena das I.S. a efectuar um ano depois da 1.^a para verificar do sucedido neste intervalo de tempo.

3.1. Métodos operacionais gerais

Para a colheita prática de elementos para a análise de sistemas ter-se-á que considerar como unidade de trabalho a I.S. a qual se subdividirá em Serviços. Não nos parece difícil a identificação desta unidade elementar. Por exemplo numa I.S. teórica que possuísse somente uma consulta externa de medicina, Serviço de R.X. e laboratório seriam de considerar quatro Serviços os três referidos e um administrativo de ordem geral que existirá sempre, embora não individualizado. No Apêndice 2 junta-se uma lista geral provisória de Serviços elementares. Será conveniente manter a mesma numeração e designação dos Serviços seja qual for o tipo de I.S. estudado.

3.2. Estudo dos Serviços de uma I.S.

Definidos os Serviços de uma I.S. há que estudá-los em pormenor. Para cada I.S. quanto maior for o número de Serviços elementares considerados, melhor será o conhecimento do seu funcionamento interno. Haverá porém que limitar a divisão aos Serviços em que seja possível atribuir, com uma objectividade suficiente, custos e tempos a cada um dos actos elementares. Dentro de cada serviço será necessário estudar o seu «in-put» e «out-put», os «arcos» internos por onde se desenvolve a operação ou operações intermediárias, calcular os tempos e custos para cada um dos actos.

3.2.1. «In-put» e «out-put» — permitem-nos avaliar do rendimento do Serviço. A diferença entre um e outro, no caso de não existirem alterações impostas e nenhum deles, permite-nos avaliar da saturação do Serviço. O tempo decorrido entre um estímulo de entrada e o correspondente de saída é igualmente um elemento da maior importância na avaliação do Serviço.

3.2.1.1. No estudo do «in-put» do Serviço interessam inicialmente as eventuais restrições existentes ou pelo contrário as tendências a torná-lo maior que o necessário; no caso de existir qualquer dos factores torna-se indispensável calcular qual o «in-put» que o serviço deveria ter realmente. De qualquer das maneiras há sempre que fazer o estudo quantitativo e qualitativo do «in-put», assim como da sua proveniência (outros Serviços da I.S. Serviços de outras I.S. ou exterior).

3.2.1.2. Na análise do «out-put» interessa o estudo inicial de eventuais restrições e da sua causa quando existam, o estudo da demora entre «in-put» e «out-put», quantidade, qualidade e destino do «out-put» (igualmente dentro e fora da I.S.).

3.2.1.3. Consideraremos nos Serviços 4 famílias de arcos fundamentais: a de pessoal, a de equipamento, a de produtos de consumo e a de instalações. Ter-se-á em regra que fazer a análise para cada um dos arcos elementares; por exemplo na família de arcos de pessoal colher separadamente elementos relativos ao médico, à enfermeira, etc. Os elementos a colher para as diferentes tarefas executadas são os seguintes, para cada um dos arcos elementares:

3.2.1.3.1. Tempos gastos e custos potenciais e reais.

3.2.1.3.2. Grau de saturação potencial e real.

3.2.1.3.3. Métodos de trabalho com vista a simplificação.

3.2.1.3.4. Débito máximo possível nas condições actuais.

3.2.1.3.5. Débito máximo possível com determinadas modificações a sugerir pelo pessoal que trabalha nos Serviços ou pelo do Projecto Piloto de Saúde Pública. Custo das modificações.

3.2.1.4. Parece do maior interesse para a implementação futura das alterações que forem consideradas necessárias, a consulta do pessoal que trabalha nos Serviços, assim como algumas sugestões dadas diplomaticamente, sobre a possível simplificação do serviço.

3.3. Estudo de uma Instituição de Saúde (I.S.)

Individualizados e estudados os Serviços que a compõem e as suas ligações, assim como o «in-put» e «out-put» está definida a I.S.

3.3.1. No «in-put» da I.S. há que tratar separadamente da dependência respectiva, das fontes de financiamento, das disposições legais e dos elementos relacionados com os indivíduos que a procuram. Os dados a colher serão os seguintes:

3.3.1.1. «In-put» quantitativo e qualitativo e sua proveniência, assim como a existência de eventuais restrições ou tendências para um aumento artificial. Cálculo dos valores de «in-put» real quando existam estes factores. Serviços por onde se processa a entrada do «in-put». Variações mensais.

3.3.1.2. Estudo quantitativo e qualitativo do «out-put» assim como do seu destino. Demora entre «in-put» e «out-put» para um terminado estímulo e doentes que permanecem na I.S. durante longos períodos de tempo. Causas respectivas. Serviços por onde se processa o «out-put». Variações mensais.

3.3.1.3. Suficiência quantitativa de Serviços, excesso ou insuficiência.

3.3.1.4. Eficiência das relações entre Serviços e possibilidades de simplificação.

3.4. Estudo dos Serviços de Saúde ao nível distrital

Da integração qualitativa e quantitativa das relações «in-put» «out-put» de todas as I.S. ao nível distrital obter-se-á a informação necessária à análise de sistemas do Serviço de Saúde Distrital e mesmo da Zona estudada. Será portanto

possível definir as alterações a introduzir, prever as suas consequências e analisar os custos.

3.5. *Colheita de elementos para o estudo dos Serviços e das I.S.*

São de prever na 1.^a visita efectuada a cada I.S. dificuldades de certa monta na colheita dos elementos necessários à análise de sistemas. Convém portanto aproveitá-la para, além de obter a informação acessível, ensinar ao pessoal da I.S. técnicas fáceis e seguras de colheita de dados conduzindo ao preenchimento de um impresso que lhe será distribuído para registro dos elementos retrospectivos e do sucedido entre a 1.^a e a 2.^a visita.

Assumirá ainda muito interesse acompanhar os indivíduos que consultam no seu trajecto dentro do I.S. Conseguir-se-á assim sanar as inevitáveis deficiências e distorções na informação obtida nos Serviços. Os elementos assim colhidos (factor determinante de deslocação à I.S., Serviços visitados, cálculo de tempos, material gasto, despesas havidas para o doente, etc.) serão registados numa ficha individual. Esta será preenchida para todos os indivíduos que procuram a I.S. nos estabelecimentos de pequeno movimento e para uma amostra nos restantes. O pessoal da I.S. terá completo conhecimento da sua utilização, sendo com ele discutidos os pormenores do preenchimento, evitando-se, na medida do possível, os aspectos de fiscalização mais ou menos secreta.

Os elementos base para a análise de sistemas serão colhidos nos 4 impressos seguintes:

3.5.1. Impresso da I.S. — a preencher pelo pessoal do Projecto Piloto.

3.5.2. Impresso de Serviço — a preencher pelo pessoal do Projecto Piloto.

3.5.3. Ficha individual do doente — a preencher pelo pessoal do Projecto Piloto.

3.5.4. Impresso a preencher pelo pessoal da I.S. contendo informações retrospectivas e as correspondentes ao sucedido entre as 2 visitas.

3.6. *Análise de sistemas e resultados previsíveis*

Os elementos colhidos permitirão a análise do Sistema de Saúde na região estudada, empregando métodos científicos. Será de prever, da implementação do esquema resultante, a dessaturação de grande parte dos Serviços saturados, o aumento de rendimento de muitos outros e uma gestão mais económica. Para os utilizadores parecem seguros: serviços mais rápidos e eficiente, maior economia e menor número de deslocações.

Das modificações propostas, decorrentes da análise de sistemas, deverão resultar disponibilidades importantes de recursos de saúde em determinadas regiões que permitirão uma expansão das actividades existentes ou a efectivação de outras.

Os elementos colhidos sobre consumo de recursos de saúde por acto executado e os métodos de pesquisa operacional utilizados para obter um melhor rendimento dos Serviços serão passíveis de generalização à escala nacional e mesmo internacional, o mesmo sucedendo, pelo menos parcialmente, para os métodos mais gerais que venham a aplicar-se para análise de sistemas.

4. *ANÁLISE INTEGRADA DOS RESULTADOS OBTIDOS*

Analisados os resultados dos 3 Serviços do Projecto Piloto de Saúde Pública fica conhecida a incidência e prevalência das diversas doenças e outros aspectos estudados, analisado o problema de custo da doença para a população e definido quem assegura o diagnóstico e o tratamento, avaliadas as existências de pessoal de saúde e a sua projecção futura (considerando nesta um certo número de possibilidades de actuação determinística sobre a sua composição quantitativa e qualitativa), feita a análise de sistemas e proposta uma orgânica integrada dos Serviços de Saúde mais rendosa seguramente do que a actualmente existente. Estudaram-se e submeteram-se a ensaio técnicas de interesse para estudos do mesmo tipo.

Neste capítulo analisam-se os métodos a aplicar aos dados colhidos no sentido de alcançar os objectivos definidos no princípio deste trabalho.

A problemática da saúde depende da morbilidade e causas suas determinantes e dos recursos sanitários existentes para as enfrentar. Por recursos sanitários entende-se pessoal de saúde, equipamento, artigos de consumo e instalações.

O primeiro passo a dar será uma avaliação dos diferentes problemas da saúde ao nível concelhio e distrital. A técnica proposta neste trabalho permite a análise separada de numerosos problemas de saúde. Permite ainda quantificar para cada um deles as necessidades previsíveis e conhecer as possibilidades existentes. Pode-se assim verificar a suficiência ou insuficiência dos recursos sanitários locais e avaliar os meios indispensáveis à sua solução.

4.1. *Problemas de saúde a analisar*

Para todos os problemas de saúde seguidamente enumerados é possível, através dos elementos a colher pelo Projecto Piloto de Saúde Pública, obter uma quantificação das necessidades existentes e dos recursos de saúde necessários à sua solução, assim como dos existentes localmente para esse fim. Pode-se portanto verificar a suficiência ou insuficiência e calcular os recursos sanitários e dinheiro necessários à sua solução, assim como estabelecer prioridades devidamente documentadas ou optar por soluções parciais, quando seja caso disso.

4.1.1. Estado global de saúde da população — a partir dos elementos colhidos no Inquérito Epidemiológico será possível quantificar ao nível concelhio 6 grupos:

4.1.1.1. Sãos.

4.1.1.2. Indivíduos com queixas mas que não se consideram doentes.

4.1.1.3. Doentes a trabalhar.

4.1.1.4. Doentes que não trabalham, mas não estão acamados.

4.1.1.5. Doentes acamados.

4.1.1.6. Doentes hospitalizados.

Pode-se calcular ainda o número previsível de passagens de uma situação para outra assim como a sobrecarga decorrente, por meses, de cada um dos grupos para os Serviços de Saúde e prever as Instituições de Saúde onde irá recair.

- 4.1.2. Doenças infecciosas (exclui reumatismo agudo, icterícia e diarreia).
- 4.1.3. Reumatismo agudo.
- 4.1.4. Icterícia (interessa hepatite epidémica).
- 4.1.5. Diarreia (determinados grupos etários).
- 4.1.6. Imunizações.
- 4.1.7. Assistência à grávida.
- 4.1.8. Assistência à criança.
- 4.1.9. Nutrição.
 - 4.1.9.1. Hábitos alimentares.
 - 4.1.9.2. Peso e altura (inferior ao normal).
 - 4.1.9.3. Avitaminoses.
- 4.1.10. Alcoolismo.
- 4.1.11. Cirrose.
- 4.1.12. Anemias.
- 4.1.13. Bócio endémico.
- 4.1.14. Tuberculose.
- 4.1.15. Bronquite crónica.
- 4.1.16. Asma.
- 4.1.17. Tumores malignos.
- 4.1.18. Hipertensão.
- 4.1.19. Diabetes.
- 4.1.20. Defeitos físicos.
- 4.1.21. Acuidade visual.
- 4.1.22. Audição.
- 4.1.23. Dentes.
- 4.1.24. Problemas mentais.
 - 4.1.24.1. Atrasados mentais.
 - 4.1.24.2. Doentes mentais.
- 4.1.25. Necessidades previsíveis de hospitalização.
 - 4.1.25.1. Medicina Geral.
 - 4.1.25.2. Cirurgia.
 - 4.1.25.3. Outras.
- 4.1.26. Necessidades pequena cirurgia.
- 4.1.27. Necessidades cirurgia urgência.
- 4.1.28. Necessidades cirurgia sem urgência.
- 4.1.29. Acidentes.
 - 4.1.29.1. Tratados com gesso.
 - 4.1.29.2. Tratados com intervenção cirúrgica.
- 4.1.30. Necessidades otorrinolaringologia.
- 4.1.31. Necessidades oftalmologia.
- 4.1.32. Doenças cardíacas.
 - 4.1.32.1. Angor.
 - 4.1.32.2. Enfarte.
 - 4.1.32.3. Cardiopatias valvulares.
 - 4.1.32.4. Doenças congénitas do coração.

- 4.1.33. Doenças renais.
- 4.1.34. Úlcera gastroduodenal.
 - 4.1.34.1. Operada.
 - 4.1.34.2. Não operada.
- 4.1.35. Hérnia.

4.2. Metodologia a aplicar para análise dos problemas

Será necessário inicialmente definir numericamente a procura para cada um dos problemas de saúde. Posteriormente quantificar a procura em consumo de recursos de saúde (pessoal, equipamento, bens não duradouros e instalações). Comparar depois, aos níveis concelhio e distrital, o consumo previsível com os recursos disponíveis, efectuada a melhoria do funcionamento pela análise de sistemas. Finalmente quantificar em recursos de saúde e em custos a solução mais económica para cada um dos problemas, estabelecer prioridades e finalmente maximizar o rendimento do Sistema Global de Saúde ao nível distrital. Serão de calcular separadamente os aspectos totais e os relativos à procura não satisfeita. O segundo elemento quando comparado com o aumento de rendimento das Instituições de Saúde será na realidade o que interessará em geral.

4.2.1. Definição da procura para cada um dos problemas de saúde.

O Inquérito dar-nos-á elementos que permitem um cálculo bastante preciso de procura actual. Esta não se poderá porém considerar como a procura futura que terá que enfrentar o Serviço Global de Saúde depois de implementadas as medidas resultantes da análise de sistema. Este facto, a «auto-promoção» dos serviços de saúde quando melhoram o seu funcionamento, é de resto sobejamente conhecido. Consideraremos este nível de procura como a procura mínima (só parece previsível a sua utilização num concelho que fique sem médico de repente e no qual se torne necessário assegurar serviços a um nível mínimo na impossibilidade absoluta de melhor solução).

Um outro conceito de procura será o da procura máxima. Entendemos por esta designação a utilização da «Organização de Saúde» pela totalidade dos indivíduos com problemas de saúde. Este conceito embora a aplicar (mesmo assim com algumas correcções) para alguns dos problemas (por exemplo imunizações) não será, em regra, igualmente satisfatório, por exagerado. Na realidade existem indivíduos e isto não é raro, que não procuram solução para os seus problemas de saúde mesmo que o passam fazer gratuitamente e na proximidade da sua residência.

Torna-se necessário definir, portanto, um critério intermediário entre a procura mínima e a procura máxima que será o utilizado para o planeamento dos Serviços de Saúde. No Inquérito introduziram-se perguntas tendentes a avaliar directamente este factor, no caso geral (pergunta 3.^a) e para grupos especiais como sejam as grávidas e as crianças com menos de 5 anos. As conclusões obtidas da análise das respostas, por grupos de idade e sexos, duração da doença, proventos e existência ou não de seguro social, permitirão uma

estimativa bastante boa do aumento da procura resultante da melhoria dos Serviços de Saúde. A estimativa obtida poderá ainda ser comparada com outros 2 elementos indirectos que medem a preocupação do indivíduo com a saúde (perguntas 4 e 47).

Será assim possível uma determinação francamente satisfatória da procura previsível para cada um dos problemas de saúde. Haverá que calcular separadamente a procura satisfeita (indivíduos que tentaram resolver o problema de saúde) e a não satisfeita.

4.2.2. Consumo de recursos sanitários.

A partir dos elementos do Inquérito, dos colhidos no estudo do pessoal de saúde e da análise de sistemas das Instituições de Saúde, será possível quantificar o consumo de recursos de saúde (pessoal, equipamento, material e instalações) correspondentes a uma determinada tarefa de saúde (como seja por exemplo uma vacinação, fazer uma radiografia, etc.). Definindo actividade de saúde como um conjunto de tarefas com um fim específico (por exemplo tratamento ambulatorio) será obviamente possível quantificá-la também. Considerando como política de saúde, perante um determinado problema, um conjunto de actividades a sua expressão quantitativa é também fácil. Referimo-nos aqui não à política geral de saúde a qual se encontra definida por lei, mas sim aos aspectos sectoriais regulamentados pelos Serviços responsáveis pelos diversos problemas de saúde.

Para a quantificação da procura previsível, para um determinado problema, basta multiplicar aquela pelo consumo em recursos de uma unidade de política sectorial de saúde. Como para muitos dos problemas existirão diferentes políticas sectoriais de saúde possíveis, cada uma com consumos próprios de recursos, tornar-se-á necessário quantificá-las todas para verificar da mais aconselhável dentro das restrições existentes. Podem-se ainda avaliar facilmente novas políticas de saúde compatíveis com as realidades locais.

4.2.3. Comparação dos recursos existentes com a procura previsível.

Da análise de sistemas dos Serviços Distritais de Saúde resultarão alterações do seu funcionamento que se traduzirão em muitos dos concelhos por disponibilidades potenciais de recursos de saúde. Dentro da procura previsível existe uma parte (procura mínima) que se encontra já satisfeita. Os recursos de saúde necessários à satisfação da procura restante deverão ser comparados com as disponibilidades ao nível concelhio e distrital.

4.2.4. Serviço de Saúde Distrital de melhor rendimento.

Ao nível distrital torna-se necessário completar o estudo dos recursos necessários à solução de cada um dos problemas de Saúde e do custo respectivo (atendendo primariamente à procura não satisfeita). Conhecida a magnitude dos problemas, o custo e os recursos de saúde indispensáveis às suas soluções, torna-se agora necessário chegar a um esquema que, dentro das restrições existentes,

permita o maior benefício possível. Trata-se portanto de definir prioridades e determinar quais os problemas de saúde que deverão ser abandonados ou quase, em que grau se deverão enfrentar outros e se existem alguns cujo solução total (ou próximo disso) se deva encarar. Com o conhecimento obtido até esta fase e o das realidades será possível definir com certa segurança, os problemas de saúde pertencentes de momento ao 1.º e ao 3.º grupo. Pode-se ainda, recorrendo à pesquisa operacional, conseguir resultados mais seguros e principalmente mais quantitativos para o planeamento.

De qualquer das maneiras, definidas as prioridades e modos de actuação ao nível distrital, há que voltar a analisar os problemas de saúde ao nível concelhio visto poderem existir em certos concelhos recursos suficientes para a solução de determinados problemas de saúde. Quando isto suceda, torna-se necessário rever posteriormente a solução distrital, eliminando da procura não satisfeita a correspondente aos concelhos em que o problema foi resolvido, ou à parte eliminada se a solução foi parcial, e dos recursos disponíveis os consumidos para este fim. Isto pode eventualmente alterar a solução distrital o que requererá nova iteração.

4.3. *Elaboração de um modelo permitindo a maximização dos resultados*

Trata-se de um método que está despertando grande interesse ao nível internacional. Em 1973, o Boletim da Organização Mundial de Saúde publicou um Suplemento dedicado especialmente a um modelo para a aplicação de recursos em planeamento de Saúde Pública referente à tuberculose. O Director Geral da OMS, Dr. Mahler, escreveu a introdução a este Suplemento, demonstrando nela um notável interesse pelo tema em geral.

Para a elaboração de um modelo geral para a melhor utilização de recursos em Saúde Pública, além dos elementos analisados até este momento revela-se necessário definir mais 2 conceitos:

4.3.1. Quantificação do estado de doença.

4.3.2. Quantificação dos benefícios colhidos de uma determinada técnica de actuação sanitária.

Quantificados estes dois aspectos e partindo do restante conhecimento obtido do Projecto Piloto de Saúde Pública parece possível a concretização dos votos expressos pelo Dr. Mahler (Apêndice 3, 4 últimas linhas) no sentido do emprego de métodos mais científicos para a escolha de prioridades em Saúde Pública.

4.3.1. Quantificação do estado de doença.

Pretende-se uma quantificação da doença para aplicação no planeamento de Saúde Pública interessando portanto, fundamentalmente, os aspectos comparativos entre as diferentes doenças. Há que atender ao prejuízo decorrente para o indivíduo e para a sociedade. A técnica a utilizar deverá, se possível, quantificar satisfatoriamente os prejuízos monetários e outras sofridos pelo indivíduo e os decorrentes para a comunidade por motivo de doença. No segundo caso só nos interessam as perdas de produtividade, visto os custos com profilaxia, diagnóstico, e tratamento da doença serem já conhecidos por outras vias.

estimativa bastante boa do aumento da procura resultante da melhoria dos Serviços de Saúde. A estimativa obtida poderá ainda ser comparada com outros 2 elementos indirectos que medem a preocupação do indivíduo com a saúde (perguntas 4 e 47).

Será assim possível uma determinação francamente satisfatória da procura previsível para cada um dos problemas de saúde. Haverá que calcular separadamente a procura satisfeita (indivíduos que tentaram resolver o problema de saúde) e a não satisfeita.

4.2.2. Consumo de recursos sanitários.

A partir dos elementos do Inquérito, dos colhidos no estudo do pessoal de saúde e da análise de sistemas das Instituições de Saúde, será possível quantificar o consumo de recursos de saúde (pessoal, equipamento, material e instalações) correspondentes a uma determinada tarefa de saúde (como seja por exemplo uma vacinação, fazer uma radiografia, etc.). Definindo actividade de saúde como um conjunto de tarefas com um fim específico (por exemplo tratamento ambulatorio) será obviamente possível quantificá-la também. Considerando como política de saúde, perante um determinado problema, um conjunto de actividades a sua expressão quantitativa é também fácil. Referimo-nos aqui não à política geral de saúde a qual se encontra definida por lei, mas sim aos aspectos sectoriais regulamentados pelos Serviços responsáveis pelos diversos problemas de saúde.

Para a quantificação da procura previsível, para um determinado problema, basta multiplicar aquela pelo consumo em recursos de uma unidade de política sectorial de saúde. Como para muitos dos problemas existirão diferentes políticas sectoriais de saúde possíveis, cada uma com consumos próprios de recursos, tornar-se-á necessário quantificá-las todas para verificar da mais aconselhável dentro das restrições existentes. Podem-se ainda avaliar facilmente novas políticas de saúde compatíveis com as realidades locais.

4.2.3. Comparação dos recursos existentes com a procura previsível.

Da análise de sistemas dos Serviços Distritais de Saúde resultarão alterações do seu funcionamento que se traduzirão em muitos dos concelhos por disponibilidades potenciais de recursos de saúde. Dentro da procura previsível existe uma parte (procura mínima) que se encontra já satisfeita. Os recursos de saúde necessários à satisfação da procura restante deverão ser comparados com as disponibilidades ao nível concelhio e distrital.

4.2.4. Serviço de Saúde Distrital de melhor rendimento.

Ao nível distrital torna-se necessário completar o estudo dos recursos necessários à solução de cada um dos problemas de Saúde e do custo respectivo (atendendo primariamente à procura não satisfeita). Conhecida a magnitude dos problemas, o custo e os recursos de saúde indispensáveis às suas soluções, torna-se agora necessário chegar a um esquema que, dentro das restrições existentes,

permita o maior benefício possível. Trata-se portanto de definir prioridades e determinar quais os problemas de saúde que deverão ser abandonados ou quase, em que grau se deverão enfrentar outros e se existem alguns cujo solução total (ou próximo disso) se deva encarar. Com o conhecimento obtido até esta fase e o das realidades será possível definir com certa segurança, os problemas de saúde pertencentes de momento ao 1.º e ao 3.º grupo. Pode-se ainda, recorrendo à pesquisa operacional, conseguir resultados mais seguros e principalmente mais quantitativos para o planeamento.

De qualquer das maneiras, definidas as prioridades e modos de actuação ao nível distrital, há que voltar a analisar os problemas de saúde ao nível concelhio visto poderem existir em certos concelhos recursos suficientes para a solução de determinados problemas de saúde. Quando isto suceda, torna-se necessário rever posteriormente a solução distrital, eliminando da procura não satisfeita a correspondente aos concelhos em que o problema foi resolvido, ou à parte eliminada se a solução foi parcial, e dos recursos disponíveis os consumidos para este fim. Isto pode eventualmente alterar a solução distrital o que requererá nova iteração.

4.3. *Elaboração de um modelo permitindo a maximização dos resultados*

Trata-se de um método que está despertando grande interesse ao nível internacional. Em 1973, o Boletim da Organização Mundial de Saúde publicou um Suplemento dedicado especialmente a um modelo para a aplicação de recursos em planeamento de Saúde Pública referente à tuberculose. O Director Geral da OMS, Dr. Mahler, escreveu a introdução a este Suplemento, demonstrando nela um notável interesse pelo tema em geral.

Para a elaboração de um modelo geral para a melhor utilização de recursos em Saúde Pública, além dos elementos analisados até este momento revela-se necessário definir mais 2 conceitos:

4.3.1. Quantificação do estado de doença.

4.3.2. Quantificação dos benefícios colhidos de uma determinada técnica de actuação sanitária.

Quantificados estes dois aspectos e partindo do restante conhecimento obtido do Projecto Piloto de Saúde Pública parece possível a concretização dos votos expressos pelo Dr. Mahler (Apêndice 3, 4 últimas linhas) no sentido do emprego de métodos mais científicos para a escolha de prioridades em Saúde Pública.

4.3.1. Quantificação do estado de doença.

Pretende-se uma quantificação da doença para aplicação no planeamento de Saúde Pública interessando portanto, fundamentalmente, os aspectos comparativos entre as diferentes doenças. Há que atender ao prejuízo decorrente para o indivíduo e para a sociedade. A técnica a utilizar deverá, se possível, quantificar satisfatoriamente os prejuízos monetários e outras sofridos pelo indivíduo e os decorrentes para a comunidade por motivo de doença. No segundo caso só nos interessam as perdas de produtividade, visto os custos com profilaxia, diagnóstico, e tratamento da doença serem já conhecidos por outras vias.

Na doença em geral há um estado de sofrimento mais ou menos acentuado e que pode ser marcadamente diferente de doença para doença e mesmo de doente para doente. Há ainda uma redução da actividade real ou potencial do indivíduo (a morte ou a invalidez podem-se quantificar bastante precisamente como perda de actividade como se verá posteriormente). A redução da actividade real ou potencial é portanto um factor comum a todos os estados de doença e está altamente correlacionada com o grau de sofrimento e com a gravidade da doença. Na realidade uma doença que provoca sofrimento intenso impede, em regra, a actividade ou diminui-a marcadamente; uma doença grave conduz a perdas de actividade, reais ou potenciais, superiores a uma situação de menor gravidade.

Os prejuízos resultantes para o indivíduo estarão portanto íntima e quantitativamente relacionados com a redução da actividade resultante da doença seja qual for a sua natureza. Do ponto de vista social a redução da actividade será um quantificador quase perfeito. Na realidade basta multiplicá-lo pelo salário para obter a redução da produtividade.

Parece portanto que para fins comparativos a doença se pode exprimir satisfatoriamente pela redução da actividade dela resultante.

A sua quantificação poderá obedecer, em grandes linhas, aos princípios seguintes:

4.3.1.1. Doente a trabalhar = dias de doença \times proporção da redução da actividade (colhida no Inquérito, pergunta 6).

4.3.1.2. Doente ambulatório sem trabalhar = dias de doença.

4.3.1.3. Doente acamado = dias de doença \times (1 + proporção do tempo diário dispendido pela pessoa que o assiste).

4.3.1.4. Invalidez por doença.

4.3.1.4.1. Total = esperança de vida + tempo perdido por terceiros (quando não profissionais de saúde).

4.3.1.4.2. Parcial = esperança de vida (1 - proporção de redução da actividade + proporção de tempo perdido por terceiros).

4.3.1.5. Morte = valor da esperança de vida para idade e sexo do doente.

A quantificação da doença, para fins de planeamento em Saúde Pública, deverá, na nossa opinião, ser feita em dias de perda de actividade. Se for julgada indispensável a quantificação económica dever-se-á multiplicar o número de dias perdidos pelo rendimento médio «per-capita» o que matematicamente equivale à quantificação em dias.

As técnicas habituais, tendentes a conseguir uma aproximação dos valores obtidos multiplicando os dias perdidos por motivo de doença pelos salários dos indivíduos doentes, deverão limitar-se aos estudos de índole económica relativos à diminuição da produtividade decorrente da doença. Sempre que o planeamento da saúde seja integrado num planeamento mais geral esta técnica poderá estar indicada. Poderá mesmo, numa economia totalmente planificada, ser condicionante das verbas globais a conceder ao sector saúde, embora não se deva esquecer que a saúde é um bem em si e que a perda dela seria de adicionar aos prejuízos resultantes da quebra de produtividade. De qualquer das maneiras, quando se trate do estabelecimento de prioridades dentro do sector da saúde

será em nossa opinião de retomar sempre a quantificação em dias. Na realidade a utilização dos valores de perda de produtividade levaria a uma hipervalorização das entidades nosológicas surgindo mais frequentemente nos grupos sociais de maiores proventos e minimizaria os problemas de saúde predominantes nos outros sectores. O escalonamento de prioridades passaria a resultar, não da gravidade intrínseca dos estados patológicos, mas fundamentalmente do extracto social em que surgiam. Por exemplo o factor de ponderação das doenças incidindo predominantemente em crianças e que provocassem escassa mortalidade ou invalidez seria próximo de zero; os problemas de saúde específicos das mulheres e dos velhos receberiam uma quantificação muito inferior à sua gravidade real.

4.3.2. Quantificação dos benefícios colhidos de uma determinada técnica de actuação sanitária.

Consideramos esta quantificação mais delicada do que a anterior, embora esteja subjacente, de uma maneira empírica, como factor determinante de escolha de prioridades em todo e qualquer planeamento de Saúde Pública. Para a sua definição mais precisa revela-se indispensável o recurso à experiência e ainda uma pesquisa bibliográfica exaustiva de trabalhos permitindo avaliar os resultados das diferentes actividades de saúde.

Definida a eficiência de uma técnica de actuação sanitária é relativamente fácil quantificá-la. A quantificação será expressa pela redução no número de dias perdidos por motivo de doença:

4.3.2.1. Medidas profiláticas = casos directamente evitados ou minorados + casos indirectamente evitados — doença provocada pela medida profilática.

4.3.2.1.1. Casos directamente evitados = proporção dos casos de doença evitados \times número de casos previsíveis de doença \times perda média de dias decorrentes da doença. Nos casos em que a profilaxia reduz a gravidade da doença há a acrescentar o número de dias correspondente à menor duração, morte e invalidez cuja estimativa se pode fazer da seguinte maneira: proporção de casos de doença minorados \times número de casos previsíveis de doença \times redução média do número de dias decorrentes da doença. Quando a doença provoca invalidez ou morte parece de fazer separadamente as correcções necessárias.

4.3.2.1.2. Casos evitados indirectamente. Particularmente nas doenças infectocontagiosas o facto de evitar a doença por medidas profiláticas reduz a circulação do agente infeccioso e pode portanto causar uma diminuição na frequência da doença. A estimativa do seu valor pode realizar-se da maneira seguinte: proporção de casos secundariamente evitados \times casos evitados directamente \times duração média da doença. O problema tornar-se-á ligeiramente mais complicado, embora calculável em moldes idênticos, quando se projecte a acção no tempo.

4.3.2.1.3. Doença provocada pela medida profilática — a medida profilática pode em si provocar doença a qual será quantificada como a doença em geral. Será na grande maioria dos casos uma quantidade tão pequena que será de desprezar.

4.3.2.2. Medidas diagnósticas e terapêuticas = efeitos directos + efeitos indirectos favoráveis — efeitos indirectos desfavoráveis.

4.3.2.2.1. Efeitos directos — o tratamento pode curar a doença, reduzir a sua duração, evitar complicações tardias, minorar ou reduzir a invalidez, retardar ou evitar a morte. Em qualquer dos casos o seu valor pode calcular-se do modo seguinte: (perda de dias de actividade decorrente da doença não tratada — perda de dias em doença tratada) \times número de casos diagnosticados e tratados.

4.3.2.2.2. Efeitos indirectos favoráveis — nas doenças infectocontagiosas existirá um efeito indirecto idêntico ao acima referido para a profilaxia e calculável da mesma maneira.

4.3.2.2.3. Efeitos indirectos desfavoráveis — em determinadas doenças, como por exemplo algumas de determinismo genético, embora a acção do tratamento seja nitidamente benéfica para o doente vai dele resultar a reprodução de indivíduos nos quais normalmente isto não sucederia, com a consequente deterioração do património genético das gerações seguintes. Este inconveniente pode-se reduzir marcadamente pelo aborto terapêutico nos casos de genótipo desfavorável, sempre que este possa ser identificado em devido tempo. Quando isto não suceda há que calcular o efeito indirecto desfavorável. Para isso e utilizando métodos já existentes pode-se obter uma estimativa do número de doentes previsíveis por este facto e multiplicá-lo pelo número de dias de perda de actividade decorrente da doença.

4.3.2.3. Reabilitação — o significado respectivo é calculável da maneira seguinte: perda de dias de actividade resultantes habitualmente da doença — perda de dias no reabilitado. Nos casos de invalidez total ou parcial podem-se multiplicar as esperanças de vida pela proporção de recuperação de actividade decorrente da reabilitação.

4.3.3. Pesquisa operacional no planeamento Global do Serviço de Saúde Distrital.

Definidos e quantificados os elementos acima, e já conhecidos os restantes, pode-se elaborar um modelo aplicável ao planeamento do Serviço de Saúde Distrital. Conhecida a morbidade existente e as limitações de pessoal, equipamento, artigos de consumo e instalações, será possível, recorrendo à programação linear ou outros métodos, calcular, para uma determinada despesa, a melhor distribuição dos recursos pelos diferentes problemas de saúde. Modificando a despesa global, ou as restrições, poder-se-á calcular o melhor rendimento possível em diversas eventualidades incluindo a passagem do tempo (aqui será necessário entrar em linha de conta com as modificações previsíveis da composição da população e o aumento de custo dos recursos de saúde). Restringindo o cálculo à procura não satisfeita e às disponibilidades actuais de recursos de saúde será possível definir mais objectivamente as prioridades a estabelecer.

Devemos referir que, no momento actual, os elementos base necessários à quantificação da doença e dos benefícios das técnicas de actuação sanitária são relativamente pouco seguros, numa parte importante dos problemas tratados. No caso da quantificação das doenças estudadas colher-se-á no Projecto Piloto de Saúde Pública informação própria. No referente aos benefícios a prever das técnicas de actuação sanitária grande parte dos elementos base terá que ser

colhida de uma pesquisa exhaustiva da bibliografia. De qualquer das maneiras isto não é um defeito dos métodos de pesquisa operacional. Na realidade no planeamento dos Serviços de Saúde feito por qualquer técnica, mesmo a mais elementar, se tem que fazer uma quantificação embora subjectiva e totalmente empírica das variáveis referidas.

A técnica utilizada permitir-nos-á porém ensaiar, por «simulação», quando existam dúvidas na quantificação, as diversas alternativas possíveis e verificar as modificações resultantes na distribuição dos recursos de saúde pelos diversos problemas.

Os resultados obtidos utilizando o modelo deverão ser analisados realisticamente primeiro à escala distrital e depois à concelhia. Como já referimos, a perspectiva concelhia pode ser marcadamente diferente e poder-se-ão ter que efectuar cálculos em certos concelhos com restrições diferentes das distritais. A seguirem-se prioridades diferentes para um determinado concelho, o que poderá sem imposto por realidades locais da mais variada ordem, ter-se-á que recalcular o modelo distrital. Haverá igualmente interacção marcada entre os resultados obtidos pelo Serviço de Estudo de Pessoal e as restrições do modelo e o mesmo se passará com o Serviço da Avaliação de Sistemas de Saúde Pública. Da «simulação» sobre o modelo podem por sua vez resultar elementos sugerindo uma diferente estruturação de pessoal ou das I.S. Será então de efectuar também «simulação» sobre as estruturas teóricas resultantes dos Projectos respectivos. Se aquela levar a resultados de interesse haverá que trabalhar novamente o modelo com as novas restrições. O emprego de computadores permite que, uma vez estabelecido o modelo, se possam calcular rapidamente um grande número de alternativas. O cálculo das produtividades marginais para as diferentes actividades de saúde assumirá ainda grande importância, como elemento sugestivo das alterações mais frutíferas a introduzir no planeamento global de saúde.

O modelo matemático referido, assim como parte importante das técnicas utilizadas nos Serviços de Morbilidade, Estudo de Pessoal e Análise de Sistemas dos Serviços de Saúde serão aplicáveis à escala nacional e mesmo internacional, embora se deva revelar necessária, por vezes, uma substituição de parâmetros pelos correspondentes às características locais.

II — ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DO «PROJECTO PILOTO DE SAÚDE PÚBLICA»

O Projecto terá uma Direcção Executiva, formada por um Director e um Subdirector. Cada um dos 3 Serviços que o compõem será orientado por um Chefe responsável perante o Director do Projecto e de sua livre escolha.

O programa de pesquisas terá um Conselho Executivo cujas funções principais são as seguintes:

- 1) Representar os interesses e pontos de vista dos diferentes grupos directamente ligados com o estudo e promover a coordenação interinstitucional;
- 2) Aprovar o Plano de Operações e as propostas de orçamento apresentadas pelo Director Executivo;

IV — CONTROLO E AVALIAÇÃO DO TRABALHO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Haverá técnicas de controlo e avaliação constante a diferentes níveis.

No Serviço 1 far-se-á o controlo dos Questionários ao nível Serviço na totalidade dos casos para os aspectos em que se revele mais fácil e numa amostra para determinados elementos.

Ao nível Direcção executiva far-se-á um controlo mais sofisticado numa amostra representativa de tamanho a calcular.

O controlo de rendimentos será feito diariamente para o Serviço 1, mensalmente para o Serviço 2, semanalmente para o Serviço 3.

Mensalmente far-se-á ao nível Direcção-Chefia de Serviços uma avaliação do funcionamento de cada um dos Serviços e dos eventuais avanços ou atrasos sobre o Programa de trabalhos previsto.

Em Fevereiro de 1975 e Fevereiro de 1976 o Director apresentará ao Conselho Executivo um Relatório de Avaliação dos Trabalhos do Projecto.

No referente ao «data-processing» será necessário estabelecer urgentemente contacto com os Serviços respectivos da OMS para verificar da arrumação mais conveniente do questionário, da maneira de introduzir informação no computador e ainda de quem assegura os estádios que seguem a codificação e até qual a forma mais aconselhável para ela. Se se revelasse possível haveria vantagem em tratar em fracções os resultados do Inquérito. Na realidade o prazo de 6 meses proposto pela OMS para tratamento da informação demoraria muito a elaboração do Relatório final, motivo porque se propõem 4 meses para este fim. Isto não obsta a que fosse possível tratar precedentemente parte da informação e portanto aumentar o prazo total destinado a «data-processing».

O Relatório final estará concluído em Julho de 1977.

V — ANEXOS

O documento compreende, ainda, sob a forma de apêndices, o plano de desenvolvimento no tempo dos trabalhos (esquema do tipo PERT), o modelo de inquérito com o questionário de 89 números e cerca de 400 referências, e as instruções de trabalho, em número de 3, e outros textos menores.

CAPÍTULO IV

O PERÍODO INCERTO DO PÓS-25 DE ABRIL

Na véspera do triunfo do Movimento das Forças Armadas, exactamente em 20 de Abril de 1974, o semanário «Expresso» publicou uma longa entrevista com o autor deste livro, sobre a Saúde como problema geral da nossa sociedade e como problema nacional, em que se especificam os aspectos ligados à organização de um sistema nacional de saúde em Portugal, incluindo o cálculo do seu custo, e na qual a censura eliminou algumas passagens.

Poderá ter, aqui, algum interesse lembrar as perguntas então postas, e a suas respostas genéricas, para se conhecer objectivamente a situação do problema naquela época e a necessidade da sua concretização técnico-política em termos duma solução, no interesse imediato do Povo Português.

Pergunta 1. A saúde é considerada na sociedade de hoje uma condição essencial para o bem-estar e o progresso. Mas todos temos a sensação de que, mesmo nos países mais evoluídos, lhe é dedicada ainda pouca atenção, não sendo considerada uma preocupação essencial dos governantes. Como terá de ser encarada pelas novas gerações, para se enfrentarem com êxito os grandes problemas da doença, da incapacidade física e mental e da desadaptação social?

Na resposta acentuou-se:

- que a saúde é o problema número um da humanidade, com relações muito estreitas com a economia moderna, o desenvolvimento e o nível de vida da população;
- que a saúde depende duma série de factores básicos (constituição genética, ambiente, modo de vida e cuidados de saúde), influenciados por factores de superestruturas sociais (educação, economia, medidas político-sociais e investigação);
- que a melhoria da saúde implica um esforço enorme de planeamento e organização de estruturas de serviços próprios, capazes de reunir os recursos existentes e de os aplicar com objectivos predeterminados — o que modernamente se designa por Sistema de Cuidados de Saúde, ou, simplesmente, Sistema de Saúde;
- que a organização de sistemas de saúde adaptados às condições da população aparece, pois, como possível e desejável.

Pergunta II. Quais são os grandes sistemas de cuidados de saúde no Mundo?

Na resposta acentuou-se:

- que no começo da década de 70, os sistemas de saúde se podiam agrupar em modelos: a) inglês ou de medicina organizada sob a forma de Serviço Nacional de Saúde; b) dos países socialistas ou de medicina socializada do Estado; c) de previdência ou de medicina parcialmente organizada para Grupos, baseado no seguro-doença; d) americano ou de medicina liberal integral do tipo lucrativo;
- que se pode avaliar o interesse prático e o mérito social dos sistemas de saúde indicados, comparando-os quanto às seguintes características: a) orientação da política de saúde em que se baseiam; b) grau de organização e modo de distribuição dos serviços que prestam; c) grau de intervenção do Estado na administração dos serviços; d) plano de desenvolvimento para a cobertura das necessidades existentes e a prever; e) extensão dos cuidados prestados à população e prioridade dada à prevenção e vigilância da saúde; f) custo ou gratuitidade dos serviços; g) grau de preparação e de actualização do pessoal; h) modalidade e extensão da investigação médica.

Pergunta III. Como tem sido considerado o problema da saúde, entre nós, pelo Estado, pela Previdência e pela Classe Médica?

Na resposta acentuou-se:

- que o nosso País se deixou atrasar na vigilância da saúde e na prestação de cuidados sanitários, educativos e assistenciais à população, relativamente a todos os outros países da Europa, por não se ter ultrapassado a fase caritativo-assistencial da organização dos serviços de saúde, do que resultou ter-se chegado à década de 70 sem um serviço moderno de saúde em estruturas, actividades e pessoal, o que a reforma de 1971 veio remediar, se for executada e não iludida;
- que a Previdência, orientada para prestar cuidados médicos na doença, em regime de seguro privativo e obrigatório, aos grupos de trabalhadores que progressivamente foi abrangendo, passou a coexistir com os serviços de saúde existentes em completa independência, sem normais relações de trabalho, nem de planeamento;
- que a Classe Médica interessada na evolução dos problemas de saúde nacionais, sobretudo a partir da década de 50, com a crise financeira, de instabilidade e de falta de segurança de toda a classe nessa época, promoveu a organização de carreiras médicas, sem êxito, do que apenas ficou um memorável «Relatório sobre Carreiras Médicas», datado de 1958, tendo-se desinteressado, depois disso, em termos colectivos, da situação da saúde da população.

Pergunta IV. Como encarou o problema da saúde, quando esteve no Governo, nos aspectos da definição da política da saúde, da estruturação dos serviços, da preparação do pessoal e da participação da população?

Na resposta acentuou-se:

- que ao deixar o Governo foi publicado imediatamente (1972) um trabalho «Política de Saúde em Portugal — uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços», que constitui o relatório de actividades, com indicação dos objectivos procurados, realizações conseguidas e legislação publicada;
- que foi definida uma política nacional de saúde, considerando o direito à saúde de todo o cidadão desde o nascimento como natural e iniludível, não só garantido por lei, mas tendo uma tradução prática pela possibilidade real de utilizar os meios que os conhecimentos e a técnica administrativa permitem organizar;
- que a estruturação dos serviços compreendeu um escalão superior com capacidade para conceber, planear, programar e avaliar as tarefas de saúde, compreendendo uma Secretaria-Geral, Gabinete de Estudos e Planeamento e Instituto Nacional de Saúde, em ligação com as Direcções-Gerais, a Escola Nacional de Saúde Pública e o Conselho Superior de Acção Social, e o escalão da execução, com uma rede de serviços de prestação dos cuidados primários de saúde (centros e postos de saúde) em ligação directa com a rede de prestação de cuidados hospitalares, constituída por hospitais distritais e hospitais centrais e especializados;
- que a preparação do pessoal foi regulada por legislação própria, que estabeleceu carreiras profissionais tipo e normas de recrutamento, promoção e acesso, que implicam formas especiais de preparação e aperfeiçoamento;
- que a participação da população foi considerada indispensável e a conseguir pela via da educação sanitária, dos contactos directos com os serviços locais de saúde e da dinamização político-social.

Pergunta V. Tendo em conta a complexidade dos sistemas de saúde evoluídos que, naturalmente, se irão aperfeiçoando no futuro, como se pode conceber e deverá funcionar um sistema capaz de satisfazer as necessidades da população?

Na resposta acentuou-se:

- que um sistema de saúde evoluído e eficiente é complexo pela natureza das técnicas, pessoas e instituições que envolve e porque precisa de assentar numa orgânica administrativa capaz de planear, programar, assegurar a execução e avaliar os resultados, e, como todo o trabalho é realizado por equipas, a coordenação destas exige conhecimentos, experiência e orientação determinativa;
- que um bom exemplo de sistema de saúde comunitário, organizado para prestar cuidados de saúde completos e não remunerados, trabalhando em nível mais disciplinado do que os sistemas inglês ou soviético, é o «Sis-

tema» ou «Esquema Kayser-Permanente», que cobre toda a população abrangida, separando-a em pessoas saudáveis, com preocupações de saúde, doentes sem sintomas e doentes com sintomas, para o que utiliza um importante dispositivo de provas de saúde, que serve de regulador para a triagem dos cuidados médicos, apoiado num centro de recolha de dados com computador;

- que o sistema referido, mesmo que não seja utilizado entre nós por demasiado evoluído, dá indicações excelentes para a estruturação de qualquer outro sistema.

Pergunta VI. Como vê o problema do pessoal indispensável ao regular funcionamento dum sistema de saúde evoluído?

Na resposta acentuou-se:

- o problema que diz respeito à reforma da educação médica, com indicações para as fases de pré-graduação, de graduação e de pós-graduação;
- o problema do pessoal paramédico, com alguns comentários sobre o ensino de enfermagem e a preparação e melhor aproveitamento dos farmacêuticos;
- o facto de estarmos bem preparados para intensificar a preparação de todas as outras categorias de pessoal.

Pergunta VII. Conhecida a complexidade da orgânica e funcionamento dos serviços de saúde modernos, é de admitir que o seu custo seja cada dia mais elevado. O mesmo se pode dizer para a investigação em saúde. Será possível fazer-se uma ideia aproximada do custo dum sistema de saúde conveniente para o nosso País?

Na resposta acentuou-se:

- que o custo dos serviços de saúde é muito variável com o sistema adoptado e que este custo não é proporcional à extensão dos cuidados postos à disposição das pessoas;
- que no caso do sistema Kayser-Permanente, apontado como modelo de organização de actividades dirigidas para a vigilância e recuperação da saúde de um importante grupo populacional nos E.U.A., esse custo é de cerca de 2,5 % do Produto Nacional Bruto, enquanto que para o resto da população com o sistema liberal de cuidados predominantemente de doença as despesas sobem a mais de 7 %;
- que para o nosso País se pode calcular um custo na base de 2,5 % do Produto Nacional Bruto, gastando-se com os Serviços Centrais 6,25 % do total, com os Serviços Locais, 37,5 %, e com os Serviços Hospitalares, 56,25 % o que corresponde para um Produto Nacional Bruto de 800 dólares por habitante (20 000\$00) a cerca de 4,8 milhões de contos anuais, isto é, muito menos do que realmente se gasta com os actuais serviços de saúde, serviços da Previdência, ADSE, e outros serviços dispersos;

- que a elaboração adequada de um determinado tipo de Orçamento Geral de Estado, de que foi dado exemplo, facilita a distribuição das verbas, incluindo as destinadas à investigação, também apontadas.

Pergunta VIII. Como podem ser interpretadas as grandes diferenças ainda existentes na saúde da população dos diversos países do Mundo e como irão evoluir?

Na resposta acentuou-se:

- que todas as populações antes de atingirem fases adiantadas de progresso sofrem dos mesmos tipos de doenças evitáveis, resultantes da alimentação insuficiente e carenciada, das más condições higiénicas do meio ambiente, responsáveis pelas principais doenças infecciosas e parasitárias de massa, e das más condições de habitação e trabalho, o que causa baixos níveis permanentes de saúde e uma curta duração média de vida, mas que se conhecem as soluções;
- que a este modelo ou padrão de doença dos países subdesenvolvidos se contrapõe o dos países evoluídos que ultrapassaram estas condições, e que é dominado por outros tipos de doenças (cardiovasculares, cancro, psiconeuroses), relacionadas com o modo de alimentação, o modo de vida e a poluição urbana, ainda mal estudados;
- que os países desenvolvidos terão que se empenhar profundamente na reorganização dos seus sistemas de saúde e na investigação biomédica e tecnológica para corrigirem os grandes factores desfavoráveis a melhores condições do ambiente e de vida, isto é, à saúde da população já liberta das doenças do «atraso» e ao alongamento da duração média da vida dos indivíduos;
- que os países em desenvolvimento terão que se desembaraçar e copiar o que os outros já fizeram para melhorar a sua saúde.

Pergunta IX. Para terminar: encara com optimismo a evolução da saúde na nossa população?

Na resposta acentuou-se que, por certo, a actual situação há-de melhorar, embora tudo vá levar mais tempo do que seria preciso. Seremos capazes de chegar onde os outros já chegaram, mas que resta saber se teremos capacidade para, simultaneamente, conseguir níveis de saúde mais aceitáveis do que os correspondentes ao actual padrão de saúde dos países evoluídos, há pouco referido, ou se continuaremos a ser simples imitadores atrasados dos passos dos outros.

Esta clara perspectiva do panorama da saúde da nossa população e dos problemas que há a resolver não foi ainda tida em conta nas mudanças político-sociais recentemente ocorridas no País. A situação evoluiu durante este período de mudanças tumultuosas, de forma desfavorável, tanto política como tecnicamente, sem uma linha de orientação definida.

Durante esta fase negativa o problema da saúde foi referido no «Programa de Política Económica e Social», aparecido em Março de 1975, e no brochura «Subsídios para o lançamento das bases do SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE», de Novembro de 1974, ambos publicados com carácter oficial, mas sem sequer referirem a legislação nova existente e a organização de serviços em curso.

1 — UMA FASE NEGATIVA AINDA NÃO ULTRAPASSADA

Com o advento do 25 de Abril assistiu-se ao desencadear de acontecimentos próprios dum processo revolucionário tipicamente representado por uma fase destrutiva de grande intensidade de palavras e gestos (a fase emocional negativa, a que alguns chamam infantil), da qual ainda não se saiu, em que se verificaram mutações de toda a ordem, mais ou menos agitadas e desconexas, na quase totalidade das instituições de saúde — organizadas, já, ou em regime de instalação.

Estas alterações conjunturais perturbaram sensivelmente, logo de início, as estruturas funcionais dos serviços, já de si pouco organizadas, desarticulando administrativamente muitas delas ou levando-as à situação de expectativa, de incapacidade de acção ou até de indiferença pelas suas tarefas. Sem que houvesse qualquer modificação coordenada de ordem estrutural orgânica ou técnica, as instituições, os estabelecimentos e os serviços passaram a estar permanentemente convulsionados e as suas actividades postas em segundo plano, face à ocupação do tempo na agitação, para o que os corpos directivos e de gestão ou os técnicos responsáveis (individuais ou colegiais) foram sendo afastados — sem inquérito nem nota de culpa ou ainda sem que tivessem sido chamados a justificar a sua acção ou os planos de administração em curso — por simples intervenção dos grupos internos de contestação, que os têm substituído por comissões administrativas, de gestão ou de trabalhadores, conforme os casos, muitas delas sem homologação pelas entidades competentes, e que, por sua vez, procuram substituir-se umas às outras, pela força do «poder» que, transitoriamente, cada grupo adquire.

Estas acções espontaneístas na aparência e conduzidas sempre por pequenos grupos e da mesma maneira, recebendo de fora a orientação, sem planos concretos de intervenção, nem programas de melhoria dos serviços, não contribuíram aparentemente, até agora, para resolver fosse o que fosse e anteciparam-se, de qualquer modo, a uma tomada de posição dos vários governos provisórios, saídos da revolução, sobre o estabelecimento de qualquer estratégia ou política de saúde definida e, em particular, quanto à natureza da administração que virá a ser indicada para as instituições públicas de saúde — gestão normal do Estado, cogestão, autogestão.

Sem alteração legal dos regulamentos e estatutos e quase sempre em resultado de acções de grupos minoritários ansiosos de disfrutarem de «poder», muitas vezes contra as indicações das próprias entidades governamentais, estas mudanças meramente conjunturais, aqui e ali com intervalos paralisantes, ocorreram igualmente em instituições e estabelecimentos de estruturas velhas e caducas e nos que funcionavam já com direcções administrativas eleitas e, em certos casos, mesmo, com órgãos técnicos e de gestão escolhidos por esse processo e tendo adquirido experiência, objectividade administrativa e boa produtividade.

Independentemente de qualquer avaliação de ordem ideológica sobre este fenómeno, ou de crítica das situações concretas negativas pessoais e dos serviços, bem conhecidas, que exigiam revisão urgente séria ou mesmo processos directos de reclassificação ou afastamento imediato de dirigentes e profissionais incompetentes, o tempo tem mostrado e continuará a mostrar, como se conhece de todas as experiências deste tipo ocorridas no mundo, que a sua eclosão nas

circunstâncias em que tem decorrido e dado o seu carácter desordenado, por rivalidade dos grupos, e fins destrutivos, não contribuiu, até agora, nem contribuirá na generalidade, para remediar a grave situação dos nossos serviços de saúde, antes a agravou profundamente nos aspectos funcionais, financeiros e de ambiente de trabalho.

Na realidade e na opinião dos observadores directos e das pessoas ligadas ao estudo dos problemas da saúde do nosso País e das suas soluções possíveis, muito pelo contrário o fenómeno terá contribuído, juntamente com a desarticulação interna dos serviços, para o aumento das despesas, baixa da produtividade, criação de ambiente desfavorável e de desconfiança geral, com a agravante do acentuado êxodo de médicos e técnicos de saúde, que, a partir de certa altura, se começou a registar e tem continuado, estando a privar o País, progressivamente, do pouco que ainda tinha de verdadeiramente útil — porque só emigram neste campo os que têm capacidade, isto é, os melhores.

A pergunta que se pode pôr, de saber se esta «contribuição» revolucionária que levou tão rapidamente à degradação progressiva dos nossos serviços de saúde, já tão pobres, não estará a ser conduzida no sentido de criar condições previstas de caos e desordem política, mesmo onde já havia alguma coisa a trabalhar de forma aproveitável para bem da população — deixando para gerações futuras a preocupação de reconstrução de tudo o que é absolutamente indispensável agora — só virá a ter resposta convincente, mais tarde, quando serenados os espíritos, se reconhecerem os erros tremendos que a atitude presente ocasionou.

Ao nível do Governo, o problema da definição de uma política construtiva de saúde foi, pelo menos aparentemente, relegado para segundo plano, ou está afectado por uma certa ambiguidade de atitudes (desconhecimento, receio, incapacidade de intervenção?) e pelas contradições que têm caracterizado a evolução do processo revolucionário, ou daquilo a que tem sido dado este nome.

Para além da indecisão que tornou a anterior e ainda descoordenada política da saúde flutuante e sem objectivo, o Governo, as forças interessadas e os próprios técnicos mais responsáveis têm sido desmobilizados pelo ambiente político pouco propício para trabalho sério, por falta de orientação segura e pelas sucessivas mudanças nos mais altos escalões da administração pública, que não podiam deixar de bloquear as decisões nos mais diversos níveis da execução.

Foi assim que só em Março de 1975, isto é, quase um ano depois da revolução de 25 de Abril, o Governo apresentou pela primeira vez um documento oficial em que a política da saúde é referida. E, mesmo agora, não através do Ministério respectivo, mas integrado, o que é excelente se for para cumprir, no chamado «Programa de Política Económica e Social», da autoria de uma equipa ministerial dirigida pelo então Ministro Sem Pasta, major Melo Antunes. Esta referência do «Programa», que tem pelo menos o mérito de incluir a Saúde num programa nacional de desenvolvimento, não passa, porém, de um esboço do caminho que foi julgado conveniente seguir, e que até está certo, na generalidade, mas que coloca o problema da Saúde sem pressas, como se os prejuízos que o Povo Português está a sofrer pela continuação do nosso atraso sanitário e de organização de serviços fossem desconhecidos ou considerados de somenos importância pelos governantes.

Nesse pequeno programa de Saúde que não analisa nem especifica ainda as realidades concretas do País em termos de uma lista de prioridades ou de grupos

de necessidades prioritárias, a política de saúde do então Governo Provisório (o terceiro e já vamos no quinto, sem que tenha havido mudança) é definida como se segue, quanto a objectivos gerais e medidas específicas.

2 — POLÍTICA DE SAÚDE

1. O lançamento das bases de um Serviço Nacional de Saúde é a tarefa cometida ao Governo Provisório neste sector. Não podem, porém, ser lançadas as bases de tal serviço sem uma perspectiva a longo prazo. A opção socializante do Governo imprime, desde já, orientações claras às medidas a curto prazo e dá uma direcção inequívoca às decisões a tomar a longo prazo. O que está em causa é o acesso de todos os cidadãos portugueses aos serviços de saúde e a mobilização de todos os recursos disponíveis no País, em técnicos, conhecimentos científicos, instituições e estruturas, para esse fim.

2. A finalidade enunciada exige profundíssimas transformações da sociedade portuguesa a todos os níveis.

A modificação da prática profissional e, conseqüentemente, da imagem social de todos os trabalhadores da saúde requer a acção conjunta dos próprios trabalhadores, das instituições de saúde e dos Poderes Públicos. Sem tal modificação seria totalmente inoperante qualquer estruturação de um Serviço Nacional de Saúde. A revisão das estruturas por onde se veicula a prestação dos cuidados de saúde, a sua inventariação e necessário entrosamento, a determinação da sua área de decisão e, conseqüentemente, do grau de responsabilidade que assumem perante o direito à saúde de todos os cidadãos, é também tarefa inadiável na criação do Serviço Nacional de Saúde e na garantia de que ele se pode alicerçar em meios técnicos e financeiros realistas.

A atitude da população face à saúde e à sua preservação é também um ponto chave no caminho a percorrer. Actualmente têm direito legal à assistência médica e medicamentosa cerca de 90 % da população. Daí até ao direito real vai um grande passo.

Por um lado, verifica-se uma «explosão» do consumo dos cuidados de saúde. Como se trata, em muitos casos, de população que nunca foi abrangida pela medicina preventiva, estamos numa fase em que se «curam doentes», mas não pode ainda melhorar substancialmente a saúde global da população. Daí que a medicina preventiva — a exercer-se tanto quanto possível ao nível das causas primeiras — apareça como um grande objectivo nacional.

Por outro lado, o exercício do direito à assistência médica depende do acesso dos cidadãos aos profissionais de saúde e, em especial, aos médicos. Existem neste momento no País cerca de 6450 médicos, mas cerca de 63 % encontram-se nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Assim, enquanto em Lisboa temos cerca de 1 médico para 600 habitantes e no Porto 1 para 900, no resto do País passa-se para 1 médico para 2430 habitantes, sendo os valores mínimos 1 médico para 4100 habitantes em Beja e 1 médico para 4900 em Vila Real.

3. A assimetria indicada não respeita só à classe médica, mas é constante em todas as outras profissões paramédicas.

É indispensável procurar mudar o curso a esta situação. A primeira tentativa feita neste sentido e que teve êxito relativo foi a de, pela primeira vez, abrir as portas dos hospitais distritais ao internato médico.

Será indispensável vir a encarar hipóteses tais como a contratação dos médicos regressados das antigas colónias, por um período determinado, em hospitais da província, bem como a passagem obrigatória por um ano num centro de medicina de base (concelhio ou rural) após o internato.

OBJECTIVOS GERAIS

Na elaboração das medidas concretas da política da saúde há que ter em conta os seguintes objectivos globais:

1. *Reorientação dos recursos humanos disponíveis*

O primeiro parâmetro do Serviço Nacional de Saúde é o seu enquadramento técnico-humano. O lançamento das bases deste Serviço passa pela estruturação a nível nacional das carreiras que integram a prestação dos cuidados de saúde, nomeadamente carreiras médicas, carreiras de enfermagem, carreira farmacêutica, carreira de administração hospitalar, etc.

Neste contexto, impõem-se medidas contra o pluriemprego, de modo a provocar uma separação nítida das principais carreiras médicas: hospitalares, cuidados de base e saúde pública.

2. *Utilização racional das estruturas e instituições existentes*

É objectivo fundamental a utilização das estruturas existentes, convertendo-as, articulando-as e pondo-as desde logo ao serviço da população e ultrapassando as dificuldades burocráticas que sempre impedem uma acção pragmática e eficaz.

Deve ser tirada a máxima rentabilidade da rede de centros de saúde, postos clínicos, hospitais e centros de internamento.

3. *Coordenação das actividades complementares do acto médico*

Por se tratar de sectores que «devoram» grande parte dos recursos financeiros disponíveis, sendo assim sectores estratégicos e básicos para implantação do Serviço Nacional de Saúde, importa rever totalmente a situação dos meios auxiliares de diagnóstico, bem como o circuito de fabrico e comercialização dos produtos medicamentosos.

4. Participação da população em várias etapas do Serviço Nacional de Saúde

Um primeiro passo, no estímulo à participação da população no domínio da saúde, traduzir-se-á na intervenção dos utentes na gestão dos serviços de saúde.

Por outro lado, a educação sanitária verdadeiramente ligada ao conhecimento das realidades locais será outro passo para interessar a população pela prática de certas actividades conducentes à melhoria do seu estado de saúde.

Por estas duas vias se pretende que a população não só resolva os problemas que neste domínio surjam, mas se aperceba das profundas e decisivas relações entre a organização social e a organização dos serviços de saúde.

5. Controle da iniciativa privada pelo sector público

No contexto de um Serviço Nacional de Saúde, em formação, importa salvaguardar o princípio da «livre» escolha do médico, equacionado à luz da conjuntura actual do País, isto é, das disponibilidades e localização do pessoal, instalações e equipamento. Neste sentido, a iniciativa privada tem o seu lugar, quer através de acções individuais, quer através das formas tradicionais de policlinicas ou gabinetes de grupo. Desta forma se conciliam as preferências individuais com as necessidades crescentes de os cuidados de base serem prestados por uma equipa de saúde, em vez de profissionais isolados.

Haverá, no entanto, normas a estabelecer de modo que não se criem novas classes privilegiadas nem quanto aos profissionais de saúde nem quanto aos utentes, uma vez que a meta estabelecida é a da igualdade de acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

Os objectivos gerais enunciados traduzem-se num conjunto de medidas específicas que se agrupam segundo os grandes vectores das acções já em curso e que se enquadram de forma muito sumária na problemática que os justifica.

1. Ensino e treino dos profissionais de saúde

O Serviço Nacional de Saúde depende em grande parte da quantidade e qualidade dos seus agentes. No caso concreto da medicina e cuidados complementares tem sido sobejamente denunciado o perigo do ensino divorciado da realidade prática. Daí a indispensável revisão das condições do ensino dos profissionais de saúde.

Importa, por outro lado, fundir num estatuto uniforme toda a diversidade de situações de profissionais actualmente existente. O novo estatuto deverá ser menos rígido que o da função pública, que actualmente se revela insusceptível de generalização ao sector da saúde, onde as mutações tecnológicas e sociais

exigem regras estatutárias maleáveis, sobretudo no que respeita à remuneração, tanto directa como indirecta. Salientam-se as acções a desenvolver em relação à preparação dos grupos profissionais a seguir mencionados:

- a) Medidas legislativas em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura tendentes a estruturar adequadamente o ensino da medicina nos hospitais civis;
- b) Unificação de critérios no ensino da enfermagem, através do I. N. S. A. e em estreita colaboração com os representantes das instituições de ensino de enfermagem e dos grupos profissionais do sector;
- c) Elaboração da estrutura de administração hospitalar a vários níveis de qualificação e programação do seu treino, aproveitando funcionários administrativos de outros departamentos do Estado e do quadro de adidos;
- d) Elaboração das condições de recrutamento e treino acelerado de pessoal de cuidados sanitários;
- e) Estudo, em colaboração com o M. E. C., das condições de aproveitamento do ensino de farmácia para preparação dos farmacêuticos, de modo a contribuírem decididamente para a rede do Serviço Nacional de Saúde.

2. Fomento de unidades de medicina de base

Na prática não tem sido possível garantir capazmente o tratamento das doenças, e com raras e isoladas excepções pouco ou nada se tem feito pelo direito à saúde.

Os centros de saúde não chegaram a ter existência suficientemente longa, nem o seu número foi de molde a dar um contributo real à situação do País. Mas o seu ideário é válido e parece indispensável, por isso, localizar em zonas habitacionais bem delimitadas centros de medicina de base onde a população possa ter um controle regular do seu estado de saúde e onde recorra em caso de doença.

Os serviços médico-sociais da antiga rede da Previdência, após o período da sua total reconversão, completarão a rede das unidades de medicina de base:

- a) Reorganização dos centros de saúde e de outros equipamentos locais de modo que se estabeleça a prevenção e a protecção sanitária nos domínios mais prementes, coordenando as valências já existentes e actualmente dispersas;
- b) Estabelecimento das coordenadas de uma campanha de saúde pública, com particular incidência nas áreas de maior urgência;
- c) Definição do papel a desempenhar e integração destas unidades no Serviço Nacional de Saúde.

3. *Novas formas de democratização do acto médico*

Paralelamente a centros de medicina acessíveis, importa aceitar que a figura tradicional do médico a domicílio tem justificação na estrutura sócio-económica da vida portuguesa, sobretudo em meio rural. Uma vez definidos os grandes focos de assistência e internamento hospitalar, será necessário estabelecer áreas secundárias de intervenção do médico ao domicílio. Se a família pode funcionar como unidade de internamento, isso representa uma substancial economia para o Estado, nas actuais circunstâncias.

Daí que se torne importante considerar a existência de equipas móveis de médicos e pessoal auxiliar que, a partir de centros determinados, cubram toda a área do território nacional e assim realizem parte da função da medicina curativa.

Complementarmente, considera-se que a educação médico-sanitária de base, a que vulgarmente se chama «socorrismo», deve ser levada tão longe quanto possível, de modo que todos e cada um possam colaborar activamente no esforço colectivo. Deste modo, tal como o centro de saúde é um tentáculo hospitalar, também as habitações serviriam como extensões daquele.

As medidas que daqui decorrem são:

- a) Definição das áreas de possível cobertura e acesso pelo médico aos utentes potenciais;
- b) Constituição de equipas rotativas móveis para prestação constante de cuidados de saúde;
- c) Fomento e divulgação dos cursos e prática de socorrismo.

4. *Planificação e igualdade de acesso aos meios auxiliares de diagnóstico*

Uma das maiores dificuldades que se prevê na realização do Serviço Nacional de Saúde é a dispersão geográfica dos meios auxiliares de diagnóstico.

Por outro lado, a diminuta existência de meios próprios de diagnóstico na rede dos postos clínicos da Previdência conduziu ao estabelecimento de acordos explícitos ou tácitos que oneram excessivamente a prestação de assistência médica à população e contribuem para uma injusta distribuição da riqueza.

Tornam-se, por isso, imperativas as seguintes medidas:

- a) Constituição de pequenos postos providos de meios auxiliares de diagnóstico, integrando técnicas simples e diversificadas e utilizando as disponibilidades em material e pessoal habilitado existente na zona, nomeadamente através de:

- legislação que impeça os monopólios de análises clínicas;
- adequação de material técnico a um aproveitamento pleno;

- b) Dimensionamento das áreas geográficas a atingir por cada centro de diagnóstico;

- c) Definição das necessidades e possibilidades a diferentes níveis e escalões, para não existirem duplicações ou sobreposições;
- d) Articulação com os centros mais diferenciados.

5. *Estabelecimento do plano director dos hospitais centrais e especializados*

Os hospitais centrais estão actualmente a ser usados para o tratamento de toda e qualquer doença. Daí, em parte, a sua presente situação caótica e não operacional. Importa transformá-los em centros de alto nível tecnológico e com corpo médico e paramédico de grande qualidade.

Complementarmente aos hospitais gerais, haverá que determinar quais os hospitais especializados (psiquiatria, oncologia, etc.) a implantar. Haverá que analisar as possibilidades de auxílio externo neste domínio.

Os hospitais centrais e outras instituições curativas ou de internamento no sector público requerem uma acção exemplar de gestão e transformação dos seus processos, mercê da qualidade inegável e da dedicação profissional dos seus técnicos. A sua melhoria é garantia da intervenção do Estado em outros sectores.

As medidas essenciais neste domínio são as seguintes:

- a) Análise do levantamento já realizado quanto a unidades hospitalares centrais e reconversão de alguns dos existentes e afectos a fins já ultrapassados;
- b) Transformação dos hospitais distritais das Misericórdias em unidades da rede hospitalar conjunta a processar-se no período de um ano para a totalidade do território nacional;
- c) Estudo relativo ao estatuto da orgânica hospitalar, que determinará a possibilidade de realização dos objectivos do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta as diversas formas de gestão actualmente adoptadas pelos trabalhadores das várias unidades hospitalares.

6. *Melhoria e diversificação geográfica da assistência hospitalar*

Existem actualmente dispersas pelo País pequenas e médias unidades hospitalares, frequentemente com meios técnicos limitados, mas com condições para casos correntes de medicina geral, em estreita ligação com as grandes unidades hospitalares.

O *plafond* técnico destes hospitais deverá ser determinado em função das condições de acesso ao hospital central ou distrital mais próximo. Deverão ainda ter uma nitida implantação local, não sendo de excluir qualquer tentativa de uniformização quanto ao seu apetrechamento e às condições de admissão de doentes.

Ainda como complemento aos hospitais centrais, há que considerar toda a rede de centros de convalescença e de cura. Dadas as carências sócio-económicas de grande parte da população, esta rede é importante no prolongamento efectivo da cura. As unidades existentes são em número muito reduzido, impondo-se a reconversão de instituições espalhadas pelo País.

As medidas a realizar neste domínio são muito variadas, apontando-se a título de exemplo:

- a) Efectivação do inventário dos hospitais locais e distribuição das suas funções segundo as áreas de implantação;
- b) Estudo das normas de acordo a estabelecer com instituições privadas (clínicas);
- c) Inventariação das necessidades de estabelecimentos de convalescença e cura e investigação das possibilidades de utilização de edifícios existentes.

7. Operacionalismo e humanização dos serviços de urgência

A situação dos serviços de urgência é das mais gritantes no País. Caracteriza-se basicamente por uma afluência, indiscriminada e não seleccionada, de todos os tipos de casos, aos bancos, uma desordem sem limites em todas as etapas do atendimento nos bancos, uma crescente desumanização dos quadros que aí prestam serviço, uma péssima articulação dos vários serviços que devem integrar os serviços de urgência.

É, assim, tarefa imediata a elaboração de medidas concretas e de fácil execução que resolvam essa situação e que permitam motivar e responsabilizar, na qualidade de humanidade dos serviços prestados, o corpo médico e paramédico com exercício de funções nos serviços de urgência.

Como medidas de fundo, apontam-se as seguintes:

- a) Alargamento dos serviços de supervisão e fiscalização relativos a serviços de urgência;
- b) Elaboração da carta do País em termos da viabilidade de acesso aos serviços de urgência;
- c) Larga campanha de divulgação dos serviços de urgência existentes, de modo a esclarecer os utentes, e campanha de educação da população sobre o modo, quando e como se deve recorrer à «urgência» e em que é que esta consiste;
- d) Criação de novos serviços de urgência em unidades hospitalares que já estejam devidamente apetrechadas ou a apetrechar.

8. Racionalização da assistência medicamentosa

O esquema de assistência medicamentosa actualmente existente é um esquema de mercado livre em que a Previdência suporta, na quase totalidade, as consequências.

Há um circuito viciado, desde a consulta nos postos clínicos até à compra de medicamentos.

Tal situação necessita de uma revisão do próprio sistema utilizado, para minorar rapidamente o incremento do *deficit* económico, numa situação em que

o próprio estado físico do utente tende para uma dificultosa sustentação da capacidade de adquirir.

Impõe-se, portanto:

- a) Elaboração das medidas legislativas tendentes à redução da margem de lucro na venda de medicamentos e à aquisição de unidades fabris fornecedoras dos serviços do Estado;
- b) Redução de fabrico e importações de produtos medicamentosos à base dos mesmos produtos químicos;
- c) Adopção do *Formulário Nacional de Produtos Farmacêuticos*.

3 — QUESITOS A QUE DEVE RESPONDER O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

A brochura da Secretaria de Estado da Saúde «Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde» termina com um n.º 4 — *Principais quesitos a que deve responder o serviço nacional de saúde em Portugal*, que se afigurará bastante contraditório na doutrina e inexpressivo nos objectivos, a quem não se der ao trabalho de o interpretar previamente, interrogando-se sobre quando se fala de serviço nacional de saúde, de sistema de saúde ou de práticas de actividades de saúde pública não sistematizadas.

Este n.º 4 começa por dizer: «Para clarificar, à partida, a ampla discussão pública que se quer promover, julga-se útil alinhar sinteticamente os principais quesitos a que deverá ser dada resposta para a construção do modelo de SNS julgado possível e adequado à realidade portuguesa.

Ao Movimento das Forças Armadas coube assumir uma opção inicial: a de saber se nesta fase da nossa evolução económico-social se deveria aperfeiçoar o sistema existente ou avançar decisivamente para o lançamento das bases do serviço nacional de saúde. O Governo Provisório, determinando o «lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde, ao qual tenham acesso todos os cidadãos», aponta para o segundo objectivo».

Ora as bases de um serviço nacional de saúde tinham já sido estabelecidas pela legislação de 1971, nos seguintes pontos:

- Incumbe ao Estado, pelo Ministério da Saúde e Assistência, a definição da política da saúde e assistência social, bem como o fomento das correspondentes actividades;
- O Ministro da Saúde e Assistência dirige a política da saúde e assistência social, competindo-lhe, pelo Ministério, promover a sua execução, assegurar o eficiente funcionamento dos serviços previstos no presente diploma e orientar as actividades particulares, coordenando-as com as do sector público;
- A política de saúde e assistência social visa garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade, bem como cooperar na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais

e valer aos seus estados de carência. O direito à saúde compreende o de acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

— A prossecução da política de saúde e assistência social realiza-se por actividades de:

- a) Promoção da saúde e prevenção da doença;
- b) Tratamento dos doentes e reabilitação;
- c) Protecção e defesa da família;
- d) Protecção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade.

— A efectivação da política de saúde e assistência social obedece ao princípio técnico da unidade de planeamento e execução. Este princípio é promovido:

- a) No plano central: pela Secretaria-Geral, pelos órgãos superiores de estudo, investigação e planeamento e pelas direcções-gerais;
- b) No plano local: pelos órgãos e autoridades competentes ao nível da região, do distrito e do concelho. As autoridades sanitárias são únicas e responsáveis perante as comissões locais e os escalões superiores de serviços.

— O estabelecimento de carreiras profissionais para o pessoal e da sua disciplina legal;

pelo que pareceria indispensável, na hipótese de pôr em dúvida estes princípios ou de querer submetê-los à discussão pública, dar conta da sua existência, indicá-los, traduzi-los em premissas claras e ordená-los sob a forma de lista de afirmações, seguidas das perguntas que facilitassem a resposta de *sim, não* ou de *propostas alternativas*. Issão não foi feito e, ao apresentar a lista de 12 quesitos, os responsáveis entenderam que deviam acrescentar para cada um as considerações interrogativas que se transcrevem e comentam, a seguir, as quais aparecem desligadas de qualquer vínculo às realidades portuguesas. Vejamos o essencial, na doutrina e significado prático, para cada um dos quesitos.

1.º — Quem deve responder pela saúde em Portugal?

Por outras palavras, qual a entidade, instituição ou comunidade responsável pelos cuidados de saúde?

— Os próprios particulares, como nos EUA e nos países de sistema baseado predominantemente na medicina liberal?

— O Estado, as autarquias locais, organismos autónomos e entidades particulares, como sucede nos sistemas mistos?

O Estado, como no sistema de saúde da URSS e pelos países do Leste europeu?

Este quesito encontra-se respondido em parte pela opção já assumida no programa do Governo Provisório de criação de um «serviço nacional de saúde, ao qual tenham acesso todos os cidadãos».

Na realidade, a nossa legislação sobre saúde (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro) estabelece sem ambiguidades a quem compete a responsabilidade pela saúde de toda a população, desde a definição da política respectiva ao fomento de todas as actividades, sejam elas conduzidas pelos serviços do Estado ou de iniciativa particular.

O que se devia perguntar era, pois, se os princípios estabelecidos pela nossa legislação, à semelhança do que acontece nos países mais evoluídos, na base de que em Portugal é o Governo, pelo Ministério da Saúde, quem tem a responsabilidade pela saúde da nossa população no conjunto, devem ou não ser mantidos. E, naturalmente, acrescentar ou antecipar a explicação, de que um serviço nacional de saúde moderno implica tais princípios. Ou, não os respeitando, que deixa de ser um serviço nacional de saúde. Será outra coisa, mas não um serviço nacional.

2.º — Qual a amplitude do futuro serviço nacional de saúde?

O serviço será de âmbito universal, se abranger a totalidade da população, independentemente da sua forma de actividade.

Será sectorial se abranger apenas alguns sectores da população, normalmente definidos pelas actividades que possuem: trabalhadores por conta de outrem, trabalhadores independentes, funcionários, etc.

Este quesito encontra-se respondido no sentido da generalidade, pela opção já assumida no programa do Governo Provisório.

3.º — Que tipos de cuidados devem ser proporcionados à população?

Cuidados completos, se engloba todas as acções no campo da promoção da saúde, prevenção da doença, cura e recuperação. Exemplo: um sistema que separa em várias instâncias dependentes de autoridades diferentes a prevenção, cura e recuperação não é um sistema de cuidados completos.

Cuidados integrados, se dentro de cada uma destas actividades engloba a totalidade das acções possíveis. Exemplo: um sistema que no campo curativo só presta cuidados em regime ambulatório, reservando a outro sistema diferente o internamento, não é um sistema integrado, mas sim específico.

O sistema proporcionará cuidados completos e integrados se reunir sob uma única autoridade todas as acções em todas as formas de actividade.

As considerações que acompanham estes dois quesitos são, como se vê, mais doutrinárias e literárias do que técnico-administrativas, uma vez que tudo está implícito no 1.º quesito, com a afirmação de que os cuidados prestados por um serviço nacional de saúde se destinam a toda a população, com todas as acções em todas as formas de actividades reunidas sob a responsabilidade duma

autoridade nacional única, que é o Governo, pelo Ministro da Saúde, e igualmente sob a responsabilidade de autoridades sanitárias únicas, ao nível da execução directa.

4.º — *A quem pertence a propriedade dos meios materiais?*

A propriedade dos meios materiais (instalações e equipamentos) pode pertencer:

- Predominantemente a entidades privadas, detendo o Estado um volume insignificante de meios;
- Ao Estado e a entidades privadas de fins lucrativos ou não lucrativos;
- Exclusivamente ao Estado.

Não se conhece nenhum serviço nacional de saúde em que a propriedade dos meios materiais não seja totalmente do Estado ou predominantemente (sectores hospitalar e serviços de saúde locais) do Estado e das autarquias locais, o que significa o mesmo. Só no serviço nacional de saúde inglês, como é sabido, são propriedade particular os meios de carácter individual pertencentes aos médicos associados ao serviço nacional de saúde. O custo muito elevado das instalações de serviços de saúde e o seu funcionamento sem finalidade lucrativa num sistema nacional, explica porque a propriedade tem de ser do Estado ou fiscalizada por este.

5.º — *Qual a posição reservada à iniciativa privada?*

- Dominante: aos particulares cabe a principal iniciativa, sendo mínimo o papel do Estado, podendo, no entanto, ir até à supletividade.
- Coexistente, nos países em que ao lado das acções oficiais existe um campo mais ou menos vasto, deixando à iniciativa privada as mais das vezes, em termos complementares, actividades bem definidas.
- Estreitamente condicionada, nos países em que não existe medicina nem estabelecimentos de saúde privados.

A primeira alínea aparece completamente desnecessária, ou é errónea, pois que um serviço nacional de saúde, por princípio, é da responsabilidade do Estado, e este não pode ter apenas um papel mínimo ou de supletividade. A iniciativa privada, quando está prevista num serviço nacional de saúde, tem de actuar coordenadamente com os serviços fundamentais e estritamente dentro dos planos estabelecidos. No sistema inglês, os clínicos gerais e outras poucas entidades privadas fazem acordos de cooperação com a «autoridade» responsável pelo serviço nacional de saúde. Nos outros serviços nacionais de saúde, a importância da iniciativa privada é ainda mais reduzida, mas as suas actividades processam-se dentro dos mesmos princípios — por regulamentação. De qualquer forma a iniciativa privada não tem nos serviços nacionais de saúde semelhança de actividades com as da clínica livre de tipo liberal.

6.º — *Como será feito o financiamento?*

- Pelos indivíduos, através do pagamento periódico de um prémio de seguro-doença.
- Por quotização obrigatória, no caso dos sistemas específicos e incompletos, cobrada a partir da massa salarial.
- Pelo Estado, através de impostos especiais lançados expressamente para a saúde, directos uns, sobre o rendimento, indirectos outros, sobre o consumo de certos produtos: tabaco, bebidas alcoólicas, etc.
- Pelo Orçamento Geral do Estado.
- Existem naturalmente sistemas mistos que obtêm o financiamento pela combinação destas várias fontes.

Em todos os serviços nacionais de saúde o financiamento é da responsabilidade do Estado ou com a participação da administração local, pela via do Orçamento. A prática de lançar impostos especiais ou outras formas de taxaço para fins específicos de saúde está completamente ultrapassada nos países modernos, pelo que não é de boa norma educativa andar a sugeri-la.

7.º — *Como deverá ser a gestão do serviço nacional de saúde?*

Os sistemas de saúde podem ser geridos de diversos modos, tanto no que se refere à entidade gestora, como ao tipo de gestão, como ainda à escolha dos gestores.

Quanto à entidade gestora, ela pode ser:

- Os particulares, quando os serviços de saúde são da sua inteira propriedade;
- O Estado e os particulares, nos sistemas mistos;
- O Estado, só ou em conjunto com a administração local.

Quanto ao tipo de gestão, ela poderá ser inteiramente descentralizada, descentralizada sob orientação central, e completamente centralizada. Quanto à participação, ele poderá incluir, além dos agentes do Estado e ou das autarquias, a representação das populações directamente escolhidas ou mediante recurso às associações profissionais.

Todos os serviços nacionais de saúde são geridos pelo Estado directamente, com a colaboração ou não da administração local, por meio de órgãos próprios ao nível central e geralmente por comissões em que estão representados os interesses dos utentes nos diversos escalões da execução. As funções administrativas de direcção são em toda a parte da responsabilidade de «autoridades sanitárias». Tanto quanto se conhece da experiência de gestão de serviços nacionais de saúde, ela deve ser centralizada para o planeamento e a supervisão e descentralizada nos aspectos executivo e operacional, de forma que praticamente todos os problemas possam ser resolvidos ao nível local a que interessam directamente, sem perturbar o esquema básico e geral.

8.º — *Que estatuto terão os profissionais de saúde?*

O regime jurídico a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde nos diversos sistemas poderá ser de:

- Profissionais liberais;
- Trabalhadores por conta de outrem;
- Agentes da administração local;
- Funcionários públicos;
- Cumulativo de dois ou mais dos tipos citados.

O regime jurídico a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde nos diversos sistemas de saúde varia com a natureza do sistema, mas num serviço nacional de saúde os profissionais são na totalidade funcionários públicos ou da administração local, o que tem o mesmo significado, ou uma parte, como acontece no serviço nacional de saúde inglês com os clínicos gerais, é constituída por profissionais liberais que se comprometem a exercer a sua actividade dentro de normas especificadas por contrato.

É de considerar, portanto, que o princípio geral será de estabelecer o regime de funcionários públicos para os profissionais de saúde do serviço nacional de saúde.

9.º — *A quem incumbirá o ensino e a investigação em saúde?*

- Ao Estado e à iniciativa privada simultaneamente, podendo esta assumir posição dominante nos países de sistema liberal;
- Ao Estado, apenas, cabendo distinguir entre países que os atribuem ao Ministério da Saúde e países que os repartem entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

Quanto às suas relações recíprocas, o ensino e a investigação poderão ser separados, coordenados ou integrados.

As considerações estão certas, mas verifica-se em toda a parte tendência para que o Ministério da Saúde, quando não é o responsável directo pelo ensino (caso especial da medicina, visto que nos outros sectores e em especial nos paramédicos cabe-lhe em toda a parte essa responsabilidade), intervenha na orientação dos programas dos cursos, em colaboração com o Ministério responsável pelo ensino. O mesmo quanto à investigação médica.

10.º — *Quem responderá pelo custo dos cuidados e em que proporção?*

Os cuidados de saúde, incluindo os produtos farmacêuticos, podem ser:

- Integralmente pagos pelos utentes, directamente, ou por meio do seguro: caso dos sistemas de medicina inteiramente liberal;

- Parcialmente pagos: sistemas intermédios com percentagens variáveis de caso para caso e sistema para sistema;
- Inteiramente gratuitos: caso dos países em que a organização de saúde é estatal.

Verifica-se um pouco por toda a parte a obrigação do utente pagar pelo menos uma pequena taxa no momento em que recorre aos serviços. A finalidade desta taxa é dupla: moderar o consumo injustificado de cuidados de saúde e revalorizar psicologicamente o serviço solicitado.

A primeira alínea não tem razão de figurar nas alternativas referentes a um serviço nacional de saúde, quanto ao custo de cuidados de saúde. O problema da moderação do consumo injustificado de cuidados de saúde e da sua disciplina racional foi considerado no «Capítulo I», a propósito do sistema de cuidados de saúde *Kayser-Permanente*.

11.º — *Como será definido o acesso dos utentes?*

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde poderá ser:

- Por escolha, seleccionando o próprio doente, em inteira liberdade, o serviço ou o prestador de cuidados que deseja;
- Condicionado às disponibilidades materiais e humanas existentes;
- Misto, sendo simultaneamente de livre escolha e condicionado, consoante as condições e os serviços a que ocorre.

Este quesito está extremamente confuso, pois o acesso dos utentes aos cuidados num serviço nacional de saúde é completamente aberto a todos e orientado permanentemente, em grande parte, pelas medidas de vigilância individual e domiciliária e de educação para a saúde, obedecendo no resto às possibilidades resultantes da capacidade maior ou menor de trabalho dos serviços, sem discriminação para as pessoas que os procuram. A orientação dos utentes faz parte das tarefas normais de trabalho de qualquer serviço de saúde, dependendo a sua eficácia do nível técnico e capacidade administrativa de funcionamento.

12.º — *Como deverá ser definido o estatuto de medicina livre?*

O exercício de medicina livre não é incompatível com a existência do serviço nacional de saúde, devendo apenas ser regulamentado.

- Poderá o médico trabalhar simultaneamente para o SNS e em regime livre? Em que condição?
- Deve ser permitido o exercício de clínica livre apenas aos médicos que se colocam fora do SNS? Em que termos?

Nos exemplos que se conhecem de funcionamento já longo de serviços nacionais de saúde, o regime livre é pouco importante, uma vez que as pessoas

têm acesso gratuito aos serviços (cuidados) em condições gerais satisfatórias e o recurso pago à clínica livre individual ou em estabelecimentos privados deixa de ter peso. Mas em Cuba, por exemplo, certo número de especialistas estão autorizados a manter os seus consultórios, sem pertencerem ao serviço nacional, e nos países socialistas da Europa Oriental alguns médicos são autorizados a fazer clínica particular, depois do trabalho oficial.

No serviço inglês, há também uma margem para o exercício da medicina livre. O que parece essencial num serviço nacional de saúde é saber como fazer funcionar eficientemente os serviços públicos, mobilizando, em primeiro lugar, os profissionais para as tarefas prioritárias, integrados em carreiras profissionais, e facilitar as actividades livres (clínicas) úteis, depois, sem prejuízo daquelas.

Este «Capítulo» pode terminar com a pergunta: Que se vai seguir? E enquanto não se segue nada de construtivo, quem sofre os prejuízos? Naturalmente, que o Povo, isto é, todo o País, será a resposta.

CAPÍTULO V

O QUE O POVO PORTUGUÊS PODE TER JÁ EM SAÚDE E O QUE TEM DIREITO A EXIGIR

Na época em que vivemos as populações civilizadas não podem existir sem que tenham asseguradas, simultaneamente, como disponibilidades que fazem parte da vida normal da sociedade:

- Uma estrutura organizada e eficiente de serviços médico-sanitários que permitam às pessoas e comunidades viver livres das grandes endemias de massa, isto é, das doenças infecciosas e parasitárias tradicionais, que encontrando condições favoráveis para se manterem na população atingem permanentemente grande número de pessoas, persistindo ao longo do tempo, e libertar-se rápida e progressivamente das doenças evitáveis correntes, pela aplicação insistente das medidas de luta que se conhecem;
- Uma orgânica evoluída de meios pessoais e técnicos de diagnóstico e tratamento eficientes e de fácil utilização, adaptados às necessidades existentes, de que as pessoas se sirvam:

a) Para vigilância da saúde durante toda a vida, desde a infância, na escola, no trabalho e na velhice;

b) Para poderem recuperar essa mesma saúde, em boas condições, quando adoecem;

- Uma informação regular, atraente e continuada, do tipo educação para a saúde, incluída nas tarefas normais dos meios de comunicação de massa, que oriente e ajude a promover a preparação cultural das pessoas, dos grupos e das comunidades, nos assuntos da saúde, levando-as a conhecer as bases fisiológicas dos hábitos correctos de saúde, desde a alimentação à higiene corporal e do ambiente, os princípios da saúde mental, incluindo a harmonia das relações humanas, e as causas das doenças correntes, dos acidentes e dos desvios da patologia social. E, assim, ensiná-las a compreender a maneira como as doenças podem ser evitadas, a começar pelos perigos da poluição da água, leite e outros alimentos, do ar e do solo, a conhecer a importância biológica do instinto sexual e da limitação voluntária dos nascimentos para a constituição de famílias equilibradas, e a aprender a servir-se dos apoios materiais e benefícios sociais que lhes oferecem os serviços de saúde. Estes conhecimentos precisam de começar a fazer parte da cultura normal de todas as pessoas, em especial das novas gerações, como factor indispensável de progresso.

Qualquer que seja a forma como as pessoas vão tendo asseguradas estas condições de vida normal, as quais correspondem aos diversos tipos de sistemas de saúde em organização e evolução no mundo, e que atingiram já fases de desenvolvimento que permitem fazer a selecção dos melhores ou mais ajustados aos diversos tipos de populações, tendo em vista a capacidade de realização dos objectivos a atingir, o que é certo é que tais medidas precisam de ser organizadas, estruturadas e postas a funcionar.

A capacidade para o fazer tem sido e continuará a ser completamente diferente de uns países para outros. É de acentuar que todos os países, grandes ou pequenos, ricos ou pobres,

atrasados ou evoluídos, continuam a ter hoje como no passado muito maior preocupação de gastar o pouco dinheiro existente em objectivos militares, sobretudo armamentos, do que em saúde, e mesmo os que estando em condições geopolíticas de inteira segurança e sendo atrasados ou tendo até condições sociais primitivas degradantes gastam nos armamentos que de nada lhes servem (nada de bom) as suas fracas disponibilidades, pouco fazendo para organizarem serviços de saúde eficientes para a população, colocando, assim, o sector da saúde e outros sectores de melhoria da qualidade da vida em plano secundário.

O mesmo tem acontecido em Portugal, sendo agora tempo de mudar radicalmente de orientação, podendo desde já estabelecer-se seis pontos de partida para o inventário do que existe, do que pode ser aproveitado e do que deve ser criado.

1 — DOIS ASPECTOS CONCRETOS: A LEGISLAÇÃO E A ORGÂNICA DE DE SERVIÇOS EXISTENTES

A actual legislação de saúde, como vimos, permite a instauração imediata de um serviço nacional de saúde, na base:

- a) De uma política nacional de saúde já estabelecida, cujas directrizes apontam para a solução dos problemas ligados aos sectores da salubridade, cuidados primários de saúde, cuidados hospitalares e recuperação, e ainda para o estímulo e ordenação da investigação científica e tecnológica em saúde, no que interessa directamente à nossa população;
- b) Da orgânica de serviços concretos ao nível dos diversos escalões de prestação de cuidados de saúde estabelecidos para o País e da profissionalização do pessoal respectivo;
- c) Da possibilidade de nova legislação complementar, já prevista na actual, com o objectivo da integração de serviços ainda independentes ou fora do sistema e a constituição de «unidades de saúde» completas, unificando-se, assim, funcionalmente, o conjunto dos serviços que hão-de constituir o Serviço Nacional de Saúde para toda a população.

Mas, presentemente, os serviços e estabelecimentos de saúde encontram-se ainda dispersos por vários departamentos governamentais e sob a forma de iniciativa privada. As actividades no campo de saúde desenvolvem-se hoje, portanto, sob diferentes formas institucionais de iniciativa privada, a par de serviços públicos, dos quais alguns estão enquadrados em departamentos ministeriais com inteira autonomia relativamente ao Ministério da Saúde (no presente, Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais), outros, embora com certo grau de diferenciação, foram já aproximados deste Ministério e só um terceiro grupo nele se enquadra por completo, dentro da orgânica estabelecida pela legislação de 1971.

O balanço sumário dos meios existentes foi dado na parte 2 da brochura da Secretaria de Estado da Saúde, atrás referida, que se transcreve, com pequenas alterações, nas 15 alíneas seguintes, dado o seu carácter oficial. É especificada a dependência dos serviços e estabelecimentos.

1. Dependentes da Secretaria de Estado da Saúde:

- a) Em primeiro lugar, toda a orgânica de promoção da saúde e prevenção da doença compete à *Direcção-Geral de Saúde*. Esta é constituída por serviços centrais dotados de corpos técnicos diferenciados e por serviços periféricos hierarquizados em três níveis: inspecções coordenadoras de região, direcções distritais de saúde e delegações de saúde concelhias. Os principais instrumentos de acção destes órgãos são os centros de saúde concelhios e distritais. Em Dezembro de 1973 encontravam-se em funcionamento 127 centros de saúde e em Outubro do corrente ano o número global ascendia a 152, 15 dos quais são centros de saúde distritais (1).

Sob a dependência da Direcção-Geral de Saúde encontram-se também 8696 camas correspondentes a 221 hospitais concelhios, todos praticamente pertencentes a instituições particulares de assistência (Misericórdias) e ocupando 4397 trabalhadores;

- b) Em segundo lugar, a rede hospitalar do País, cuja orientação incumbe à *Direcção-Geral dos Hospitais*, dividida em dois grandes grupos de estabelecimentos, consoante o nível e a diferenciação técnica de cada um deles:

Hospitais centrais: Hospitais Cívicos de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Escolar de S. João e Hospital Geral de Santo António;

Hospitais distritais: um em cada sede de distrito, outros em cidades de certa importância, outros ainda nos concelhos mais populosos da periferia de Lisboa e Porto.

Com excepção do Hospital Geral de Santo António, todos os hospitais centrais pertencem ao Estado. Embora alguns deles instalados em edifícios de construção recente, também a esmagadora maioria dos hospitais distritais é ainda directamente administrada pelas Misericórdias.

Em termos quantitativos, os meios existentes são os apresentados no quadro seguinte:

Meios disponíveis em estabelecimentos hospitalares dependentes da Direcção-Geral dos Hospitais

Designação	Centrais	Distritais
Número de estabelecimentos	6	42
Número de camas	8 522	7 531
Número de trabalhadores	13 981	5 647

(1) Em Agosto de 1975, o número de centros de saúde em funcionamento era de 190.

c) Em terceiro lugar figuram os *institutos coordenadores*. — Instituto Maternal, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, Instituto de Assistência Psiquiátrica, Instituto de Assistência aos Leprosos e Instituto Nacional de Sangue — criados a partir dos anos quarenta para fazerem face, sectorialmente, a certo tipo de doenças consideradas como flagelos sociais. Alguns destes institutos encontram-se já funcionalmente integrados nas Direcções-Gerais de Saúde ou dos Hospitais, como o previa a legislação de 1971 (Instituto Maternal e Instituto de Assistência aos Leprosos). Outros — Instituto de Assistência Psiquiátrica, Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos e Instituto Nacional de Sangue — não foram ainda integrados. Os institutos dispõem de meios de acção, fixos e itinerantes, prestando consultas em dispensários e facultando internamento hospitalar em estabelecimentos especializados (hospitais psiquiátricos, sanatórios, etc.). A sua acção visava atingir todo o País, até à extrema periferia, embora na realidade tal objectivo não tenha sido alcançado integralmente. Os seus meios de acção podem resumir-se no quadro seguinte:

Meios ao dispor dos principais institutos coordenadores
1973

Designação	Instituto de Assistência Psiquiátrica	Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos
Camas hospitalares	7 795	2 775
Consultas praticadas	(a) 23 707	386 884
Número de trabalhadores	2 200	3 150

(a) Valores estimados.

d) Em quarto lugar, o *ensino e a investigação em saúde*: à Secretaria de Estado da Saúde incumbe toda a formação em pós-graduação para médicos hospitalares, de medicina do trabalho e técnicos de saúde pública e, ainda, a pós-graduação de administração hospitalar (as três últimas através da Escola Nacional de Saúde Pública). Incumbe-lhe a quase totalidade da formação de enfermagem e dos técnicos auxiliares dos serviços de saúde. Nesta orientação compete-lhe ainda planificar os trabalhos de investigação, para o que dispõe, entre outras colaborações, do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

2. *Dependentes da Secretaria de Estado da Segurança Social*. — Neste campo se encontra, e ficará até 31 de Dezembro do ano em curso, a rede dos serviços médico-sociais da Previdência ⁽¹⁾. Trata-se de toda uma organização

⁽¹⁾ Pelo Decreto n.º 589/74, de 6 de Novembro, estes serviços passam para a Secretaria de Estado da Saúde, como tinha sido previsto em 1971 (capítulo III).

de cuidados médicos de tipo curativo, prestados em regime ambulatorio, compreendendo consultas, visitas domiciliárias e alguns exames ou actos diferenciados — análises, radiografias, provas funcionais, de reabilitação, de reanimação, etc.

A previdência social tem assumido entre nós, desde a sua institucionalização, a natureza de entidade seguradora (seguro social) e, simultaneamente, prestadora de cuidados médicos. A partir de 1958 passou a celebrar acordos com o departamento da saúde, em ordem ao internamento hospitalar da população que cobre (hospitais gerais, psiquiátricos e de tuberculose, esta também em ambulatorio). A partir dos anos 70 celebrou novos acordos com o departamento da saúde, alargados ao campo da protecção materno-infantil. O que fundamentalmente caracteriza as prestações de cuidados a cargo da Previdência é o facto de elas serem exclusivamente reservadas aos beneficiários e familiares. A população coberta, embora sectorizada, apresenta tendência para se aproximar da população total do País e a ultrapassar até o seu consumo hospitalar e farmacêutico.

Os meios a cargo da Previdência, embora não cobrindo directamente o campo hospitalar, podem considerar-se muito importantes e bastante elevado o seu montante, como se verifica do quadro seguinte, relativo ao ano de 1972. A dificuldade de colher elementos suficientemente válidos entre estes dois campos de saúde impede a comparação dos gastos entre os dois sistemas.

Serviços médico-sociais da Previdência
Doença e maternidade. Acção médico-social
Despesas

Regime geral	Contos	Porcentagens
Prestações directas (v. ilíquidos):		
Despesas com o pessoal	559 575	15
Despesas com o material	37 149	1
Outras despesas de acção médico-social:		76
Meios compl. diagnóstico	363 882	
Medicamentos	1 497 705	
Internamentos	724 033	
Assistência ambulatoria	91 551	
Tratamentos especializados	43 457	
Transporte de doentes	76	
Serviços prestados por outras instituições	65 894	
Prestações indirectas	296 615	8
<i>Total do regime geral</i>	3 679 937	100
Regime especial (Casas do Povo)	129 412	—

O mapa que a seguir se apresenta e já citado (quadro X, pág. 79) pretende comparar os meios ao dispor da Secretaria de Estado da Saúde com idênticos meios dos serviços médico-sociais da Previdência. A partir dos meios compararam-se ainda alguns dos resultados mensuráveis:

Comparação de meios e resultados entre os sistemas a cargo da Secretaria de Estado da Saúde e da Previdência

Designação	Secretaria de Estado da Saúde (1973)	Previdência social (1972)	
		Regime geral	Regime especial
Meios:			
Estabelecimentos de saúde com internamento	408	—	—
Camas hospitalares	37 027	—	—
Unidades médico-sociais	—	1 080	879
Centros de saúde	160	—	—
Dispensários e cons. dispensário	125	—	—
Pessoal (a):			
Médico	5 617	4 550	(e) 713
De enfermagem	(b)	2 686	(e) 352
Administrativo	4 416	3 757	(e) 1 486
Outro	18 616	278	(e) 838
Resultados:			
Doentes admitidos em internamento	(c) 446 620	(d)	—
Consultas prestadas	4 954 800	14 115 179	1 038 740
Exames laboratoriais	2 491 100	1 081 392	55 402
Exames radiográficos	989 600	264 550	27 735

(a) Grande parte do pessoal médico e de enfermagem acumula funções nos dois sectores.

(b) Dados impossíveis de colher na ocasião.

(c) Inclui os doentes da Previdência internados nos hospitais.

(d) A Previdência promoveu, em 1972, o internamento de 254 459 beneficiários ou familiares em hospitais e casas de saúde.

(e) Só Casas do Povo.

3. *Dependentes do Ministério da Educação e Cultura (MEC).* — Todo o ensino da Medicina está entre nós confiado a este Ministério. Por isso, ligados à Universidade se encontram o Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana e o Instituto Oftalmológico de Gama Pinto.

Ao Ministério da Educação e Cultura pertence ainda o Instituto Português de Oncologia e a Escola Técnica de Enfermagem.

No mesmo âmbito são ainda assinaláveis as atribuições que àquele Ministério cabem no que respeita à saúde escolar, muito embora a legislação de 1971 tenha previsto pontos de ligação entre os dois departamentos.

4. *Dependentes do Ministério das Finanças.* — A Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), como entidade responsável pela cobertura de alguns encargos com a saúde do funcionalismo público e seus familiares, não é, ao contrário da Previdência, prestadora de serviços. Limita-se a cobrir parte dos encargos com consultas médicas, medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e internamento hospitalar — numa palavra a suportar uma parte do seu custo. O Ministério das Finanças é ainda o proprietário do Hospital Termal de Monchique.

5. *Dependentes das Forças Armadas.* — Na dependência directa dos três ramos das Forças Armadas encontramos serviços e estabelecimentos de saúde de tipo ambulatório e hospitalar: postos médicos nas unidades e hospitais (Hospital Militar Principal, Hospital Militar de Doenças Infecto-Contagiosas, hospitais militares regionais, Hospital da Marinha e Núcleo Hospitalar Especializado da Força Aérea). A par destes, existem serviços privativos das forças militarizadas: GNR, PSP e GF.

O Ministério da Defesa Nacional superintende ainda num importante serviço público de recolha e transporte de doentes: o Serviço Nacional de Ambulâncias. Cabe-lhe ainda a tutela da Cruz Vermelha Portuguesa e organizações dependentes.

6. *Dependente do Ministério de Equipamento Social e do Ambiente.* — Todas as novas construções para a saúde e seu equipamento são promovidas por este Ministério através das Direcções-Gerais das Construções Hospitalares e dos Edifícios e Monumentos Nacionais.

O mesmo se passa em relação às obras de grande remodelação. À Secretaria de Estado da Saúde incumbe a elaboração dos programas, as obras de pequena monta e a manutenção dos equipamentos.

7. *Dependentes do Ministério da Administração Interna.* — Continuam a existir, na dependência das câmaras municipais, partidos médicos à frente dos quais se encontra um médico municipal. Embora sejam considerados funcionários de autarquias locais, encontram-se na dependência técnica das autoridades sanitárias.

8. *Subsistemas especiais.* — Tanto no sector público como no parapúblico e privado existem ainda sistemas parcelares de cobertura dos encargos com a saúde e até de assistência directa. No sector público apontam-se o Ministério da Justiça, dispondo de serviços sociais e do Hospital-Prisão de S. João de Deus, e os serviços de saúde do Ministério da Coordenação Interterritorial (Hospital do Ultramar, agora chamado de Egas Moniz, em vias de integração na Secretaria de Estado da Saúde).

No sector parapúblico, certas empresas públicas dispõem de esquemas privados de cobertura: assim, entre outras, Correios e Telecomunicações de Portugal, Administração-Geral do Porto de Lisboa e CP.

No sector privado, algumas empresas de grande dimensão, sobretudo aquelas que abrangem companhias seguradoras, constituíram serviços de saúde privados, alguns até com meios de internamento hospitalar.

São características comuns a todos estes subsistemas o carácter restrito do acesso aos cuidados, a sua variedade e dispersão e o terem sido montados para fazer face às deficiências dos esquemas oficiais ou da Previdência ou por simples motivos de prestígio empresarial.

9. *Sector privado.* — É bastante generoso no nosso país o conceito e o regime de prestação de cuidados médicos sob a forma de exercício de profissão liberal. Embora existam alguns condicionamentos de ordem regulamentar que restringem a liberdade total de exercício da clínica livre, a quase generalidade dos profissionais servidores do Estado ou da Previdência não conhece limitações práticas à instalação de consultórios abertos ao público. É também quase isento de restrições o regime de instalação de laboratórios de análises clínicas, gabinetes de radiologia e serviços de reabilitação ou reanimação.

No que respeita à hospitalização, os estabelecimentos privados adoptaram a designação de *casas de saúde* ou *clínicas*, por lhes ser legalmente vedada a designação de hospital. Nos termos da lei, a tutela, fiscalização e apoio técnico às casas de saúde incumbem à Direcção-Geral dos Hospitais. Na prática funcionam porém, com quase total liberdade de organização interna e de fixação de preços⁽¹⁾.

10. *Fabrico e venda de produtos farmacêuticos.* — O fabrico de medicamentos está sujeito a uma série de condicionalismos legais, de carácter técnico e económico, cujo cumprimento conduz à concessão de um alvará passado pela Direcção-Geral de Saúde. A emissão de novos medicamentos é concedida pela Direcção-Geral de Saúde, precedendo parecer favorável de uma comissão técnica, sendo actualmente a sua qualidade verificada nos laboratórios do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, onde também está instalada aquela comissão. A comprovação da qualidade da produção geral da indústria não é neste momento feita com regularidade por falta de legislação adequada.

Há uma multiplicidade de laboratórios de fabrico, tanto nacionais como estrangeiros, muitos deles sem verdadeira dimensão industrial e sem organização científica apropriada, o que, naturalmente, dificulta qualquer juízo sobre a garantia terapêutica do que produzem.

A quantidade de especialidades, nacionais e estrangeiras, fabricadas ou não em Portugal, que existem no mercado é elevadíssima (dez vezes mais do que na Alemanha, por exemplo), o que causa perturbações a todos os níveis, sem qualquer vantagem para o doente ou para o País.

O valor do mercado de medicamentos deve aproximar-se dos 4 milhões de contos no ano corrente, dos quais 2 milhões são consumidos através dos serviços

⁽¹⁾ Em Agosto de 1975, o número aproximado de consultórios médicos e de casas de saúde ou clínicas abertas ao público era, respectivamente, de 4000 e 100.

da Previdência, cujas aquisições beneficiam de reduções apreciáveis. Os serviços hospitalares também compram os medicamentos em condições vantajosas, calculando-se para este ano um consumo, em toda a rede, de cerca de 300 000 contos.

A venda de medicamentos ao público é legalmente feita apenas através das farmácias, sujeitas a fiscalização e controlo pela Direcção-Geral de Saúde.

11. *Funcionamento da organização.* — Observada em termos rápidos, a a partir de alguns dos principais indicadores, a situação de saúde das populações portuguesas e feito o balanço dos meios disponíveis, analisemos, ainda que sumariamente, o funcionamento da organização. Veremos seguidamente os seus efeitos em relação à população utente, ao pessoal de saúde e ao País em geral.

12. *Modo de funcionamento.* — A sucessão das contraditórias e ineficientes medidas de política nas últimas décadas retrata-se nitidamente na situação que nos foi legada. Cada governante do sector, na ânsia de imprimir o seu cunho pessoal, apenas introduziu modificações parcelares ao funcionamento de uma orgânica já de si frágil e descoordenada. Pode dizer-se com razão que, até 1971, não existiu qualquer política de saúde e a que se tentou nesse ano mal chegou a ser executada. A falta de uma política coordenada e continuada de saúde parece ser, assim, uma das causas, se não a principal, da desorganização existente.

A dispersão de serviços é a marca acentuada. Órgãos e estabelecimentos distribuem-se pela Secretaria de Estado da Segurança Social, pelos Ministérios das Finanças, da Coordenação Interterritorial, da Educação e Cultura, da Justiça, da Defesa Nacional, do Equipamento Social e do Ambiente e da Administração Interna. A Secretaria de Estado da Saúde controla apenas uma parte dos serviços oficiais responsáveis. O seu volume de despesas representa uma percentagem não maioritária na totalidade dos gastos públicos com a saúde.

O pessoal, sobretudo médico, de enfermagem e técnico auxiliar, reparte a sua actividade profissional pelas diversas dependências, em regimes de acumulação praticamente incontroláveis. Desta dispersão resultam multiplicações de estatutos profissionais, com reflexo nos níveis de produtividade pessoal. Mais grave ainda é a sua irregular distribuição geográfica. A grande maioria destes profissionais encontra-se fixada na faixa litoral, com predomínio das três maiores cidades do País. No interior e nas ilhas a rarefação actual tende mesmo a acentuar-se.

Também os meios materiais de actuação são simultaneamente escassos e mal aproveitados. Escassos sobretudo ao nível dos grandes meios urbanos, para fazer face a um consumo assimétrico que continua a acompanhar as tendências demográficas. Escassos e vetustos, oferecendo um desconsolador aspecto de incúria, onde as deficiências orgânicas e os erros de construção e instalação são agravados pela burocracia, pelo imobilismo e pelas dispersões ministeriais. Acresce que em muitos locais periféricos, onde rareia o pessoal médico e de enfermagem, estão paralisados serviços cujo dimensionamento fora planeado para necessidades há muito ultrapassadas, deixando sem aproveitamento racional o pessoal lá existente, certas instalações ainda funcionais e um equipamento que pouco mais faz que estar imóvel.

Os meios financeiros são também irregularmente distribuídos e deficientes ou tardiamente aproveitados, devido sobretudo à inexistência de uma orgânica de financiamento claramente definida, sobretudo no sector hospitalar.

Embora se deva reconhecer que os créditos orçamentais votados à saúde não obedeceram ainda à prioridade necessária para fazer sair o País da situação de subdesenvolvimento sanitário em que se encontra, pode dizer-se que, com os meios existentes, seria possível fazer mais e melhor se a orgânica dos serviços de saúde obedecesse aos princípios da unidade de planeamento e de continuidade na execução.

13. *Reflexos na população utente.* — Recorrer aos serviços oficiais de saúde é, para a população de mais baixos recursos, o sofrido exercício de um direito punjente, cujo acesso é, regra geral, difícil, demorado e penoso.

A qualidade dos serviços prestados, sobre a qual não se exerce qualquer controlo, tende a deteriorar-se à medida que as instalações envelhecem e a procura de cuidados e o consumo médico aumentam. O utente não tem, na prática, meios de exigir responsabilidades nos casos de incúria, incompetência ou outra falta grave.

O período médio de tratamento por doente é excessivamente longo, quer em regime ambulatorio, quer em regime de internamento, com as inerentes repercussões na economia do País. Portugal tem demoras médias hospitalares das mais elevadas da Europa e, conseqüentemente, quebras importantes na produtividade do trabalho. O absentismo por atraso nos recursos terapêuticos é um dos conhecidos males nacionais.

A população de recursos menos débeis é forçada a recorrer ao subsistema da medicina liberal, no que corre, porém, o risco de contrair encargos que ultrapassam facilmente a sua capacidade económica. Estar doente em Portugal é assumir um risco económico que nem a classe média pode suportar.

Para os estratos mais favorecidos começa a ser hábito o recurso a cuidados médicos no estrangeiro (Espanha, França, Suíça e Inglaterra), a preços em regra inferiores aos praticados nas clínicas particulares do País e com superiores garantias de qualidade e segurança.

14. *Reflexos no pessoal de saúde.* — Os erros acumulados na gestão das diferentes carreiras profissionais conduziram a um agravamento das assimetrias na distribuição de recursos humanos. Os hospitais dos grandes centros urbanos continuam superlotados de médicos em regime de tempo parcial, enquanto na periferia se agrava a rarefacção.

Mas, quer na periferia, quer nos grandes centros, os profissionais perdem hoje boa parte do seu tempo útil a deslocar-se de um local para o outro, acumulando funções em períodos curtos do trabalho diário, a fim de comporem o orçamento familiar. O pluriemprego generalizou-se, o posto de trabalho é apenas um local de passagem para outro posto de trabalho.

Assim nasce e se enraíza a frustração profissional, corroendo esperanças e minando as intenções dos trabalhadores mais conscientes. Acumulam-se funções, certos grupos acumulam proventos muito acima dos correntes no contexto nacional, mas mantém-se, apesar disso, a insatisfação na generalidade dos profissionais.

As gerações que iniciam a sua formação ou que beneficiam de pós-graduação sentem a qualidade do ensino e do treino diluir-se lentamente, amontoando vícios pedagógicos e profissionais de difícil correcção. O sistema actual não só invalida os aperfeiçoamentos parcelares, como hipoteca o futuro.

15. *Reflexos no País em geral.* — A dispersão de encargos por serviços dispendiosos, nem sempre prioritários, e de baixo ritmo produtivo provoca desperdícios financeiros graves. O povo começa a ganhar consciência de que, com iguais recursos, mas com orgânica diferente, se poderiam obter melhores resultados.

As sequelas de longos anos de vacilação e incoerência em matéria de saúde determinaram o desequilíbrio actual: a primeira linha de defesa (promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados médicos primários) foi sendo negligenciada, canalizando-se os limitados recursos para os meios de acção mais espectaculares do combate à doença, que se situam já na segunda linha de actuação. Desta forma, o chamado «Estado social» caiu num ciclo vicioso, devorando as verbas e sendo incapaz de criar as condições que deveriam deter na primeira linha os acréscimos inelutáveis da procura. Assim se foi adiando um dos mais graves problemas nacionais.

Em deficiente estado sanitário as populações não podem progredir. Sem produção, por exemplo, não há riqueza. Sem criação de riqueza não pode haver redistribuição que garanta o financiamento das acções de saúde. Continua a revelar-se difícil romper o ciclo da doença e da miséria. Do encadeamento destes factores decorre a manutenção da situação global de subdesenvolvimento, com todas as suas implicações políticas, sociais, culturais e económicas.

A conclusão que se pode extrair do funcionamento da nossa actual organização de saúde é de que, a despeito dos gastos crescentes que ela exige da comunidade, são mínimos os seus reflexos nos níveis de saúde do País. Estes continuam acentuadamente baixos, revelando todas as características dos sistemas em que a ênfase é posta nos aspectos curativos, descurando-se as acções de promoção da saúde e prevenção da doença.

Para se passar da situação descrita à posição dinâmica de instalação rápida de um serviço nacional de saúde, ter-se-á que aplicar coordenadamente as medidas estabelecidas na legislação, e que consistem, fundamentalmente:

- a) Na unificação dos serviços existentes, incluídos os da Previdência e Misericórdias, sua adaptação ao esquema estrutural do serviço nacional de saúde e criação dos serviços e estabelecimentos ainda não existentes e indispensáveis;
- b) Na organização imediata dos conselhos coordenadores (distritos) e comissões coordenadoras (concelhos) de apoio às autoridades sanitárias e ao funcionamento dos serviços nas áreas respectivas;
- c) No aperfeiçoamento, conseqüente, do funcionamento dos serviços hospitalares existentes e substituição dos que não oferecerem condições de reconversão, integrados numa rede nacional.

2 — ESTIMATIVA DAS ACTUAIS NECESSIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE

Em nota publicada em 1973 (O dilema da saúde e da doença na sociedade actual) supusemos, por raciocínio pragmático e grosseiro, baseado na experiência

de alguns países com serviços de saúde organizados, que a população começará a ficar bem servida se lhe puderem ser asseguradas por dispositivos de saúde eficientes, em média, 4 consultas por ano e habitante, em regime de ambulatório, com a seguinte distribuição esquemática:

— Durante o 1.º ano de idade	20
— De 1 a 5 anos	6
— De 6 a 16 anos	4
— De 17 e mais anos	3

independentemente do recurso voluntário ao médico de clínica particular, que deverá ser incentivado e não restringido, e do recurso ao internamento hospitalar, que deverá ser assegurado em condições óptimas pelos serviços de saúde evitando o recurso a instituições particulares, causa de grande exploração, de faltas deontológicas graves e de desarranjo no funcionamento dos hospitais oficiais — o que significaria que os serviços de saúde, em conjunto, precisam de adquirir capacidade para proporcionarem à população cerca de 34 milhões de consultas, tratamentos e outras prestações de cuidados de saúde. O número actual (capítulo II) é de cerca de 22 milhões, nos serviços de cuidados primários de saúde.

Num pequeno país (Cuba) que reorganizou recentemente os seus serviços de saúde, sob a forma de serviço nacional, a experiência mostra (1973) que as solicitações da população, cujo nível de vida é inferior ao dos portugueses, foram aproximadamente, por ano e habitante:

— Visitas ao médico	3,9
— Consultas de estomatologia	0,6
— Consultas de recém-nascidos	4,5
— Consultas perinatais	8,5

Um facto importante que terá de ser tomado em conta na organização dos serviços de saúde é o de que, durante muitos anos, a média de consultas e de tratamentos será provavelmente duas a três vezes maior nos grandes meios urbanos do que nos meios rurais, excluído o sector materno-infantil em que as condições deverão ser iguais e começam já a sê-lo com a actual organização de serviços.

Outro dado essencial, pressuposto, é o de que o número de camas hospitalares necessárias para internamento se cifra em números da ordem de:

- 3 a 4, por 1000 habitantes, para doentes agudos (hospitais gerais);
- 2 a 3, por 1000 habitantes, para doentes doutros tipos (hospitais especializados) dentro duma orgânica funcional coordenada aos níveis concelhio, distrital e central (regional), com capacidade para atender cerca de 600 000 doentes necessitados anualmente de internamento, segundo dados provisórios existentes.

A previsão que se poderá fazer neste momento, em termos de estimativa das necessidades de cuidados de saúde, compreende, pois:

a) *Cuidados primários de saúde*, a serem prestados por um serviço integrado único, do tipo serviço nacional de saúde, a toda a população, ao nível dos centros de saúde e serviços coordenados de consultas hospitalares ou outros:

— 4, por ano e habitante, ou seja o total de 34 milhões para a população actual, com a seguinte distribuição:

- 1) durante o 1.º ano de idade, 20, correspondendo 4 ao primeiro mês (uma por semana), 10 aos 5 meses seguintes (uma por quinzena) e 6 aos restantes 6 meses (uma por mês);
- 2) de 1 a 5 anos, em média 6, ou seja uma cada dois meses, antes da entrada na escola;
- 3) de 6 a 16 anos, em média 4, ou seja uma cada três meses, durante a vida escolar e período pubertário;
- 4) de 17 anos e mais, em média 3, ou seja uma cada 4 meses na adolescência e idades seguintes.

— um número ainda não calculado de análises laboratoriais, que numa primeira fase de adaptação poderá atingir mais de 10 % do total de prestações de cuidados de saúde, o que corresponderia a um número da ordem de 4 milhões.

b) *Cuidados hospitalares*. Com uma distribuição equitativa e funcional das camas hospitalares e admitindo que a taxa de ocupação não seria inferior a 80 %, com uma permanência média dos doentes de 10 dias nos hospitais concelhios e de 15 dias nos hospitais distritais e centrais, e que será preciso internar 600 000 doentes agudos por ano, dos quais 200 000 poderão ser tratados nos hospitais concelhios da sua área de residência, haverá que considerar as seguintes necessidades:

- 7000 camas em hospitais concelhios, isto é, 1,2 camas por 1000 habitantes da população servida;
- 18 000 camas distribuídas igualmente por hospitais distritais e centrais, para atendimento dos 400 000 doentes agudos, que necessitam de cuidados não prestados nos hospitais concelhios da área onde vivem, em número de 185 000, aproximadamente, e os restantes 215 000, que vivem na área servida pelos hospitais distritais e centrais.

As necessidades de camas para partos e doentes especiais (tuberculose, psiquiatria, recuperação e outros), avaliadas em 17 000 a pouco mais de 20 000, são difíceis de distribuir por sectores individualizados, como é o caso da tuberculose, em que a estimativa correcta parece ser muito baixa, já apenas da ordem de centenas, uma vez que estes doentes diminuíram muito em número e podem ser tratados em hospitais gerais, ou da psiquiatria, em que os conceitos terapêuticos influenciam fortemente o recurso ao internamento hospitalar.

No que se refere aos partos, se todos fossem efectuados em hospital e a permanência média das parturientes fosse de cinco dias, o número total de camas necessárias pouco excederia 2000.

No que se refere às necessidades de cuidados de saúde, três ordens de comentários se nos afiguram úteis no estado presente da situação portuguesa:

- 1) A organização da estrutura de prestação de cuidados primários de saúde, capaz de assegurar um número de consultas e actos conexos da ordem de 34 milhões, com serviços materno-infantis adequados, implica um esquema funcional de serviços muito sério em contacto directo e permanente com a população. Dele se falará, neste capítulo, um pouco adiante, acentuando que está apenas em começo de organização;
- 2) A rede hospitalar dispõe de camas suficientes para a prestação dos cuidados previstos, sendo prudente não pensar em muito mais camas, mas, sim, em distribuí-las e aplicá-las racionalmente e substituir as velhas (serviços inadequados) por outras bem enquadradas.

As camas hospitalares gerais existentes no País são da ordem de 31 000, incluindo cerca de 8700, em hospitais concelhios, e 16 100, em hospitais distritais e centrais, e como as necessidades acabadas de indicar são da ordem de 25 000, só parece indispensável saber aproveitá-las.

Também quanto a camas para doentes especiais, as disponibilidades são indicadas como sendo da ordem de 18 600, incluindo 1200 para partos, 4900 para tuberculose, 9000 para psiquiatria e 3500 outras, o que se aproxima numericamente das necessidades, mas exige ajustamentos funcionais profundos;

- 3) Do pessoal de saúde indispensável, parece haver número suficiente de médicos, calculado na base de 1 médico para 1250 habitantes, em termos gerais, e na base mais precisa de 1 médico para 2500-3000 habitantes, na prestação de cuidados primários de saúde, e de 5-17 médicos, por 100 camas hospitalares, para o conjunto de doentes agudos, crónicos e partos, o que totalizaria cerca de 8000 médicos activos.

Muito menos satisfatória é a situação quanto a pessoal de enfermagem, e em particular de saúde pública, onde as necessidades imediatas devem ser três vezes superiores às disponibilidades, respectivamente, 1600 e 550 unidades, a pessoal de estomatologia, tanto médico como auxiliar, em que os números por coincidência são semelhantes aos acabados de indicar para a enfermagem de saúde pública, e ainda o pessoal de engenharia sanitária ou de salubridade, em que há ausência quase total de engenheiros sanitários e um número insuficiente de agentes e fiscais sanitários.

A capacidade do País afigura-se, porém, suficiente para a preparação de todo este pessoal, com vantagem para o de enfermagem e auxiliar de saúde pública, cuja formação a partir dos cursos normais e de cursos intensivos já experimentados ou estudados pode ser imediata. Também a preparação de engenheiros sanitários está já a ser feita em curso especial, com a colaboração de serviços de saúde e universitários.

3 — ESQUEMA FUNCIONAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como se referiu no capítulo III, o esquema actual dos serviços de saúde portugueses abrange, além de um nível central de estudo, planeamento, orientação técnica e avaliação dos resultados:

- Um nível regional representado pela Inspeção Coordenadora, presidida por um inspector de saúde, que é a primeira autoridade de saúde, em termos de regionalização, no qual se localizam serviços de saúde diferenciados de apoio aos dos níveis seguintes, e que são fundamentalmente os centros de saúde das sedes dos distritos em que funciona a Inspeção, com os laboratórios de saúde pública adistritos, e os hospitais centrais e especializados;
- Um nível distrital, com o director de saúde como autoridade sanitária, sendo os serviços constituídos por centros de saúde distritais e respectivos laboratórios de saúde pública e hospitais distritais;
- Um nível concelhio, igualmente com uma autoridade sanitária — o delegado de saúde — e serviços representados pelos centros de saúde concelhios e hospitais concelhios que lhes devem ficar anexos, constituindo a unidade: centro de saúde/hospital concelhio. O centro de saúde concelhio é prolongado na periferia mais afastada por postos de saúde, que são unidades fixas localizadas em aldeias e dependentes, sob o ponto de vista funcional e técnico, do respectivo centro concelhio.

A estratégia da saúde aconselhava, naturalmente, nesta fase da instalação progressiva do Serviço Nacional de Saúde, que se reorganizassem ou criassem os serviços pela ordem indicada, como começou a ser feito, para se conseguir o enquadramento funcional indispensável.

Isto não impede, como também inicialmente aconteceu, que se devam concentrar todos os esforços e meios disponíveis na instalação rápida dos centros de saúde concelhios, que são as unidades executivas das tarefas de saúde de mais vasta implantação na população, e que hão-de servir de suporte, à medida que adquirem capacidade suficiente para apoio, às pequenas unidades mais periféricas de postos de saúde.

Da periferia para os grandes centros urbanos, o esquema compreende, pois, unidades funcionais escalonadas com atribuições progressivamente mais diferenciadas, que referiremos pela seguinte ordem de importância e dependência técnica:

1 — *Posto de saúde.* O posto de saúde (p.s.) representa o nível de base dos cuidados primários de saúde, isto é, o serviço organizado mais elementar e situado mais à periferia. Destina-se a servir grupos da população de 5000 habitantes ou menos, distribuídos por uma área que não deve ter mais de 5 km de raio, e deve ficar localizado na freguesia ou aldeia mais importante ou que ofereça melhores condições de acesso. Dispõe de instalações fixas e é constituído por pessoal auxiliar de enfermagem permanente (uma ou duas unidades), com preparação adequada, chefiado ou não por um elemento de enfermagem de saúde pública, sob a orientação de um médico que pode fazer parte do posto ou pertencer à equipa do centro de saúde concelhio. Quando não dispuser de um ele-

mento médico local permanente, os contactos de trabalho com o centro serão coordenados por forma regular e eficiente, por via telefónica ou outra, ao mesmo tempo que o centro presta ainda o apoio de outros elementos de trabalho, como é o caso do agente sanitário, que deve visitar a área do posto pelo menos uma vez por semana.

A estratégia de trabalho do p.s. é bem conhecida da experiência de muitos países. A sua intervenção compreende a vigilância médico-sanitária permanente da população, por contacto directo regular com os agregados populacionais e conhecimento do que se passa quanto à saúde das famílias e indivíduos, organização das consultas médicas regulares, das sessões de ensino e educação para a saúde, acompanhamento domiciliário e triagem dos doentes.

As consultas médicas virão a englobar, por acordo de trabalho estabelecido concretamente pelo centro, as tarefas que são da responsabilidade dos médicos do próprio centro, dos médicos dos serviços da previdência a integrar e dos especialistas que servem uma ou outra destas entidades, implicando a sua organização horários certos e as ligações com os serviços laboratoriais e serviços hospitalares de internamento.

As ligações do p.s. com o centro são permanentes, para efeito de orientação quanto ao atendimento de casos clínicos mais complexos, partos e triagem de doentes que devem ser atendidos em serviços de nível superior ao p.s., e igualmente em tudo o que se passar quanto ao sector prioritário da saúde materno-infantil.

O funcionamento do p.s. nas instalações fixas compreende as actividades correntes de pequeno posto de socorros e de posto de consultas médicas e de ensino por grupos, em dias e horas estabelecidas, e, fora, em contacto directo com a população, os trabalhos ambulatoriais (visitação) junto das escolas e das famílias no domicílio. A educação para a saúde constitui tarefa permanente, a integrar nas actividades regulares, como parte do programa nacional, associada ao apoio regular a dar aos elementos locais de saúde em acção.

O número e a localização dos p.s., adstritos a cada centro, dependerão das necessidades da população, traduzidas pelo seu afastamento do centro, dificuldades de meios de acesso, grau de desenvolvimento socio-económico e consequentes facilidades ou não de auto-satisfação das tarefas correntes de prevenção e higiene, e das disponibilidades dos serviços em pessoal e meios técnicos de equipamento das instalações. O pessoal é destacado do centro e, para as tarefas não permanentes, recrutado por tarefa específica e remunerado por verbas especiais, na dependência administrativa do centro.

2 — *Centro de saúde concelho.* O centro de saúde concelho (c.s.c.) é um conjunto integrador de actividades, sob a forma de serviços, habitualmente chamados «valências», que cobrem campos diferenciados de actuação médico-sanitária, constituindo uma unidade mais forte e estável do que o p.s. e com capacidade para a prestação completa dos cuidados primários de saúde na área que serve.

O c.s.c. está localizado na sede do concelho e cobre toda a população deste, que pode ir de poucos a muitos milhares de habitantes, distribuídos numa área que geralmente tem um raio entre 10 e 30 km, pela sua unidade, apenas, ou por esta e os p.s. dela dependentes.

A legislação de 1971 separou os c.s.c. em dois grupos, conforme a população da área é inferior ou superior a 30 000 habitantes. Como veremos no capítulo V, para efeitos de cálculo do custo de um suposto serviço nacional de saúde português, classificámos os c.s.c. em três grupos: com menos de 10 000 habitantes, entre 10 000 e 30 000 habitantes, com a média de 20 000, e com mais de 30 000, sendo a média de 40 000, que seriam, respectivamente, em número de 74, 127 e 55, na parte continental do País.

As características funcionais do c.s.c., quanto à sua constituição, constam da legislação (capítulo III). O pessoal, variável com a dimensão do centro, compreende médicos (saúde pública, clínica geral, especialistas) em regime permanente ou de tarefa, elementos de enfermagem, incluindo partos, de estomatologia e de salubridade, apoiados por elementos administrativos e pessoal auxiliar. Conforme a sua dimensão e as relações com as unidades hospitalares locais (hospitais concelhos, que devem vir a funcionar ligados aos c.s.c., constituindo a unidade: centro de saúde/hospital rural), as instalações e o equipamento do c.s.c. podem incluir outros elementos técnicos (Raios X, laboratório, farmácia) ou servir-se das unidades próximas mais completas na área a que pertencem (centros de saúde e hospitais distritais).

Os actuais hospitais concelhos, em número de cerca de 220, têm número muito variável de camas, que vai de algumas unidades a mais de 100, com a média de 40. Ao fazer-se a integração dos serviços médico-sociais de previdência, toda a actividade médico-sanitária ao nível do concelho deverá passar a ser da responsabilidade directa do c.s.c. e dos p.s. seus dependentes, com o apoio do centro de saúde distrital e do hospital distrital, que desempenham, relativamente ao c.s.c., papel semelhante ao que este tem para com os p.s. da área.

As ligações do c.s.c. com as actividades de medicina privada serão reguladas por normas estabelecidas superiormente e com características nacionais, no interesse da população. Admite-se que a medicina privada, exclusivamente sob a forma de clínica médica geral e de especialidades e não sob a forma de «casas de saúde» ou de hospitais particulares, poderá ser útil nesta fase da organização de serviços colectivos completos de saúde, como complemento que cubra deficiências importantes do seu funcionamento normal.

O funcionamento do c.s.c. é semelhante ao do p.s., embora processando-se em extensão muito maior e com meios mais diferenciados, e envolve nas unidades que têm o hospital concelho acoplado o internamento para os casos ligeiros de doença que o exijam e para partos normais, ou que impliquem apenas a intervenção do médico. As consultas de clínica geral e de especialidades constituem um sector muito importante da actividade do c.s.c., organizadas em serviço próprio, mas integrado nas actividades conjuntas de visitação (ambulatório), materno-infantis, de laboratório e de educação para a saúde.

As ligações do c.s.c. com os centros e hospitais distritais fazem parte do esquema de enquadramento das actividades de cobertura médico-sanitária da população, envolvendo os dispositivos de ambulâncias para transporte de doentes e os cuidados de urgência. Uma comissão coordenadora composta por representantes das entidades e sectores da população interessados nas actividades médico-sanitárias concelhias está prevista na legislação para apoio da autoridade sanitária e funcionamento do c.s.c.

3 — *Centro de saúde distrital.* O centro de saúde distrital (c.s.d.) é como o c.s.c. uma unidade orgânica integradora das actividades locais de saúde e assistência, com equipa de pessoal de saúde completa, mas dispõe de condições de trabalho diferentes, uma vez que todas as tarefas de internamento de doentes e grande parte das consultas gerais e de especialidades são da responsabilidade dos hospitais distritais, sendo efectuadas nas instalações destes. A coordenação destas consultas as do c.s.d. deve, porém, ser feita por este para servir toda a população.

Compete ao c.s.d. a prestação de todos os cuidados primários de saúde à população que serve, que é da ordem de 100 000 habitantes, directamente ou por outras instituições para o efeito dependentes. Está sediado na capital do distrito.

A equipa de saúde que constitui o seu pessoal de trabalho é formada por médicos e pessoal paramédico, de maneira que as diversas valências do c.s.d. adquiram capacidade suficiente de intervenção junto da população servida, além do apoio a dar aos c.s.c. da respectiva área.

As instalações fixas do c.s.d. são de tipo já estabelecido pelos serviços centrais, tal como acontece para o c.s.c., dispondo de forma permanente ou transitória de unidades sanitárias móveis, para trabalhos de campo e campanhas especiais de vacinação ou de luta contra as endemias ou epidemias, segundo os planos estabelecidos pelas autoridades sanitárias para as diversas áreas,

Está previsto que nas grandes cidades, que correspondem às sedes das regiões, haverá mais do que um c.s.d., subordinados à mesma autoridade sanitária (director de saúde).

Como a legislação estabelece, os c.s.c. dependem administrativa e tecnicamente do respectivo c.s.d., pelo que este precisa de ter serviços administrativos, estatísticos e de apoio técnico suficientes.

4 — *Laboratórios de saúde pública.* Dentre as valências e actividades de apoio dos centros de saúde a legislação criou os laboratórios distritais de saúde pública, que funcionam nos respectivos centros e, onde isso for necessário, também na sede de alguns grandes c.s.c., sob a dependência do laboratório, da sede do distrito.

Os laboratórios de saúde pública estão integrados numa rede nacional unificada, que compreende o Instituto Nacional de Saúde (INSA) com os dois laboratórios centrais de Lisboa e Porto, os laboratórios distritais, presentemente em número de 12, e os laboratórios na sede de alguns grandes concelhos, presentemente em número de 2, estes localizados em Fafe e Caldas da Rainha. Os laboratórios distritais ainda não organizados são os de Santarém e Beja.

O INSA, além de assegurar o trabalho laboratorial de saúde pública nos distritos de Lisboa e Porto, funciona como laboratório central de apoio, de orientação técnica e de preparação do pessoal técnico.

Esta rede de laboratórios pode considerar-se estruturalmente adequada à satisfação das necessidades próprias deste sector de trabalho e corresponde ao esquema que é recomendado pela OMS, bastando desenvolvê-la paralelamente à instalação e adaptação dos restantes serviços.

5 — *Hospitais.* A rede hospitalar, constituída pela hierarquia de estabelecimentos de internamento de doentes no âmbito concelho (221), distrital (44) e central (6) está sujeita a legislação própria, competindo-lhe a prestação dos

cuidados hospitalares, em coordenação com o funcionamento dos restantes serviços de prestação de cuidados de saúde. A semelhança do que se verifica nos países evoluídos, também entre nós os chamados hospitais concelhios ou rurais desempenham funções de nível diferente das atribuídas aos hospitais distritais e centrais e a sua designação de hospitais só se justifica dentro da limitação de que são pequenos estabelecimentos de internamento destinados a fins elementares locais que não envolvem instalações técnicas de custo elevado, nem equipas de pessoal diferenciado. De resto seria impossível técnica, administrativa e financeiramente e desnecessária em termos de prestação de cuidados especializados de internamento, a existência de tão numerosos estabelecimentos. A rede hospitalar precisa de funcionar, pois, com o aproveitamento total e disciplinado das unidades consideradas necessárias nos seus diversos níveis de intervenção:

a) *Hospitais concelhios.* Presentemente em número de 221 e localizados geralmente nas sedes dos concelhos, pertencem a entidades particulares (Misericórdias), mas foram já colocados pela legislação de 1971 na dependência técnica e financeira da Direcção-Geral de Saúde. Alguns concelhos de grande população (cerca de 27) dispõem de hospitais distritais, dependentes da Direcção-Geral dos Hospitais, e, portanto, de nível funcional mais completo.

O número de camas em serviço está avaliado em cerca de 8700 e o calculado como necessário em 7000, mas a sua distribuição precisaria de sofrer modificações, dando a cada unidade um mínimo, talvez da ordem de 10, e um máximo, da ordem de 100, de acordo com a população a servir.

Os dados estatísticos de que se dispõe relativos ao seu funcionamento e rendimento útil são limitados e poucos coerentes, pensando-se que a melhor forma de aproveitar o incalculável valor potencial destas formações de saúde será a de dar prioridade às suas funções de internamento para partos e doentes simples, de patologia pouco complexa, além das consultas gerais e de especialidades regulares, em coordenação directa com o trabalho do centro de saúde local.

Desta maneira, seria possível dispor ao nível do centro de saúde concelho de capacidade suficiente de camas para atender imediatamente os casos necessitados do sector materno-infantil, o mais prioritário, e de facilitar durante o ano inteiro e, em particular, nos períodos estacionais de maior afluxo de doentes, a comodidade de internamento próximo da residência, sem carácter asilar, dos casos aconselháveis.

A triagem dos doentes ficaria assegurada pelas equipas de saúde do centro, trabalhando em contacto com a população dentro do esquema: centro de saúde/hospital concelho, e pelo hospital, coordenadamente, sob a orientação da autoridade sanitária responsável pelo funcionamento global da unidade de saúde concelho.

Calcula-se que os hospitais concelhios possam atender 200 000 casos de internamento, por ano, ou seja cerca de um terço de todos os doentes que precisam de atendimento hospitalar.

b) *Hospitais distritais.* Presentemente em número de 42 e localizados nas sedes dos distritos, fora de Lisboa, Porto e Coimbra, e noutros centros urbanos importantes, pertencem a entidades particulares (Misericórdias),

sob a dependência técnica e em parte financeira da Direcção-Geral dos Hospitais.

O número das suas camas está avaliado em cerca de 7500 e o que calculámos necessário é de 9000. A actual distribuição de camas precisaria de ser modificada, dando a cada unidade um mínimo de 200, para que os quatro serviços fundamentais: medicina, cirurgia, obstetricia-ginecologia e pediatria, disponham de unidades completas, com apoio de cuidados intensivos ajustáveis, e possam ser completados com pequenos serviços de especialidades.

Os dados estatísticos relativos ao funcionamento destes hospitais e avaliação do seu rendimento útil são insuficientes e indicam grandes defeitos, na generalidade, ao mesmo tempo que se reconhece indispensável aproveitar rapidamente por reconversão das suas estruturas e equipas de pessoal a extraordinária potencialidade de trabalho que oferecem, quando devidamente enquadrados num serviço nacional de saúde.

Em ligação com os hospitais distritais, tendo em conta a sua posição funcional relativamente aos hospitais concelhios, a nível inferior, e aos hospitais centrais, a nível superior, é fundamental coordenar os serviços de socorro a sinistrados e doentes, a cargo do Serviço Nacional de Ambulâncias.

c) *Hospitais centrais.* Presentemente em número de 6 e localizados dois a dois nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra, pertencem ao Estado 5 deles e à Misericórdia do Porto, o Hospital Geral de Santo António.

Dispõem de cerca de 8500 camas e o número necessário a que anteriormente fizemos referência seria de 9000.

Dois destes hospitais — o Escolar da Universidade de Coimbra e os Hospitais Cívicos de Lisboa — precisam de ser substituídos na quase totalidade, como é o caso do primeiro, ou profundamente remodelados, para o que há planos em via de execução.

Todos os hospitais centrais estão em curso de ser actualizados nos aspectos técnicos e funcionais, para o que se torna urgente dotá-los de serviços de apoio devidamente organizados e produtivos (laboratórios, Raios X, informática), de serviço de urgência operantes e de cuidados intensivos adequados às necessidades.

Ainda mais do que nos hospitais distritais, dado a responsabilidade de trabalho a este nível, os hospitais centrais precisam de rever imediatamente a estrutura dos seus quadros de pessoal e passarem a avaliar a produtividade do trabalho que lhes compete.

As mudanças que se estão a verificar na utilização de unidades hospitalares anteriormente afectas a actividades específicas (Centro Sanatorial do Lumiar, Hospital do Ultramar) e outras que são inevitáveis em unidades particulares poderão facilitar a readaptação dos hospitais centrais, em especial de Lisboa, às necessidades concretas criadas pelo Serviço Nacional de Saúde.

Também os hospitais especializados, referidos anteriormente, irão ser readaptados.

d) *Serviço nacional de ambulâncias.* Criado pelo Decreto-Lei número 511/71, de 22 de Novembro, com a função de organismo coordenador e

orientador das actividades relacionadas com a prestação de primeiros socorros a sinistrados e doentes e ao respectivo transporte, está a cargo de um conselho coordenador. A sua acção é de âmbito nacional e dispõe de receitas consignadas, para ocorrer às despesas de funcionamento.

O alargamento das suas actividades, desde o nível concelhio de actividades hospitalares e outras, será intensificado com a organização progressiva do Serviço Nacional de Saúde, na sequência da experiência adquirida já com o seu funcionamento, que, nesta primeira fase, muito fica a dever à experiência anteriormente ganha com o «115» (referência ao número telefónico que o desencadeia e põe em acção, desde o tempo em que estava a cargo da Polícia de Segurança Pública nas grandes cidades).

Importa, porém, adoptar as providências que assegurem a orientação e a coordenação das actividades de todos os organismos que intervêm no sentido de socorro desta espécie, facilitando a melhor articulação com os serviços hospitalares e a aquisição de meios mais eficientes, no que respeita ao tipo e equipamento das ambulâncias, e da melhor formação e utilização do pessoal apto a prestar os primeiros socorros, sempre da maior responsabilidade profissional.

Em 1971, pensava-se que seriam precisos 3 a 5 anos, para instalar, neste esquema, a rede de centros de saúde em condições regulares de funcionamento, o que, simultaneamente, implicava a preparação e recrutamento de pessoal, especialmente paramédico, e a aquisição de equipamentos e outros meios de trabalho. Em 1975, isto é, no ano corrente, a rede de prestação de cuidados de saúde primários ou de base deveria estar completamente instalada e com a experiência suficiente de trabalho para permitir o seu rápido e progressivo aperfeiçoamento e a integração completa dos serviços paralelos da Previdência.

Mas a realidade é muito diferente. Falta ainda instalar mais de um terço dos centros de saúde previstos e o número de postos de saúde criados é apenas de poucas unidades, em vez das centenas que a experiência indicará necessários. Por outro lado, a capacidade de trabalho das unidades em funcionamento é extremamente reduzida e as equipas de pessoal têm, por toda a parte, falta de médicos e grande escassez de pessoal paramédico, por atraso na preparação dos elementos de enfermagem de saúde pública indispensáveis e, até, suspensão da prevista preparação de elementos auxiliares de estomatologia, de que há carência absoluta.

Toda a estrutura se pode considerar ainda muito longe de ter atingido os objectivos próprios do funcionamento normal. O mesmo se verifica com os laboratórios de saúde pública.

Pensava-se também que seriam precisos 3 a 5 anos para reorganizar a rede hospitalar, tendo-se preparado um plano de três anos para «actualizar» os hospitais centrais e enquadrar os regionais e organizado programas de substituição do Hospital Escolar da Universidade de Coimbra e de parte dos Hospitais Cívicos de Lisboa, por novas unidades hospitalares, a construir antes de 1975.

Tudo está para fazer, neste momento em que as resoluções, mesmo acertadas e positivas, não podem compensar os prejuízos enormes sofridos e a sofrer pela população com o atraso que se mantém.

4—FORMAÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE

O problema, fundamental em todo o mundo, da preparação dos diversos elementos técnicos e administrativos que constituem os quadros dos serviços de saúde centrais e locais e que, em grande parte, não-de integrar-se em equipas de saúde polivalentes, com a necessária capacidade de trabalho, tem menos importância imediata para o caso dos médicos, do que para o pessoal de enfermagem e outras categorias do pessoal chamado paramédico, nesta época, entre nós. As duas grandes dificuldades que se levantam, de conseguir preparar número suficiente de elementos e de adaptar essa preparação às necessidades de trabalho de um serviço nacional de saúde, são resumidas nas notas seguintes.

a) No que se refere aos médicos, o número de elementos activos é satisfatório. A estimativa de 8000, correspondente a pouco mais de 1 médico por 1000 habitantes, ao mesmo tempo que se pode contar com a formação anual de novos médicos em número muito elevado, permite considerar todo o problema, não em termos de penúria mas de aproveitamento racional. Na realidade, a distribuição regional dos médicos é profundamente desequilibrada e tem-se agravado com a concentração excessiva nos maiores centros urbanos e a rarefacção progressiva nos meios rurais, onde o seu número tem diminuído paralelamente com o aumento da idade média dos profissionais em actividade.

A organização de um serviço nacional de saúde deve ajudar a resolver este importante problema da distribuição dos médicos e da sua fixação equitativa fora das grandes cidades, criando condições concretas de trabalho atraente e útil e de justa remuneração financeira.

Prevê-se que, no respeitante a cuidados primários de saúde, seja indispensável dispor de 1 médico para cerca de 2500-3000 habitantes, o que totalizaria um pouco mais de 3000 unidades, e no que se refere a cuidados hospitalares, 5-17 médicos, por cada 100 camas hospitalares, o que totalizaria menos de 5000 unidades. Restam as necessidades dos serviços centrais e de algumas categorias de especialistas, incluindo autoridades sanitárias. Calcula-se que a renovação anual de médicos e novas solicitações exijam a preparação de 600-800 unidades pelas actuais Faculdades de Medicina, o que é perfeitamente realizável, como veremos um pouco adiante.

Mais difícil, talvez, é um aspecto novo ou, pelo menos, de grande importância no presente, que exige atenção imediata — o da preparação actualizada e eficiente dos médicos para as tarefas próprias da prestação de cuidados de saúde coordenados a toda a população. Em parte nenhuma do mundo de hoje a formação de médicos pelas Universidades é considerada adequada e dirigida para satisfazer as necessidades de cuidados de saúde e de luta contra as doenças nas comunidades em que não-de servir.

Por certo que as diferenças de nível de preparação e de ajustamento às necessidades existentes são grandes entre países e mesmo entre universidades ou escolas do mesmo país, mas o fundo da questão está em que no planeamento do ensino não são tidas em conta a extensão e a variabilidade dos cuidados que os futuros médicos são obrigados, pelas condições existentes, a aplicar na colectividade.

O princípio válido de uma reforma do ensino médico que procure solucionar as dificuldades da adaptação dos métodos e programas à finalidade de preparar médicos aptos, isto é,

- que conheçam as condições da morbilidade e do estado socio-sanitário da população;
- que saibam aplicar os métodos e as técnicas modernas de prevenção e de luta contra as doenças existentes nas áreas em que servem;
- que conheçam e sejam capazes de aplicar os métodos de trabalho em equipa;

está na definição do tipo de médico que é preciso preparar e na previsão do número de médicos que anualmente devem ingressar nos serviços ao dispor da população.

Este novo tipo de ensino da medicina de ser centrado nas ciências médicas, que constituem a base da preparação técnica, e na colectividade, que tem os problemas a resolver pelos meios que esta preparação deve facultar.

O ENSINO DA MEDICINA CENTRADO NAS CIÊNCIAS FUNDAMENTAIS E NA COLECTIVIDADE

Uma vez definidos os dois pontos de partida do plano de estudos do curso de Medicina:

- o tipo de médico que é preciso preparar (finalidade do plano);
- previsão do número de médicos que devem ser licenciados anualmente (objectivo do plano);

tarefas estas que virão a incumbir a órgãos centrais de estudo e investigação da tecnologia da saúde, outros dois pontos são de considerar no delineamento do esquema:

- o da modalidade do ensino — *integrado* ou *coordenado* — que será mais conveniente, ou aplicável com mais êxito, dadas as condições e os meios a utilizar;
- o do plano de estudos, no que se refere a duração do curso, fases que deve compreender, distribuição das matérias e das actividades aplicadas a cada fase e organização de horários.

É destes dois pontos que nos iremos ocupar.

1. Modalidade do ensino

Quando se procura que os factores condicionantes dos estados de saúde ou de doença no homem sejam dados a conhecer ao estudante de Medicina e por ele venham a ser considerados como base da sua formação, nos aspectos da ecologia humana, da patologia e da terapêutica, apresentados em sequência racional das suas interligações, parte-se do princípio de que se dispõe da capa-

cidade suficiente de elaboração e de execução dos programas ao longo do curso, e, especialmente, na sua fase inicial, que será decisiva para o êxito do ensino.

Esta capacidade pode atingir o grau suficiente de unificação a partir de um núcleo de conhecimentos que se alarga progressivamente de forma equilibrada, pela apresentação de novos factos mais complicados, sem duplicações, repetições ou omissões, e permitirá a organização do ensino integrado; ou é insuficiente para atingir esta finalidade, mas admite a coordenação das actividades docentes e discentes até um grau já aceitável de eficiência.

Com o ensino integrado tem-se em vista, conforme publicação recente da O.M.S. (*):

— a apresentação simultânea das matérias referentes ao mesmo assunto, que se encontram dispersas por disciplinas de estudo diferentes, permitindo a assimilação e a integração mais fácil dos dados a conhecer;

— a apresentação dos factos, centrados numa linha de princípios coerente, na extensão em que for definida no plano, uma vez que não pode ser ministrada a totalidade dos conhecimentos disponíveis na nossa época;

— a redução ao mínimo das repetições inúteis e das omissões graves;

— o reforço e a melhoria das relações entre os membros dos diversos departamentos ou disciplinas, facilitando o conhecimento dos problemas e o seu confronto.

Julga-se que não haverá dúvida quanto às vantagens de estabelecer o ensino integrado ao longo de todo o curso, mas se tal não for possível de forma suficiente, pela carência de pessoal docente, ou por carência de orgânica apropriada de serviços, estabelecer-se-ia o regime de integração para os anos de preparação básica e para aqueles dos sectores da fase seguinte, como é o ensino da saúde pública, em que a natureza dos meios disponíveis o torne aplicável, dando aos restantes sectores a coordenação de actividades que for possível.

Compreende-se que o ensino integrado apresente o maior interesse nos primeiros anos do curso, visto ser neles que são ministrados os ensinamentos de carácter geral que procuram informar os estudantes do que é a vida, em termos biológicos, e dos seus mecanismos e níveis de diferenciação; da sua expressão física, química e funcional no homem, assente como em todos os seres vivos nas três funções básicas de *relação* com o meio ambiente, *nutrição* e *reprodução*; e levar os mesmos alunos a utilizarem a sua capacidade de reflexão e integração de conceitos, no sentido de compreenderem de forma suficientemente clara o comportamento do organismo humano ao longo da vida e poderem aconselhar as medidas apropriadas ou executar as tarefas que ajudem à sua adaptação ou recuperação, em face das acções exteriores influenciadoras desse comportamento.

O ensino nos dois primeiros anos, ou, pelo menos, no primeiro ano, deverá ser, por isso, de preferência, integrado, o que exigirá uma estrutura de serviços de apoio orientada para esse fim, a qual se afigura muito difícil de conseguir, desde que não seja criada inteiramente de novo.

No caso do ensino integrado, toda a planificação do curso exigirá que esteja assegurada uma direcção única de docência e dos serviços de apoio inter-

* Cahiers de Santé Publique, n.º 47, 1973.

venientes, embora com o apoio de organismos comissionais nos diversos níveis de integração.

Para o caso do ensino integrado apenas ao nível do primeiro ano, o problema poderá ter solução conveniente, se os sectores envolvidos das diversas disciplinas ou departamentos forem colocados, para efeito de ensino, sob orientação única. Muito mais difícil será conseguir esta possibilidade no segundo ano, dada a diversidade de assuntos que são já abrangidos pelo ensino.

Não podendo ser integrado, deverá o ensino ser fortemente coordenado dentro da sua característica de «departamental» ou «disciplinar», mantendo entre as diferentes matérias afins dos departamentos ou disciplinas uma ligação de afinidades e de tempo perfeitamente definida e ajustada ao desenrolar cronológico da ministração dos grupos de conhecimentos seleccionados — para que estes sejam encadeados nos diversos níveis da sua explanação.

A coordenação, embora também difícil para se conseguir um bom grau de eficiência de resultados práticos, implicará a existência de uma comissão responsável que estude os planos, os programas e a sua execução no tempo, e acompanhe a marcha do ensino, dia-a-dia, corrigindo as distorções, inevitáveis, que hão-de surgir.

Em qualquer caso, a comissão ou comissões responsáveis pela orientação do ensino não se confundirão com a comissão ou conselho de curso, que incluirá delegados dos docentes e dos estudantes e tratará dos problemas de funcionamento e acerto de dificuldades ao nível de cada curso, embora entre estas entidades haja ligações estreitas de carácter informativo e resolutivo.

Sem procurar desenvolver este assunto, deixa-se apenas a ideia de que os conselhos de curso, constituídos pelos docentes e alunos directamente interessados, são da maior importância para a marcha regular e o aperfeiçoamento do ensino.

2. Plano geral de estudos

O curso normal de Medicina teria a duração máxima de cinco anos, sendo dois de formação básica e três de formação médica para o conhecimento da saúde e da doença.

O ano escolar teria trinta semanas úteis, agrupadas ou não por trimestres ou semestres (a separação do ano escolar em trimestres ou semestres parece não apresentar qualquer vantagem na ministração do ensino de tipo global como deve ser o do curso médico), havendo trinta e quatro horas de trabalho por semana, o que perfaz um total de 1020 horas, por ano. Deste total, 900 horas são destinadas a ensino e 120, a sessões de curso, com a distribuição semanal e diária seguinte:

— em cada semana, 30 horas (cinco dias úteis) seriam destinadas a aulas e trabalhos de grupo, e 4 (manhã de sábado) a sessões de curso preparadas, para apreciação geral, crítica e avaliação ou exposições de conjunto;

— o dia lectivo de trabalho seria de 6 horas, dividido em dois períodos: manhã, das 8h30 às 12h30; e tarde, das 14h30 às 16h30, com excepção de sábado, em que haveria apenas o período da manhã. Em cada período da manhã

ou da tarde, haveria o ou os intervalos julgados convenientes com a duração de cerca de 15 minutos;

— as aulas teriam, normalmente, a duração de 2 horas, ou, quando fosse julgado conveniente, como é o caso de muitos trabalhos práticos e de actividades externas, seriam feitos arranjos de 3 ou 4 horas seguidas;

— o ensino seria predominantemente demonstrativo e concitando a intervenção pessoal ou de grupo, por parte dos alunos, pelo que as aulas magistrais de exposição teórica, que não devem exceder 45 minutos, serão em número limitado e normalmente seguidas de trabalhos de demonstração;

— as sessões de sábado, sob a forma de seminários, mesas-redondas, etc., teriam a duração de 4 horas e os assuntos a tratar, directamente relacionados com os objectivos do curso e os interesses dos alunos no melhor conhecimento dos problemas gerais humanos e da colectividade (económicos, culturais, políticos), seriam organizados pelos conselhos de curso.

No total de 1120 horas do ano lectivo, está compreendido o tempo destinado a provas de apreciação do rendimento e preparação dos alunos, efectuadas ao longo do ano escolar, podendo duas semanas mais, o que elevaria a duração do curso para 32 semanas úteis, ser destinadas a provas de exame final, se este for julgado necessário. O exame final que abrangerá a totalidade do programa, seria sempre voluntário e efectuado no período de 2 semanas que fosse estabelecido pelo conselho de curso, antes do início das férias grandes e depois de terminadas as 30 semanas do curso, sem necessidade de continuidade precisa com o final destas.

Neste conceito de ensino, todos os conhecimentos adquiridos devem tornar-se permanentes, interligar-se e fazer parte da formação do estudante, constituindo um todo de estratos sucessivos indissociáveis.

2.1. Fase de preparação básica

Admitindo que o curso fica constituído pelas duas fases consideradas — de preparação básica e de ensino da saúde e da doença — vejamos como as matérias se poderão escalonar e que designações lhes convêm para efeito de mais facilmente se identificar o seu agrupamento.

A fase de ensino básico, com a duração de dois anos, procura corresponder ao objectivo de ministrar os conhecimentos biológicos, bioquímicos e anatómo-fisiológicos relacionados com os factores condicionantes da saúde, e descrever as influências gerais que podem modificar os equilíbrios químicos, funcionais e estruturais. Com esta informação, os alunos devem ficar aptos a compreender e explicar as características do comportamento do organismo humano nas diversas fases da vida, e as razões das suas modificações, em termos de alteração ou mudança dos mecanismos normais do seu funcionamento, por processos patológicos gerais.

2.1.1. No primeiro ano, seriam ministrados os conhecimentos elementares das estruturas em que assenta a vida, dos mecanismos bioquímicos e das funções reguladoras inerentes, que se traduzem pelo funcionamento da célula, e, seguidamente, o efeito dos agrupamentos de células que formam os tecidos.

As estruturas constituídas pelos tecidos, sob a forma de órgãos, de aparelhos e de sistemas, e o seu funcionamento no organismo humano completariam o programa do primeiro ano.

O estudo integrado da multiplicidade de estruturas que constituem o organismo humano compreenderá, assim os princípios da biologia molecular, a organização celular e tecidual, o desenvolvimento embriológico, a bioquímica e a fisiologia.

Uma tentativa de identificação dos assuntos principais a considerar e de designação dos seus arranjos levaria a estabelecer quatro designações: *Biologia*, *Biofísica*, *Bioquímica* e *Anatomofisiologia*, em que ficariam englobados os campos de trabalho das disciplinas clássicas de Fisiologia e Química Fisiológica ou Bioquímica, por um lado, e de Anatomia, Histologia e Embriologia, por outro, a distribuir no programa de ensino, segundo um critério coerente de conceitos, organização e metodologia didáctica.

A *Biologia* englobaria os sectores da descrição e exemplificação por observação directa, imagens e modelos:

- da estrutura molecular básica da vida (biologia molecular);
- dos vírus e das células, (morfologia, componentes, estruturas funcionais, multiplicação);
- da diferenciação das células para constituírem tecidos.

A *Biofísica* ocupar-se-ia:

- dos sinais biológicos, da sua análise instrumental e das relações matemáticas elementares;
- dos sistemas de controlo (esquemas tipo dos mecanismos reguladores fundamentais);
- da codificação da informação, programas elementares e computarização.

A *Bioquímica* compreenderia o estudo:

- dos componentes orgânicos e seus arranjos naturais;
- da cinética dos enzimas;
- dos metabolismos (síntese, degradação) e utilização da energia nos processos de transporte e de contracção muscular;
- da homeostasia.

A *Anatomofisiologia* compreenderia o estudo dos aparelhos e sistemas agrupados por funções, nos aspectos de desenvolvimento, morfológicos (macro e microscópicos) e funcionais:

- ósseo e locomotor (sustentação e movimentos);
- pele (protecção e regulação);
- digestivo (absorção);
- circulatório e respiratório (distribuição e trocas);
- urinário (eliminação de restos metabólicos);
- nervoso e dos sentidos (regulação e relação);
- endócrino (regulação interna);
- reprodutor.

A distribuição das disciplinas e o tempo atribuído a cada uma levaria ao enquadramento seguinte, sem separação por trimestres ou semestres:

- *Biologia*, todos os dias durante as primeiras 6 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas;
- *Biofísica*, todos os dias durante as primeiras 6 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas;
- *Bioquímica*, todos os dias durante 30 semanas, 2 horas por dia, com o total de 300 horas;
- *Anatomofisiologia*, todos os dias a partir da sétima semana, 4 horas por dia, com o total de 540 horas.

O arranjo diário dos tempos lectivos seria, aproximadamente:

- *Biologia*, das 8h30 às 10h30;
- *Biofísica*, das 10h30 às 12h30;
- *Bioquímica*, das 14h30 às 16h30;
- *Anatomofisiologia*, das 8h30 às 12h30.

São de considerar os intervalos convenientes e o encadeamento lógico dos assuntos, não devendo ser dados por dia mais de dois assuntos de matérias diferentes, mas, como é o caso da *Anatomofisiologia*, as aulas podem ser ocupadas na mesma manhã com assuntos, relacionados, do mesmo aparelho ou de sistemas afins.

2.1.2. No *segundo ano*, o tempo lectivo seria igual ao do primeiro ano, incluindo a utilização do sábado, e ocupado com as matérias de quatro disciplinas: *Microbiologia*, *Genética Humana*, *Biopatologia* e *Farmacologia*, que estabeleceriam um complemento de conhecimentos, fazendo a ligação dos factores de constituição e funcionamento normal do organismo com os agentes ou factores que estão na origem dos processos mórbidos.

Seriam estudadas as acções e comportamento dos seres vivos comensais ou parasitas do homem e dos factores externos, pondo em evidência os mecanismos normais e patológicos que regulam os estados de saúde e de doença.

A *Microbiologia* compreenderia o estudo dos principais grupos de seres vivos com interferência na saúde e na doença do homem, e, particularmente, dos causadores de *infecções* humanas, distribuídos pelos grupos dos vírus, bactérias, fungos e parasitas animais.

A *Genética Humana* ocupar-se-ia do estudo dos factores constitucionais do homem e da sua transmissão, em termos de genética normal e patológica, sendo este programa adaptado ao ensino da *Biopatologia*.

A *Biopatologia* faria o estudo, em termos de patologia geral, dos factores patológicos que exercem efeitos reconhecidos ao nível de todo o organismo ou dos grandes sistemas orgânicos (processos mórbidos comuns), procurando esclarecer as características dos estados de saúde e de doença, em termos de conhecimento biológico e de interpretação das alterações ou mudanças características da doença.

A *Farmacologia* ocupar-se-ia das alterações produzidas no organismo por substâncias intencionalmente nele introduzidas, com programa que permita alargar os conhecimentos básicos da fisiologia e da bioquímica, bem como da biologia dos microrganismos patogénicos, tendo em linha de conta que o homem dispõe hoje de produtos (drogas ou medicamentos) capazes de modificar funções importantes do organismo, tanto no estado de saúde como no de doença, e de combater os microrganismos causadores de infecção.

A coordenação das matérias das quatro disciplinas e o tempo a atribuir-lhes levariam ao enquadramento seguinte, ao longo do ano escolar:

- *Microbiologia*, todos os dias durante 30 semanas, 2 horas por dia, com o total de 300 horas;
- *Genética Humana*, todos os dias durante as primeiras 6 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas;
- *Biopatologia*, todos os dias durante 30 semanas, 2 horas por dia, com o total de 300 horas;
- *Farmacologia*, todos os dias a partir da 7.^a semana, 2 horas por dia, com o total de 240 horas.

2.2. Fase de preparação médica para a saúde e a doença

Terminada a fase básica, que deve ter ministrado os conhecimentos necessários para a entrada dos alunos na fase seguinte, de aprendizagem de assuntos directamente relacionados com a saúde dos indivíduos e das comunidades, a segunda parte do curso assenta no estudo dos aspectos práticos da saúde e da doença.

Compreenderá, fundamentalmente, dois grupos de assuntos interligados:

- os estudos baseados em doentes para conhecimento dos principais síndromas — médicos, cirúrgicos e psicopatológicos — que constituem a entidade doença e permitem a identificação das suas diversas manifestações;
- o conhecimento e as intervenções relativas à organização de serviços de saúde e seu funcionamento para apoio, vigilância e atendimento dos indivíduos.

O primeiro grupo de estudos inclui a observação individual (exame clínico), os exames laboratoriais, o diagnóstico radiológico, a terapêutica e a prevenção das sequelas da doença, tanto nos aspectos médico-sociais como médico-legais. A sua distribuição por dois domínios de intervenções:

- *Patologia*, correspondendo ao estudo laboratorial das alterações morfológicas (*Anatomia Patológica*), bioquímicas e fisiológicas (*Análises Clínicas*) e outras provas especializadas de observação das perturbações provocadas pela doença;
- *Diagnóstico e Terapêutica* (*Clínica*), que abrange, fundamentalmente, a prática médica e cirúrgica fora e dentro dos hospitais.

O segundo grupo corresponde a uma preparação de vigilância e acompanhamento dos indivíduos — com saúde e doentes — e de organização de actividades adequadas na comunidade, por equipas de saúde encarregadas das tarefas de cuidados gerais, de triagem e de educação. Corresponde ao sector de trabalho designado por *Saúde Pública*.

2.2.1. Os dois sectores, da *Patologia* e do *Diagnóstico e Terapêutica aplicada*, seriam considerados no programa de ensino como integrados ou altamente coordenados, distribuindo-se pelos três anos finais do curso, sob forma escalonada de aprendizagem de dados, interpretação e aplicação das medidas correctoras, preventivas ou de promoção de capacidades mal aproveitadas ou não desenvolvidas. Podem aplicar-se-lhes as designações de *Patologia I, II e III* e da *Diagnóstico e Terapêutica I, II e III*, respectivamente, para o 1.º, 2.º e 3.º ano do seu ensino.

A coordenação das matérias seria feita, em cada ano, tendo em atenção normas didácticas evoluídas de semiologia e o conhecimento dos estados mórbidos dominantes na colectividade.

Este último aspecto levará a alterar profundamente o ensino à medida que as condições de morbilidade e de organização dos serviços médicos se modificarem, e ainda de acordo com as solicitações da população, o que revela acentuadamente da evolução das características psico-sociais e regionais dos grupos de indivíduos nas comunidades.

Assim, o estudo feito numa determinada comunidade ou país pode mostrar que a razão da ida dos indivíduos ao médico ou aos serviços de saúde se modificou progressivamente no sentido indicado no quadro seguinte:

Razão da procura de cuidados	Há 20 anos	Presentemente
Por doença (queixas de saúde)	90 %	53 %
Para provas de saúde	10	47
Por doentes de clínica geral	90	61
(queixas gerais)	10	30
(aparelho digestivo)	25	19
(aparelho circulatório)	5	9
(aparelho respiratório)	15	8
(O.R.L.)	3	6
(obesidade)	3	6
(esqueleto e músculos)	10	5
(outros, incluindo d. inf.)	29	17
Por doentes de especialidades	5	15
Por doentes crónicos, em vigilância	5	24

No que se refere a especialidades, afastadas a pediatria e a obstetria que estão incluídas, no que se refere ao atendimento regular dos casos, nas provas de saúde e clínica geral, ver-se-ia que as mais procuradas são, para os 15 % de solicitações actuais:

Ginecologia	3 %
Psiquiatria	3 %
Cirurgia	1,5 %
Dermatologia	1,5 %
Oftalmologia	1 %
O.R.L.	1 %
Outras (5)	< 1 % cada uma

Para efeito de organização de serviços de ensino adequados, tanto de internamento hospitalar como de consultas externas para observação e acompanhamento de doentes em regime de ambulatório, haverá que ter em conta as realidades (problemas concretos) que o conhecimento da morbilidade muito ajudará a enfrentar.

Assim, as queixas gerais que levam, no presente e segundo o exemplo dado, 30 % dos doentes aos serviços de cuidados médicos, incluem: dores de cabeça, mal-estar, cansaço, problemas emocionais, sem substrato patológico importante, mas cada dia mais frequentes.

No polo oposto de gravidade, 24 % têm substrato patológico, compreendendo hipertensão (6 %), perturbações ósseas e articulares (5 %), perturbações digestivas (4 %), estados renais (2 %), diabetes e hiperlipidemia (2 %), obesidades (2 %), etc.

Os grandes grupos de estados mórbidos dominantes seriam distribuídos por 10 a 12 conjuntos — doenças infecciosas, doenças endócrinas e do metabolismo, doenças cardiovasculares, doenças do foro mental, etc. — com o encadeamento apropriado.

O ensino, nos aspectos coordenados da patologia e do diagnóstico e terapêutica, seria organizado ao longo dos três anos, ocupando a parte da manhã (a parte da tarde considera-se destinada ao sector da *Saúde Pública*) de todos os dias úteis, excepto o sábado, que seria ocupado como na primeira parte do curso.

Caber-lhe-iam, portanto, 4 horas diárias durante 30 semanas, ou seja o total de 600 horas, por ano.

2.2.2. O sector da *Saúde Pública*, representado por alguns dos assuntos essenciais do domínio da cobertura médico-sanitária, é introduzido no ensino médico, como base de conhecimentos e de experiência para a sua aplicação corrente, tendo em vista a preparação dos futuros médicos nos sectores de actividade directamente em contacto com a população, proporcionando-lhes, simultaneamente:

- a) O conhecimento das condições de saúde e de doença existentes nas comunidades, das diferenças apresentadas pelo padrão da

doença nos diversos sectores sociais e profissionais da população dessas comunidades e da tendência que a morbilidade apresenta para se modificar, em termos de nosologia e, particularmente, de psicologia social, pela preocupação crescente dos indivíduos com a sua saúde ou com grupos particulares de doenças, e conseqüente recurso aos médicos e aos serviços organizados de saúde;

- b) O conhecimento dos sistemas de saúde e da organização das diversas modalidades de serviços de saúde em cada sistema, aos níveis local, regional e central de planeamento e de execução das grandes tarefas médicas e paramédicas;
- c) A aprendizagem prática das intervenções que envolvem a aplicação dos cuidados de saúde completos necessários à população (promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação dos doentes), a efectuar pelas equipas de saúde na cobertura médico-sanitária de cada comunidade e pelo escalão hospitalar com os serviços de tratamento de doentes que precisem de cuidados de urgência, intensivos e intermédios, ou apenas de cuidados de urgência e intensivos, conforme as atribuições conferidas aos hospitais.

Ao enquadramento orgânico desta parte do ensino, acresce, na prática, a necessidade de conduzir por meios didácticos adequados os *estudos de saúde integrados* que procuram dar o conhecimento real da situação e das tendências evolutivas do sistema ecológico: homem-ambiente físico e biológico, e das condições sociais que caracterizam a estrutura das comunidades, com a finalidade de assegurar a melhoria da saúde e a luta oportuna contra a doença.

Estas intervenções processam-se, coordenadamente, junto:

- a) Do *indivíduo*, aplicando as medidas de promoção regular e continuada de saúde e de prevenção da doença que as técnicas biomédicas permitem, a avaliação do nível de saúde nas fases mais críticas da vida dos indivíduos e as medidas de vigilância que facilitem o diagnóstico precoce e a terapêutica oportuna, quando o indivíduo adoece, ou julga sentir-se doente, encaminhando-o para os serviços de atendimento adequados;
- b) Da *família*, pela actividade directa dos serviços de cobertura médico-sanitária (preventivos, curativos, de reabilitação), especialmente de cuidados gerais, materno-infantis, escolares (saúde escolar), do trabalho, de saúde mental e aos idosos, com os respectivos apoios de educação sanitária (educação para a saúde) e de acção social;
- c) da *comunidade*, com a organização e aperfeiçoamento das medidas sanitárias de carácter preventivo e de promoção de saúde e dos serviços de cuidados médicos e sociais adequados às necessi-

dades consideradas prioritárias dos diversos sectores da população que constituem a comunidade, nos domínios da salubridade do ambiente, da vigilância da saúde, da luta contra a doença e do estudo dos problemas locais que tenham influência na saúde e na doença.

Para satisfazer estes objectivos, o ensino de saúde pública deverá compreender um certo número de disciplinas, numa tentativa de identificação dos assuntos principais, distribuídas pelos três anos da segunda fase do curso, com as designações e campos de trabalhos seguintes:

Ecologia e Salubridade do Ambiente, compreendendo:

- ecologia humana e sistemas ecológicos fundamentais para a vida e a saúde do homem;
- patologia geográfica;
- higiene do meio ambiente, urbanismo e luta contra a poluição.

Epidemiologia e Bioestatística, englobando:

- o método epidemiológico e o apoio estatístico de que precisa;
- os esquemas epidemiológicos relativos às doenças infecciosas e parasitárias dominantes;
- os esquemas epidemiológicos relativos às doenças não infecciosas dominantes, à nutrição e aos acidentes;
- modelos epidemiológicos de transição no panorama das doenças actuais.

Administração de Saúde Pública, que se ocuparia de:

- política de saúde e cuidados de saúde;
- organização de serviços de saúde e esquemas de cuidados médicos;
- o esquema português de serviços de saúde;
- quadro da morbilidade e principais grupos de entidades nosológicas;
- actuação dos serviços de cobertura médico-sanitária e ligações com a rede hospitalar;
- interligação dos cuidados individuais, materno-infantis, escolares, do trabalho e da saúde mental;
- serviços de saúde e serviços de previdência;
- previdência e segurança nacional.

Demografia e População, que se ocuparia de:

- fertilidade, natalidade e mortalidade;
- migração rural-urbana, regional e interpaíses;
- tendência evolutiva da população.

Sociologia e Economia em Saúde, compreendendo:

- relações entre níveis de saúde e condições económicas e sociais;
- nível de vida e utilização dos serviços de saúde pela população;
- custo dos serviços de saúde.

A distribuição das disciplinas e o tempo atribuído a cada uma levariam ao enquadramento seguinte, na segunda fase do curso e durante os seus 3 anos de duração, com programas completos de trabalho aplicado:

1.º ano (3.º ano do curso):

- *Ecologia e Salubridade do Ambiente*, dois dias por semana durante 15 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas;
- *Epidemiologia e Bioestatística*, três dias por semana durante 30 semanas, 2 horas por dia, com o total de 180 horas;
- *Administração de Saúde Pública*, dois dias por semana durante as últimas 15 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas.

2.º ano (4.º ano do curso):

- *Administração de Saúde Pública*, três dias por semana durante 30 semanas, 2 horas por dia, com o total de 180 horas;
- *Demografia e População*, dois dias por semana durante 15 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas;
- *Sociologia e Economia em Saúde*, dois dias por semana durante as últimas 15 semanas, 2 horas por dia, com o total de 60 horas.

3.º ano (5.º ano do curso):

- A *aplicação prática* do ensino das diversas disciplinas é feita em Centro ou Centros de Saúde, preparados de acordo com a disciplina de Administração de Saúde Pública, que orientará o trabalho de participação dos alunos, tanto em Centros de Saúde como nos outros serviços de saúde apropriados. Grande parte deste trabalho de participação será efectuado em equipas de saúde polivalentes integradas, responsáveis pela actuação directa em comunidades bem definidas.

No presente, a fase equivalente ao esquema descrito, é seguida numa segunda fase, chamada *Internato de Policlínica*, a realizar em hospitais adequados, em ligação com outros serviços de saúde, baseada na prática responsável e orientada ao nível das consultas, da urgência e do internamento. A sua duração foi prevista para cerca de 14 meses, compreendendo 2000 horas, correspondentes a 34 horas semanais, com o acréscimo de períodos de 24 horas seguidas de trabalho, duas vezes por mês. Com o internato de policlínica, os médicos ficam aptos para o exercício da medicina livre, para a especialização em saúde pública e entrada na carreira respectiva e, mediante a realização do *Internato de Especialidades*, ou terceira fase, habilitados no que se chama especialidades médicas.

Esta especialização, regulada por legislação própria, é efectuada como carreira ao nível dos hospitais, mas pode ser efectuada fora dos hospitais, em alternativa, ao abrigo de normas estabelecidas pela Ordem dos Médicos.

A formação de especialistas aparece, assim, na generalidade, completamente assegurada por meios que poderão ser facilmente ajustados às condições que a experiência aconselhe.

Para encurtar a duração de especialidade actual de *Estomatologia*, dada a grande falta de profissionais, está em organização um curso próprio que se substituiria ao curso de medicina e posterior frequência de internatos, o que traria uma economia de tempo de cerca de 4 anos.

Com a regularização e aperfeiçoamento do actual ensino médico, prevê-se que sejam necessárias 5 escolas médicas, produzindo cada uma entre 120 e 150 novos médicos, por ano. De momento, há 4.

Falta organizar todo o ensino de actualização e aperfeiçoamento profissional médico, de acordo com as necessidades de um serviço nacional de saúde.

b) O pessoal de enfermagem é em número insuficiente, tanto no sector de enfermagem hospitalar, como no de saúde pública. Mas é sobretudo inquietante o atraso na preparação dos elementos de enfermagem de saúde pública que devem servir na periferia, em contacto com as populações rurais.

Sabe-se que está em curso um estudo de reformulação de todo o ensino de enfermagem no País e que o número de escolas de enfermagem em funcionamento ou de criação prevista será suficiente para satisfazer, com alguma disciplina e melhores condições de trabalho, as solicitações hospitalares e dos serviços ambulatórios, incluindo o sector de partos.

Outro tanto não acontece com a preparação dos elementos de enfermagem de saúde pública, pois dispõe-se apenas de uma escola de enfermagem, embora a legislação permita a preparação de elementos de entrada na carreira, com a designação de auxiliares de saúde, de forma rápida, por meio de cursos intensivos.

No caso da enfermagem hospitalar, a frequência escolar ultrapassa já 1600 alunos, por ano, dos quais mais de 600 a frequentarem o curso geral. O número de diplomados está a ultrapassar as 800 unidades e pode ser aumentado.

A preparação de auxiliares de saúde, como solução rápida para a organização dos quadros do pessoal de enfermagem de saúde pública, criando uma categoria de entrada normal por meio de cursos intensivos, foi já experimentada em 1971 e 1973, com excelentes resultados, ao nível da sede de alguns distritos.

O curso com a duração de 4 meses, seguido de estágio imediato em equipas de saúde a funcionar nos centros de saúde, é aberto a alunos com o segundo ciclo do ensino médio.

A formação, fundamentalmente prática, baseia-se na aquisição de conhecimentos biológicos e de técnicas de saúde pública que permitam aos alunos adquirem capacidade de intervenção abarcando os problemas correntes da saúde das pessoas e das relações sociais e ecológicas no ambiente em que essas pessoas vivem e de que fazem parte.

De acordo com um esquema pragmático, de fácil aplicação, o curso poderia actualizar o seu programa anterior, desenvolvendo-se em duas partes:

- 1) a primeira parte serviria para familiarizar os alunos com a constituição do corpo humano, funcionamento normal dos órgãos e aparelhos, agentes causadores de doenças que no meio ambiente chegam ao contacto do organismo (bactérias, vírus, parasitas, substâncias tóxicas) e características da vida das famílias e da colectividade, atribuindo-se-lhe a carga horária seguinte:

- 100 horas para anatomofisiologia, biologia e ecologia, durante a manhã, em dois períodos diários de 2 horas;
- 50 horas, na parte da tarde, para o estudo das condições de vida das famílias;
- 15 horas para reuniões de avaliação e discussão dos trabalhos.

- 2) na segunda parte do curso, seria realizada a preparação prática de intervenção técnica e administrativa, com a carga horária seguinte:

- 150 horas para a aprendizagem de técnicas correntes de saúde (vacinações, injeções, colheita de produtos para análise, etc.) e sua integração no atendimento das pessoas;
- 150 horas para a prática dos cuidados de saúde do sector materno-infantil;
- 150 horas para a prática dos cuidados de saúde relacionados com as famílias e os doentes.

O enquadramento destes elementos, durante o trabalho activo de estágio, far-se-ia ao nível das próprias equipas de saúde a que irão pertencer ou outras de actuação semelhante. É possível preparar pelo menos 25 elementos em cada distrito, por ano, ou seja o total de 450.

c) Relacionado com a formação de pessoal de enfermagem e em termos mais genéricos com pessoal técnico médico, a OMS considerou recentemente o importante problema da cobertura médico-sanitária regular das populações rurais que vivem muito afastadas das unidades fixas de saúde e estão muito atrasadas nos conhecimentos e prática de intervenções pessoais e colectivas para poderem melhorar os seus baixos níveis de saúde e de tratamento dos doentes, sem apoio permanente. A solução preconizada, conhecida a experiência de muitos países, é a da preparação de elementos de enfermagem adequados para as tarefas mistas de cuidados primários de saúde (enfermagem das colectividades), que trabalhariam em contacto directo com a população na dependência de serviços periféricos de apoio e sob a orientação de médico.

As recomendações da OMS a este respeito baseiam-se no princípio geral, de que quando não é possível preparar simultaneamente técnicos médicos e técnicos médios e auxiliares, de forma a dispor deles, paralelamente, na organização de equipas de saúde para a cobertura médico-sanitária das populações rurais desprotegidas, os médicos disponíveis devem ser utilizados em serviços fixos localizados estrategicamente, para o seu melhor aproveitamento, e nos

serviços móveis de apoio. Ao mesmo tempo devem ser feitos todos os esforços para preparar técnicos médios e auxiliares, rapidamente, com capacidade correspondente às actividades de que vão ser incumbidos no contacto directo com a população.

No que se refere aos técnicos médios, de enfermagem das colectividades, preconizados pela OMS, a sua justificação e esquema de preparação inserem-se na linha seguinte:

- a) Reconhecimento da grave lacuna, sobretudo importante nos países atrasados dispendo de meios muito escassos de acção médico-sanitária, que constitui nos programas de desenvolvimento do pessoal de saúde a falta duma formação para as funções correntes de prestação de cuidados primários de saúde, por enfermeiras ou agentes de saúde das colectividades nos meios rurais;
- b) Necessidade duma reforma radical do ensino neste sector, introduzindo-lhe as modificações que levem à formação de técnicos preparados para entrarem em contacto com as pessoas no meio em que vivem e ajudá-las a resolver os seus problemas de saúde, o que implicará a aquisição de conhecimentos, embora limitados e a bem definir, de índole clínica necessários para formular um diagnóstico prévio e indicar medidas de prevenção, de tratamento e de recuperação, sob a responsabilidade de médicos dos serviços de saúde respectivos, quando as pessoas adoecem;
- c) A formação deve ser fundamentalmente prática, pondo os alunos em contacto com a vida da colectividade, no que começarão por se familiarizar com as famílias saudáveis no seu meio social e comunitário, para que compreendam as características da sua vida doméstica e de trabalho e as consequências da falta de saúde, para as pessoas e famílias;
- d) O estudo das disfunções sociais e das características mais objectivas da morbidade a que é preciso atender viria a seguir, com a aprendizagem dos meios de as evitar ou remediar;
- e) Os alunos aprenderiam, assim, a adquirir uma ideia realista e ajustada à diversidade de condições locais dos factores que determinam a existência das pessoas e das relações humanas na família e na comunidade, bem como das alterações que a doença provoca, conforme a sua duração e gravidade, quando tratada em casa, em regime ambulatorio ou nos períodos eventuais de hospitalização;
- f) Nas comunidades rurais, os serviços de saúde deviam ser organizados dentro do princípio de que a prestação dos cuidados primários de saúde pode ser realizada em grande extensão pelos serviços de enfermagem, que assegurariam regularmente a assistência de base em matéria de prevenção, de diagnóstico, de tratamento e de recuperação, e o ensino local das regras da educação para a saúde;

g) Estes serviços fariam o aproveitamento dos elementos locais não diferenciados (curiosos, curandeiros, parteiras tradicionais), dando-lhes o enquadramento e apoio adequados, de forma a que os doentes possam ser devidamente seguidos e encaminhados.

d) A carência alarmante de elementos técnicos de estomatologia, tanto de médicos como de auxiliares, coloca este campo de intervenção em saúde entre as grandes prioridades a considerar na preparação de pessoal, sabido, como é, que praticamente toda a população tem necessidade de vigilância e tratamento dos dentes e da boca.

Calcula-se que seja preciso preparar mais 400 médicos estomatologistas, para se dispor de 1 para 10 000 habitantes, e mais de 1500 auxiliares, para haver 1 por 5000 habitantes.

O ritmo actual de preparação de médicos estomatologistas pela via da especialização é completamente insuficiente e a criação de uma escola própria, há pouco anunciada, não começa a resolver o problema antes de vários anos.

Mais fácil poderia ser a preparação intensiva de auxiliares, com curso de cerca de um ano e estágio imediato enquadrado em unidades de trabalho. Foi elaborado um plano para cursos «ad hoc», com grupos de 25 alunos, tendo a habilitação básica do segundo ciclo do ensino médio. Preparado para 1973, não chegou a ser posto em execução, até ao presente.

A organização de um serviço nacional de saúde não pode ser levada por diante, sem que haja um mínimo aceitável de técnicos no sector da estomatologia e que o trabalho dos auxiliares possa ser orientado por profissionais licenciados. Daqui a necessidade de pensar imediatamente na solução a adoptar, que poderá envolver o recurso a centros de ensino no estrangeiro.

e) A preparação de engenheiros e agentes sanitários não oferece grandes dificuldades, em face da experiência acumulada. Os engenheiros sanitários começaram a ser preparados, entre nós, em 1904, no então Instituto Central de Higiene. Mas o curso foi logo a seguir interrompido por não haver mercado de trabalho para estes profissionais naquela época. Durante 70 anos os poucos engenheiros sanitários que conseguiram colocação no País fizeram a sua preparação no estrangeiro.

Neste momento está a funcionar um Curso de Engenharia Sanitária, em colaboração da Universidade Nova de Lisboa e Instituto Nacional de Saúde, com o apoio de outras instituições e um grupo de técnicos especializados, o qual pode tornar-se regular e oficializado, de entre os cursos de saúde pública, por exemplo.

A preparação dos agentes sanitários (agentes e fiscais sanitários) é efectuada pelo Instituto Nacional de Saúde em ligação com a Direcção-Geral de Saúde, e não oferece dificuldades, podendo ser preparadas as unidades que se tornarem necessárias.

f) Também a preparação de administradores hospitalares, que até 1970 foi feita no estrangeiro, está regularizada entre nós com a criação do Curso de Administração Hospitalar, que funciona anualmente na Escola Nacional de

Saúde Pública. O número de administradores hospitalares já diplomados e em exercício aproximar-se-á da centena, em breve, entrando-se na era da administração hospitalar por profissionais com formação especializada, quer ao nível dos hospitais centrais e especializados, quer dos hospitais distritais.

Para o restante pessoal administrativo, a formação continua a ser a tradicional.

g) A preparação de farmacêuticos está igualmente assegurada e pode considerar-se realizável a integração destes elementos técnicos no Serviço Nacional de Saúde.

5 — INTERVENÇÃO E COOPERAÇÃO DAS POPULAÇÕES NA RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE

O número 3 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, ao estabelecer que na execução da política da saúde e assistência social a cooperação das populações é essencial, tinha em vista um objectivo fundamental para os serviços de saúde, que é despertar, estimular e concentrar o interesse das populações e comunidades no conhecimento e resolução dos seus próprios problemas de saúde, para o que há necessidade de estabelecer um esquema ou sistema de informação continuada e programada.

A experiência de dinamização no campo da saúde que vários países adquiriram, de forma quase científica como acontece nos países nórdicos, e igualmente o exemplo recente por via chamada «revolucionária», como é o caso da China, na mobilização das forças e potencialidades que as populações são capazes de pôr em acção quando orientadas para tarefas elementares ao seu alcance, aconselha que, para o nosso País, se organizem dispositivos que possam promover adequadamente essa informação, na base da referida experiência.

As variantes desta experiência mostram, por outro lado, que é no escalão de base, comunitário, das populações rurais mais afastadas dos meios urbanos e que não dispõem duma cobertura médico-sanitária regular ou aceitável, onde a acção directa é mais urgente e rendosa. São estas populações, na verdade, que exigem atenção imediata e uma intervenção político-social e administrativa que ajude a elevar rapidamente o seu baixo nível de saúde, de educação e de bem-estar geral — traduzido presentemente pelas piores condições de saúde no conjunto da população e desenvolvimento económico de extrema lentidão — e as faça sair da situação de atraso em que se encontram. É ao nível destas comunidades que se obtêm resultados imediatos mais favoráveis na luta contra as doenças evitáveis correntes, contra as faltas mais grosseiras de higiene e na melhoria da alimentação, sobretudo infantil.

Esta acção dinamizadora das populações deve ser conduzida por três vias coordenadas, que são:

- 1 — Intervenção de toda a população, isto é, de toda a comunidade, orientada nos aspectos políticos, administrativos e técnico-sanitários por informação planeada ao nível nacional (orientação uniforme) e regio-

nal (adaptação às condições existentes), dirigida para objectivos simples e concretos do conhecimento e interesse de todos;

- 2 — Participação de elementos locais da população, destacados e treinados para as tarefas específicas de cobertura sanitária de cada aldeia, freguesia ou grupo populacional mais isolado, a que se encontram ligados e de que fazem parte pela sua integração na vida normal de trabalho;
- 3 — Apoio directo dado a estes elementos que adquiriram determinado grau de responsabilidade pessoal e colectiva na promoção da saúde e na luta contra a doença, a um nível elementar pelos serviços de saúde organizados, fixos ou móveis da área, que, segundo a nossa legislação, seriam constituídos pelos postos de saúde, por sua vez apoiados nos centros de saúde da área respectiva, cuja capacidade de acção inclui já a possibilidade de internamento de doentes e parturientes.

A experiência chinesa, que é nos nossos dias a mais generalizada, dadas as características pouco evoluídas da sua imensa população rural, e a de maior sucesso, mostra que é possível criar as condições necessárias de actuação coordenada, integrando os três tipos de trabalho, referidos, dentro de um esquema em que são aproveitados os poucos meios existentes, de pessoal semiprofissionalizado e de organização técnica. Dado o interesse desta experiência, faremos a sua descrição um pouco mais adiante, enquadrado em modelo especial.

Em países novos com suficientes recursos técnicos e de formação de pessoal, grandes ou pequenos, como é o caso da URSS, Canadá, Israel, etc., a cooperação das populações é conseguida por métodos e meios idênticos mas de nível diferente, em que os elementos em contacto com a população fazem parte de equipas de saúde e têm habilitações técnico-profissionais já apreciáveis, trabalhando sob a responsabilidade das autoridades médicas de saúde.

São enfermeiros especialmente preparados, ou, como é o caso da URSS, «feldschers» com escolaridade de 10-11 anos, dos quais 3 em assuntos de saúde, encarregados de tarefas sob a orientação de médicos pertencentes a instituições de saúde localizadas em centros urbanos com recursos suficientes para internamentos, partos, etc. Estes técnicos médicos, cujas actividades cobrem uma parte bem definida dos cuidados primários de saúde, a triagem de doentes e a solução de problemas sanitários, asseguram às populações por que são responsáveis a cobertura médico-sanitária geral e permanente em íntima colaboração com as intervenções da própria população, baseadas em preocupações despertadas por uma formação educativa em saúde consciente, de natureza psicológica diferente da dos impulsos emotivos, pouco duradouros, das campanhas revolucionárias.

Portugal irá procurar, certamente, uma solução mista, que se aproximará rapidamente da experiência destes países, tanto mais que a actual legislação já prevê a preparação de pessoal profissional com habilitações médias deste tipo, o qual, de resto, começou logo a ser recrutado, embora presentemente esta preparação esteja suspensa. Em algumas regiões do país julga-se que seja necessário recorrer a elementos locais e prepará-los para a execução de algumas tarefas necessariamente de nível elementar. A orgânica dos serviços de saúde portugueses assenta, por outro lado, no funcionamento de unidades locais (centros de saúde e suas extensões periféricas, os postos de saúde) com pessoal trabalhando permanentemente em contacto directo com as populações.

Para a intervenção eficaz das populações ainda pouco evoluídas, há que convencê-las a assumir colectivamente um certo grau de responsabilidades, bem claras, levando-as a participar por acções apropriadas dentro da sua esfera de possibilidades, de forma a inteirarem-se, primeiro, dos problemas de saúde existentes e que podem ser solucionados e, depois, a avançar cada vez mais longe no trabalho de os enfrentar.

Têm, para isso, grande importância:

— *A informação geral honesta da população.* Uma ideia precisa da importância da saúde — assim como da educação, do trabalho e da vida regrada — precisa de ser apresentada à população, continuamente, pelos órgãos políticos e de informação de massa (homens públicos, imprensa, rádio-televisão, livros, cinema, reuniões de massa, centros cívicos) como o factor essencial de bem-estar e de utilidade pessoal, que interessa a cada pessoa e à Nação para o seu progresso, e que todos devem ter em conta. Desta forma, as organizações políticas de base e as autoridades considerarão a luta contra a doença e as suas causas directas, incluindo a melhoria da alimentação e da salubridade, como objectivos essenciais que precisam de ser considerados no dia-a-dia da vida corrente e não pode ser desconhecidos, esquecidos ou abandonados pelos interessados directos, nem pelos responsáveis técnicos.

Os planos de actividade a prosseguir e os meios a utilizar serão coordenados e orientados pelos serviços de saúde, sob vigilância do sector da educação sanitária.

— *A informação local precisa da população.* Para despertar e manter o interesse permanente das populações ainda pouco evoluídas pela sua saúde, deve ser organizada ao nível de cada grupo de povoações ou aldeias contíguas, com um mínimo de 1000 a 2000 habitantes, uma pequena «comissão» local de saúde, da qual deverão fazer parte pelo menos um membro das organizações de base político-sociais mais influentes, um professor ou agente de ensino em contacto com a juventude e uma personalidade de destaque local com interesse pela saúde.

A «comissão» elaboraria um programa de actividades locais, de acordo com os serviços de saúde que indicariam as prioridades mais evidentes, mas actuando sem subordinação directa a estes, interessando-se particularmente por chamar a atenção dos habitantes e autarquias para os problemas que há a resolver, a necessidade de o fazer dentro de certos períodos de tempo, as formas de actuação e a cooperação que se deve estabelecer com as entidades (de saúde, administrativas, benévolas, particulares) capazes de intervenções úteis.

A «comissão» informaria regularmente, ou alertaria, se necessário, os serviços de saúde e as autoridades administrativas da área sobre os problemas em andamento ou em atraso, e colaboraria com os profissionais de saúde encarregados das tarefas práticas médico-sanitárias correntes, de vigilância, diagnóstico e tratamento. Estas tarefas, constantes de listas bem definidas, com horários e especificações úteis, seriam levadas ao

conhecimento de todos os habitantes, mesmo das populações mais afastadas.

— *Elementos locais de intervenção directa.* Para suprir, dentro de limites definidos, a falta de médicos e outro pessoal diferenciado ao nível das populações rurais sem recursos, alguns países têm ensaiado soluções expeditas — rápidas e baratas — com a finalidade de assegurarem uma cobertura permanente de tipo médico-sanitário elementar. As mais concretas consistem no recrutamento, após preparação adequada, de elementos locais de intervenção directa, conhecidos na China pela designação de «médicos de pé descalço» e na América Latina por «promotores de saúde».

Estes elementos são indivíduos da própria população, que se distinguem pelo interesse que mostram pelos problemas da comunidade e ainda pelo apuro e bom senso, mais do que pelas habilitações — escolhidos (indicados) pelas comunidades em grupos de dois (um rapaz e uma rapariga) e que recebem preparação, sob a forma de treino especificado, em cursos ministrados pelos serviços de saúde, cobrindo os assuntos médico-sanitários que mais interessam às populações a servir, incluídos os primeiros socorros, partos e puericultura.

Os *promotores* são preparados no local adequado mais próximo da área em que vão servir e recebem a designação de *promotor de saúde*, o rapaz, e de *promotor materno-infantil*, ou mais correntemente de *parreira-puericultora local*, a rapariga.

Não são funcionários dos quadros dos serviços de saúde, continuando ocupados nas suas tarefas profissionais ou de actividade civil. As novas actividades em tarefas de saúde são efectuadas em regime de trabalho voluntário disciplinado, tratando e aconselhando os doentes, ocorrendo onde são chamados e precisos, resolvendo os problemas sanitários, convivendo com a população fora das horas de trabalho, em reuniões, contactos directos e informações, ao mesmo tempo que dão conta do que se passa às entidades com que devem manter contacto estreito. O seu trabalho é de cooperação e entreaajuda, sendo orientado e vigiado tecnicamente pelos serviços de saúde (num primeiro plano pelos postos de saúde e, num segundo, pelos centros de saúde da área respectiva), o pessoal dos quais efectua pelo menos uma visita semanal de apoio (consultas, observação de certos doentes, colheita de produtos para análise) e de avaliação do estado de saúde da população, da melhoria das condições de higiene do meio e da forma como os dados estatísticos (mortes, nascimentos, partos, morbidade geral, casos de doenças especiais) estão a ser recolhidos e enviados à entidade competente.

— *Promotor de saúde.* A sua preparação deve permitir-lhe, depois do curso de poucos meses, em regra à volta de seis, trabalhar nos seguintes quatro grupos principais de actividades:

- 1) *Sanitárias*, compreendendo a água de bebida (vigilância das fontes existentes, melhoria dos poços, novas captações), saneamento (latrinas higiénicas, fossas e outros dispositivos, estrumeiras, lixos), extinção

de charcos e pântanos, luta contra as moscas, mosquitos e outros insectos perigosos ou incómodos, incluindo percevejos e piolhos, e contra caracóis, ratos e ratazanas; higiene dos alimentos (conservação, utilização de recipientes e métodos de preparação adequada); habitação (limpeza, compartimentação funcional, retretes, currais e outros recintos próximos para animais); higiene corporal das pessoas, a começar pelas crianças, desde o nascimento.

- 2) *Cuidados elementares na doença*, indo dos primeiros socorros e observação dos doentes (pulsações, temperatura, observação da pele, olhos, boca e dentes, naso-faringe, abdómen, identificação de hérnias, auscultação, exame elementar de urina e da natureza das fezes), medicação estabelecida em lista (10 a 20 medicamentos), aos conselhos de «ficar na cama», utilizar dieta ou certo tipo de alimentação; triagem de doentes para o posto de saúde, ou, de acordo com este, para o centro de saúde/hospital rural ou hospital distrital, em transporte apropriado, dentro das normas estabelecidas e indicações recebidas (comunicação directa, telefónica, via rádio, etc.). Atenção especial será dada às doenças venéreas e outras doenças de carácter social.
- 3) *Vacinações e outras inoculações*, em concordância com as instruções recebidas, para acompanhamento das campanhas e práticas conduzidas pelos serviços de saúde da área.
- 4) *Educação sanitária*, com as medidas e métodos a codificar pelos serviços de saúde, de aplicação regular nas intervenções relativas às alíneas anteriores, dando prioridade aos cuidados infantis, à luta contra as doenças infecciosas, faltas de higiene, alcoolismo e outras possíveis toxicomanias.

— *Parreira-puericultora local.* A preparação que lhe seria dada em curso curto, de poucas semanas a três meses, habilita-la-ia a trabalhar nos seguintes quatro grupos principais de actividades:

- 1) *Cuidados durante a gravidez e parto*, particularmente na fase final da gravidez, acompanhamento do parto normal, triagem das parturientes com partos distóxicos para centros referenciados e a vigilância das puérperas até ao momento que vier a ser indicado e dos recém-nascidos e criancinhas pela forma que o programa de trabalhos estabelecer.
- 2) *Cuidados de puericultura*, em ligação com as tarefas de educação sanitária e dentro de programas de vigilância regular das crianças.
- 3) *Ações no domínio do planeamento familiar*, logo que este venha a ser considerado.
- 4) *Educação sanitária*, de forma semelhante ao estabelecido para o *promotor*, mas de aplicação regular nas intervenções relativas às alíneas anteriores.

A população servida pelo grupo dos dois elementos locais de intervenção directa será, em média, de 1500 habitantes, oscilando entre 1000 e 2000, de acordo com o grau de dispersão da população.

O problema da retribuição do trabalho destes elementos põe-se com duas alternativas:

- Não haver retribuição especificada, mas apenas encorajamentos não monetários, que dependeriam da região e situação dos intervenientes. O trabalho prestado nas tarefas de saúde seria contado como trabalho normal;
- Estabelecer remunerações pequenas, sem carácter de vencimento, em função do número de habitantes da população servida e das intervenções efectuadas. Estas verbas seriam pagas regularmente pelos serviços de saúde, por conta de verbas globais próprias inscritas no orçamento do Ministério da Saúde. Uma tal forma de pagamento é mais segura e atraente do que a que pudesse vir a ser feita pelas próprias comunidades, por exemplo, na hipótese destas virem alguma vez a ter disponibilidades suficientes. Esta retribuição somar-se-ia aos proventos normais de cada um dos elementos na sua vida de trabalho corrente. Seriam proibidos terminantemente as retribuições particulares pelos trabalhos de saúde, do género de favor, qualquer que seja a modalidade (dinheiro, espécies, trabalho, favoritismo). As deslocações seriam compensadas pela forma habitual e feitas normalmente de bicicleta, motorizada, ou outro meio económico e rápido, tendo em conta as pequenas distâncias envolvidas. Os elementos locais de saúde não são funcionários, mas deve-se-lhes facilitar a entrada nos quadros dos serviços quando o desejem e o mereçam.

O papel que tinha sido previsto pela legislação de 1971 para o conselho coordenador, ao nível do distrito, e para a comissão coordenadora, no concelho, pode agora ser reforçado e ajustado às condições locais existentes pela intervenção de mais elementos representando as organizações de trabalhadores e outras colectivas da população utente dos serviços. Estas formações de apoio, dinamização e vigilância passam a enquadrar-se nas actividades normais de intervenção e cooperação das populações na resolução dos problemas da saúde que lhes dizem respeito, sob a orientação técnica da autoridade sanitária respectiva.

6 — DOIS PROBLEMAS ESSENCIAIS A CONSIDERAR: ALIMENTAÇÃO E HABITAÇÃO

A alimentação e a habitação constituem, com o vestuário e os meios de vigilância da saúde e de tratamento da doença, factores indispensáveis à vida humana em sociedade, e as suas deficiências e desequilíbrios influenciam profundamente a saúde física e mental dos indivíduos. A alimentação ainda mais do que a habitação, como é conhecido da história. Em toda a parte e o nosso País não faz excepção, a alimentação e a habitação são problemas dependentes do nível de vida e do grau de cultura das pessoas.

a) *Alimentação, nutrição e saúde.* Porque a alimentação racional, equilibrada e completa, é fundamental para a boa nutrição e esta é um pré-requisito da saúde em todas as fases da vida, as autoridades de saúde pública encontram-se permanentemente em face da questão de conhecerem até que ponto a população das comunidades que estão sob a sua vigilância sofre de defeitos de alimentação por hábitos errados, falta ou excesso de consumo de alimentos, que sejam responsáveis pela diminuição da boa saúde, e quais os estados de falta de saúde que são devidos a má nutrição.

É por meio de inquéritos alimentares que podemos conhecer com aproximação as características alimentares da população em conjunto, por sectores e comunidades e por famílias. Estes inquéritos podem ser completados por estudo médico e bioquímico dos indivíduos envolvidos para se conhecer o estado real de nutrição.

Os inquéritos sobre disponibilidades de alimentos ao longo da década de 1960 mostram que a alimentação da população portuguesa deve ter melhorado substancialmente, dado o aumento de alguns alimentos essenciais ao longo deste período, como se vê dos números seguintes, expressos em quilogramas, para os dois extremos:

	1960	1969
Leite e queijo	28,55	49,95
Carne	18,77	29,12
Peixe	30,20	31,29
Ovos	3,52	3,92
Gorduras e óleos	15,45	19,96
Cereais	124,79	126,82
Batata	105,67	102,59
Legumes secos	6,56	7,37
Produtos hortícolas	104,03	132,51
Fruta	75,11	95,57

Como consequência, verifica-se aumento de disponibilidade de proteínas, um dos factores mais importantes da alimentação e o mais crítico por ser o que está correntemente em falta (deficiência) nos sectores até aqui desprotegidos da população, e, sobretudo, de proteínas de origem animal, que são as mais equilibradas:

	1960	1969
Proteínas totais, g/dia	76,0	78,9
Proteínas animais, g/dia	26,4	31,8

Com esta evolução tudo leva a crer que nos aproximamos da situação já conhecida das populações mais evoluídas do que a nossa, que é, em resumo:

1 — Problemas da alimentação racional da população das sociedades urbanas modernas:

- os velhos problemas da fome e da insuficiência alimentar por falta de alimentos ou de constituintes alimentares essenciais à vida estão em via de desaparecimento;

- os novos problemas criados por hábitos alimentares modernos e pela alimentação colectiva, em crescimento vertiginoso, são fundamentais para a saúde;
- as relações de uns e outros destes problemas com a produção de alimentos convenientes, na dependência da agricultura, da indústria, de novas fontes microbiológicas, dos oceanos, das pescas interiores, impõe novas orientações políticas;
- a adaptação rápida dos transportes, da indústria e do comércio de alimentos às necessidades regionais das respectivas populações, que faz parte destas novas orientações políticas e económicas, condiciona a regularidade do consumo.

2 — A perspectiva actual:

Nos anos recentes — desaparecidas ou atenuadas as grandes deficiências alimentares que, pela fome ou má nutrição, atingiam importantes massas, sobretudo crianças, da população rural e urbana de frácos recursos económicos e baixo nível educativo — são os hábitos alimentares novos da sociedade de consumo que dominam desfavoravelmente toda a perspectiva da nutrição.

Em vez da fome e dos desequilíbrios de carência, surgem os desequilíbrios do excesso e da alimentação não racional, que se mostram da mais alta gravidade para a saúde dos indivíduos, com alimentos modificados e contaminados na produção e na preparação industrial.

Esta perspectiva, que revela uma influência cada dia maior da nutrição na mudança do padrão de doença que caracteriza as actuais sociedades humanas chamadas evoluídas, será extremamente sombria se não vier a modificar-se radicalmente e relaciona-se com três factos dominantes:

- a) O aumento de obesidade em parte importante da população, mesmo na infância, e sobretudo nas zonas urbanas, acompanhada de proporção alta de diabetes e de outras complicações bioquímicas e funcionais por má nutrição;
- b) O aumento acelerado das doenças cardiovasculares, particularmente da doença isquémica do coração, as quais parece dependerem fundamentalmente de hábitos alimentares mal adaptados à vida (modo de vida) de muitos indivíduos nas sociedades afluentes, em paralelo com o aumento do cancro e doenças digestivas e respiratórias;
- c) O consumo de bebidas alcoólicas — sobretudo destiladas — em períodos fora das refeições. Estas bebidas, acertadas no seu paladar e outras características, pela via industrial, para despertarem a habitação, são absorvidas de forma rápida no estômago e intestino, com passagem quase imediata para o sangue, perturbando todo o metabolismo normal do organismo.

As modificações mais importantes da alimentação, traduzidas por novos hábitos ou pela extensão de hábitos não racionais já estabelecidos nos sectores da população urbana de maiores rendimentos, podem resumir-se em quatro alíneas:

- a) Substituição dos cereais, ou das farinhas ainda com composição equilibrada dos seus constituintes, relativamente à composição natural do grão, por produtos industrializados ou muito modificados, com proporção desequilibrada dos constituintes e falta de alguns, considerados essenciais, como é o caso das farinhas brancas e massas alimentícias correntes, o pão e o arroz. A diminuição progressiva e muito acentuada do consumo de pão e o uso de pão muito branco constituem uma das características mais graves dos hábitos alimentares actuais, a qual é acompanhada de aumento de custo da alimentação;
- b) O uso em quantidade elevada de gorduras saturadas de origem animal ou de natureza vegetal modificadas industrialmente (margarinas, gorduras compactas), e a preparação complicada e demorada das refeições, com aquecimento a altas temperaturas destas gorduras;
- c) O uso de açúcar, desde as idades mais jovens, em quantidade cada vez maior, sob todas as formas de alimentos facilmente acessíveis e agradáveis ao paladar e à vista, substituindo-se aos alimentos naturais e à fruta;
- d) O pequeno consumo de leite e o uso de bebidas alcoólicas destiladas fora das refeições e, sobretudo, precedendo-as, de que resulta a alteração do apetite normal e do metabolismo imediato dos alimentos constituintes das refeições.

São ainda de acentuar a falta de regularidade nos horários das refeições, os intervalos excessivos entre estas e a desadaptação do seu valor energético e biocatalisador às necessidades de trabalho ao longo do dia.

Dois problemas dizem especialmente respeito ao nosso País: o do leite e o do vinho.

O consumo de leite é sobretudo diminuto durante a gravidez e na infância, durante todo o período de crescimento e vida activa de trabalho com exigências de aplicação e de esforço intelectual, e no período da terceira idade. É conhecido o papel que o leite desempenha na manutenção da saúde, nestas fases da vida, em que deveria ser alimento normal insubstituível, consumido em quantidade não inferior a 3-5 decilitros por dia.

O consumo de vinho, é pelo contrário, excessivo e desregrado, mas pode-se prever que à medida que a alimentação se for adaptando às necessidades e conveniências fisiológicas dos indivíduos nas novas condições de vida, o leite substituirá o vinho como alimento, passando este a ser considerado, não como alimento, que na verdade não é, mas como acompanhante, à semelhança de aditivos e edulcorantes, dos alimentos normais e essenciais em cada refeição.

3 — A alimentação racional, a saúde e a economia:

- a nutrição sendo uma função básica da vida influencia profundamente a saúde e a boa nutrição depende da alimentação racional;
- a alimentação racional é mais barata, exige menos trabalho na preparação das refeições e condiciona o melhor aproveitamento dos alimentos naturais;
- a alimentação racional baseia-se no aumento do consumo de leite, de carne e peixe, no consumo médio de pão escuro (não branco), batata, arroz e massas, hortaliça e fruta, e na diminuição de consumo de açúcar e toda a qualidade de doces. Os óleos naturais, e sobretudo o azeite, devem voltar a ocupar na alimentação o papel que desempenhavam no passado, de gorduras essenciais na preparação culinária dos alimentos e em temperos contemporâneos de saladas, etc.

A agricultura, bem como os circuitos económicos ligados aos alimentos, terão de se adaptar às solicitações da alimentação racional, e a agricultura como fonte de alimentos deverá produzir, dentro da orientação técnica que vier a adoptar, aquilo que mais se precisa e a preços ajustados, ajudando a melhorar a alimentação básica do povo pelo fornecimento dos produtos de alto valor biológico indispensáveis, de que se destacam o leite, a carne, o peixe, a fruta, na quantidade necessária. As cadeias de distribuição estabelecerão os mecanismos reguladores do abastecimento normal.

4 — As deficiências alimentares e estados de nutrição:

- o consumo de quantidade insuficiente de alimentos durante um período de tempo prolongado conduz à desnutrição ou malnutrição que, na ausência de edema, é avaliada pela perda de peso (leve, até 10 %, moderada, entre 10-20 %, severa, de 20-30 %, e extrema, superior a 30 %, em que o indivíduo se torna incapaz de qualquer actividade, sendo o limite de 40 % geralmente mortal);
- outra deficiência fundamental é a falta de proteínas, que conduz à malnutrição proteica e pode ser independente da anterior, dependendo dos alimentos em falta. Cria situações graves, sobretudo na infância, com paragem de crescimento, fraqueza geral e doenças específicas (kwashiorkor, marasmo);
- as deficiências específicas de vitaminas e minerais revestem, em geral, formas pouco intensas nos países civilizados, não generalizadas, com excepção das relacionadas com a falta de fluor na água (cárie dentária) e iodo (bócio endémico), ainda de grande prevalência em diversas regiões. As grandes manifestações de desnutrição sob a forma de avitaminoses clássicas (beribéri, escorbuto, pelagra, raquitismo) são já excepcionais na população, embora a pelagra se encontre residualmente no Norte do País.

Os grupos da população mais sensíveis às deficiências alimentares correntes de proteínas, calorías, ferro e vitaminas, compreendem, por ordem de frequência: as crianças após a ablactação e particularmente no período que vai até aos 4 anos de idade, mulheres grávidas na segunda metade da gravidez, mulheres durante o período de aleitamento, adolescentes, trabalhadores de força e pessoas idosas. Os excessos alimentares, representados principalmente por excesso de calorías e por proporção muito elevada de gordura, atingem os indivíduos na idade adulta, sobretudo a partir da segunda metade deste período da vida. Os grupos em questão, de maior sensibilidade aos desequilíbrios alimentares e à falta ou excesso de determinados nutrientes, são chamados *críticos* ou *vulneráveis*.

Entre as deficiências alimentares generalizadas pode incluir-se a cárie dentária, que é encontrada em todos os grupos de idades, desde a infância, se bem que uma relação estreita entre dieta e cárie não esteja definitivamente estabelecida. Os dados de que se dispõe, relativos à correlação entre flúor da água, o uso de alimentos açucarados e cárie, mostram, no entanto, a importância destes elementos no seu aparecimento. A papeira endémica, doença de origem alimentar por falta de iodo, é prevalente em várias áreas e a sua erradicação pode ser conseguida pela ingestão de quantidade suficiente deste nutriente, o que já está a ser feito entre nós desde 1970.

Os problemas de nutrição que pelos seus reflexos constituem problemas de saúde, apresentam nas diversas fases da vida aspectos e intensidade variáveis com as condições sociais, grau de conhecimentos das populações e amparo de que desfrutam. Incluem, em esquema:

- *Mães e crianças.* Alimentação pobre durante a gravidez, que em alguns casos está associada com nascimentos prematuros, e durante o aleitamento, conduzindo a estados de nutrição deficiente. Alimentação ao peito insuficiente ou incorrecta da criança, de que resultam anemia, perturbações digestivas, falta de vitamina A, atraso de desenvolvimento e, em certas áreas, raquitismo. As grandes diferenças nas taxas de mortalidade infantil de diversos países são parcialmente devidas a factores nutricionais, resultantes de más condições alimentares, por sua vez consequência de más condições económicas e falta de cultura das mães.
- *Idade pré-escolar.* A subalimentação e a alimentação pobre em proteínas conduz frequentemente a malnutrição proteica. Nalgumas áreas, praticamente já inexistentes no País, a extrema deficiência de proteínas é causa de kwashiorkor e noutras observam-se estados de grande deficiência de calorías e proteínas (marasmo, síndromas mistos) ou de vitaminas, tais como xeroftalmia, raquitismo e pelagra. O uso de suplementos dietéticos é pouco frequente ou inapropriado nas populações menos evoluídas. Ocasionalmente, em meios sociais abastados, a superalimentação é causa de aumento anormal de peso das crianças.
- *Idade escolar.* A subalimentação, ou a má distribuição das refeições com pequeno almoço insuficiente, prejudica o progresso escolar, criando muitas vezes estados de letargia física e mental. A deficiência de proteínas animais, cálcio e vitaminas suficientes para completarem as deficiências

alimentares em família, tem efeito favorável muito acentuado e é uma das funções principais das cantinas escolares em todos os países evoluídos.

- *Adolescentes.* Estão frequentemente sujeitos a malnutrição, por alimentação insuficiente, desequilibrada ou irregular, que pode abrir caminho a doenças. É uma fase da vida de grandes necessidades energéticas e de nutrientes plásticos e protectores. O conhecimento destas necessidades nutricionais específicas pode contribuir para que a alimentação seja melhor orientada.
- *Adultos.* Os problemas alimentares nesta idade podem ser de insuficiência ou desequilíbrio, a ter em conta sobretudo nos trabalhadores; de excesso, com aumento de peso e obesidade; e de hábitos dietéticos errados ou incorrectos, que originam perturbações gástricas e contribuem para acidentes de trabalho. O excesso de calorías e de gorduras parece ter relações estreitas com as doenças crónicas degenerativas e talvez, em particular, com a doença coronária. O consumo elevado de álcool tem efeito desfavorável nos hábitos alimentares e na capacidade de trabalho, e, quando associado a alimentação pobre, é causa de avitaminoses, como a pelagra, e doutros estados de deficiência (perturbações psíquicas e do sistema nervoso, cirrose).
- *Pessoas idosas.* O aumento da proporção de pessoas idosas da população alarga a importância dos problemas próprios deste grupo, em que a malnutrição contribui para o aparecimento de senilidade prematura e as pequenas ou severas deficiências de vitaminas são frequentemente a causa de quebra das condições de saúde, a que se juntam a falta de minerais e de quantidade adequada de boas proteínas.

Os factores económicos e sociais que afectam desfavoravelmente o estado de nutrição em sectores importantes da comunidade nos países desenvolvidos são, na maioria, de ordem educativa, e têm por efeito a utilização insuficiente de alimentos indispensáveis, como leite e peixe, e a tendência para adquirir alimentos mais caros, de luxo, e para o emprego de métodos de preparação culinária não satisfatórios. Neste sentido, a falta de apoio público para a investigação e a elaboração de programas de nutrição prática, em grande número de países, é um factor socio-económico negativo de grande importância. As causas básicas da nutrição defeituosa serão eliminadas tanto mais facilmente quanto mais desenvolvidos forem os programas de educação e treino que habituem os técnicos da saúde e a população, em geral, a conhecerem as deficiências alimentares e a terem compreensão exacta do efeito prejudicial da nutrição inadequada sobre a saúde, a capacidade de trabalho e a produtividade, ao longo da vida.

As soluções do problema compreendem, neste campo:

- disponibilidade dos alimentos necessários;
- conhecimento das necessidades e condições existentes, por meio de inquéritos alimentares e contacto dos serviços de saúde com as populações;
- educação dos profissionais de saúde em nutrição e preparação dos técnicos especializados necessários aos serviços neste sector de actividades;

- educação continuada da população e melhor exploração e aproveitamento dos recursos locais existentes, quanto a alimentos recomendáveis;
- organização de serviços (cantinas, lactários, etc.) de distribuição dos alimentos indispensáveis a certos grupos da população, sob a orientação das entidades de saúde.

b) *Fomento da habitação e saúde.* A saúde é influenciada, desde o nascimento e, provavelmente, em grau maior do que se tem pensado, pela qualidade da habitação, que, como abrigo indispensável, depende nos nossos dias da evolução económica, do nível de educação e dos hábitos de vida, tanto nos meios rurais como urbanos.

Numa primeira aproximação do problema («Habitação e Urbanismo», Vol. II (1973) dos Arquivos do *Instituto Nacional de Saúde*) foram reunidos dados que levam à conclusão de que:

- a habitação individual, do tipo vivenda, é muito mais favorável à saúde do que os apartamentos em blocos de residências e que os apartamentos baixos são melhores do que os de andares elevados, piorando estes com a altura. O 3.º andar seria um primeiro limite e o 6.º, um segundo limite já acentuadamente mau;
- os blocos de residências devem ser agrupados em conjuntos urbanos, de que a unidade residencial tipo comportaria cerca de 2000 fogos, dispostos de forma a resolver os problemas de jardins e dos locais de recreio e passatempo anexos e interligados, para crianças e pessoas idosas, sem circulação interior, e dos apoios sociais e dos transportes localizados no exterior próximo;
- a habitação deve dispor de espaço e compartimentação que assegurem as funções essenciais de trabalho doméstico, convívio e repouso, e permitam às crianças dispor de ambiente espacial adequado à formação equilibrada do seu sistema nervoso e da personalidade, completado por ambiente externo contíguo e aberto, ao ar livre;
- a habitação económica precisa de ser planeada e construída a preços acessíveis de custo e aluguer, e em número necessário, o que só se pode conseguir com «construção industrializada» e em terrenos adquiridos a preços convenientes, como a legislação já permite.

Na sequência destes princípios, chama-se a atenção para a importância que a elaboração do Orçamento Geral do Estado, segundo a regra antes enunciada, pode vir a ter imediatamente quanto a habitação económica. Se admitirmos, como se diz, que para uma solução razoável do nosso problema habitacional será preciso construir 800 000 fogos, em 10 anos, a uma média de 80 000, por ano, a verba ordinária de 6 milhões de contos especificada na hipótese citada de projecto do Orçamento Geral do Estado corresponderia a 30 000-40 000 fogos (150 a 200 contos por fogo), com área habitável de 80-120 m², segundo o tamanho das famílias. Isto representaria, com outras medidas parciais de fomento habitacional, um extraordinário passo em frente. Há que dá-lo, como medida paralela essencial do objectivo da instalação do Serviço Nacional de Saúde.

CONCLUSÃO

Em face do que existe em organização de serviços de saúde globais no País, do que devia já existir e do que pode ser previsto na base dos actuais conhecimentos e potencialidades de realização, o Povo Português está no direito de exigir que um serviço nacional de saúde seja organizado para toda a população, com o objectivo imediato de interligar e estruturar os serviços indispensáveis, de forma a conseguir-se:

- 1 — Que sejam criadas condições mais favoráveis de saúde para toda a população, na base da política geral do País, à semelhança do que acontece em todos os países evoluídos, de forma a diminuir a mortalidade, sobretudo na infância, até ao nível em que isso pode já ser feito, evitando anualmente a perda de milhares de vidas, acabar com as doenças facilmente evitáveis e introduzir as medidas de vigilância da saúde que contribuem para o aumento do bem-estar e da força produtiva do nosso Povo;
- 2 — Que se façam desaparecer rapidamente os factores sociais e técnico-administrativos retrógrados, responsáveis por que muitos portugueses sejam mantidos em condições de saúde deprimentes em consequência do baixo grau de desenvolvimento, de higiene geral e de estrutura sanitária das áreas em que vivem;
- 3 — Que o Ministério da Saúde, dentro da Política Nacional de Saúde, intensifique os programas prioritários hoje essenciais à vida das pessoas e das comunidades:
 - a) De saneamento básico, pela construção e alargamento dos sistemas de abastecimento colectivo de água e sua vigilância, de canalização e tratamento dos esgotos e condicionamento dos lixos em todos os núcleos populacionais;
 - b) De medicina preventiva, para combate regular e progressiva erradicação das doenças transmissíveis e facilmente evitáveis;
 - c) De habitação higiénica, de acordo com os estudos já feitos no País e tendo em conta o papel da habitação na saúde e bem-estar social das famílias, e de urbanismo local e geral;
 - d) De alimentação equilibrada, factor fundamental de saúde em todas as idades.
- 4 — Que sejam instaladas rapidamente as unidades previstas da rede de cobertura médico-sanitária, dando prioridade aos centros e postos de saúde das áreas mais necessitadas, e dotando-as do pessoal e meios técnicos capazes de satisfazerem as necessidades da população, em colaboração com os restantes apoios existentes, ou a criar, de consultas e internamento hospitalar;

- 5 — Que sejam reajustados os programas actuais de saúde materno-infantil e de educação para a saúde de toda a população, visando o atendimento, cuidados e ensinamentos básicos de vigilância da saúde de todas as mulheres grávidas, parturientes, recém-nascidos e crianças até à idade escolar;
- 6 — Que a vigilância na idade escolar, no trabalho e na terceira idade (pessoas idosas) seja actualizada e tornada eficaz;
- 7 — Que a acção contra a poluição do ar, da água, do solo, tanto como dos alimentos, passe a ser considerada tarefa prioritária da Nação e responsabilidade primária dos serviços de saúde;
- 8 — Que a preparação dos futuros médicos seja feita de acordo com o Ministério da Saúde e baseada em programas centrados igualmente na medicina e na colectividade, e que se intensifique a formação de pessoal paramédico, em especial de enfermagem de saúde pública, que a lei permite que possa já ser feita ao nível dos próprios distritos, e de auxiliares de estomatologia;
- 9 — Que sejam postos imediatamente à disposição da população rural os cuidados de saúde, desde as consultas ao internamento, e a informação sobre a saúde, que, nesta fase, podem já ser organizados pelo alargamento dos serviços da Previdência e de educação para a saúde.

CAPÍTULO VI

CÁLCULO DO CUSTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

Na primeira tentativa de cálculo de custo dos serviços de saúde necessários ou aconselháveis para o nosso País, feita em 1973 (O dilema da saúde e da doença na sociedade actual), escrevemos que «O custo de um serviço de saúde é calculável apenas na base do conhecimento exacto do sistema de saúde que se vai considerar, da sua adaptabilidade e da indicação precisa que apresenta para satisfazer as necessidades da população, e o montante deste custo só adquire significado prático quando se conseguir experiência suficiente da actuação do serviço, estiver definida a extensão das actividades por que se responsabiliza e o seu funcionamento for avaliado, regularmente, em termos da relação: custo/resultados favoráveis obtidos».

Mas se admitirmos, como parece sensato, que o nosso País não vai enveredar por uma política nacional de garantir para a saúde todo o dinheiro que for julgado indispensável para a instalação e funcionamento de serviços que satisfaçam as necessidades da população, que, de resto, seria um magnífico exemplo a dar ao Mundo nesta época, torna-se muito útil que conheçamos o nível de meios financeiros que envolve a instauração de um serviço nacional, mesmo que a aproximação seja muito grosseira.

O cálculo seguinte baseia-se nas necessidades estabelecidas no capítulo anterior, de 34 milhões de consultas, por ano e habitante, e de internamento de 600 000 doentes, por ano, nos diversos hospitais concelhios, distritais e centrais integrados na rede hospitalar, tendo ainda em conta as medidas de reabilitação.

1. SERVIÇOS CENTRAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Compreendem o Gabinete do Ministro (presentemente, Secretaria de Estado da Saúde), a Secretaria-Geral, que lhe está intimamente ligada, o Gabinete de Estudos e Planeamento, o Instituto Nacional de Saúde (INSA) e a Escola Nacional de Saúde Pública, que trabalham em estreita ligação, as Direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais, e incluem o sector central de promoção da Investigação médica e de saúde pública, ao qual seriam atribuídas dotações especiais para estudos importantes sobre a saúde da população e o aperfeiçoamento dos serviços, a realizar sobretudo por encomenda, independentes das dotações destinadas pelos

serviços interessados e particularmente pelo INSA e Direcções-Gerais nos seus próprios planos.

Não se considera a Direcção-Geral da Assistência Social no cálculo das despesas da saúde, por se entender que este organismo central disporá de actividades e meios financeiros de cobertura diferentes dos da saúde, embora haja coordenação no seu funcionamento. Verbas da Direcção-Geral de Assistência Social virão, naturalmente, a ser afectadas aos serviços de saúde para pagamentos relacionados com estados carenciais dos indivíduos, de que depende, no todo ou em parte, a sua saúde, especialmente durante a infância e a velhice. Os encargos previsíveis teriam a seguinte distribuição exemplificativa:

	<i>Contos</i>
— Gabinete do Ministro, Secretaria-Geral, Gabinete de Estudos e Planeamento	75 000
— Instituto Nacional de Saúde e Escola Nacional de Saúde Público	75 000
— Direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais	75 000
— Investigação médica e de saúde pública	75 000
Total de 1	300 000

2. SERVIÇOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Compreendem os centros de saúde concelhios e postos de saúde dependentes, os centros de saúde distritais, os órgãos coordenadores, os hospitais concelhios e as ligações com instituições locais que a legislação regula, com prioridade para as da Previdência e Misericórdias.

Os encargos previsíveis são calculados na base seguinte:

2.1. Centros de saúde concelhios

Embora a legislação separe estes centros em dois tipos — os de concelhos com menos e mais de 30 000 habitantes — neste cálculo os centros são separados para melhor exemplificação das despesas a considerar nos três grupos seguintes:

2.1.1. Com menos de 10 000 habitantes

	<i>Contos</i>
Médicos (2), tempo de 6 horas diárias	400
Médicos especialistas, tempo parcial	200
Enfermeiros (3)	300
Auxiliares de estomatologia (1)	100
Agentes sanitários (1)	100
Pessoal administrativo (2)	160
Pessoal auxiliar (2)	120
Despesas com leites e medicamentos	100
Despesas com análises clínicas e sanitárias	100
Despesas de funcionamento (administração)	150
Total	1 730

Para o conjunto de 74 centros deste grupo o encargo total seria de cerca de 128 000 contos

2.1.2. Com cerca de 20 000 habitantes

	<i>Contos</i>
Médicos (4), tempo de 6 horas diárias	800
Médicos especialistas, tempo parcial	400
Enfermeiros (6)	600
Auxiliares de estomatologia (2)	200
Agentes sanitários (2)	200
Pessoal administrativo (3)	240
Pessoal auxiliar (3)	180
Despesas com leites e medicamentos	200
Despesas com análises clínicas e sanitárias	200
Despesas de funcionamento (administração)	300
Total	3 320

Para o conjunto de 127 centros deste grupo o encargo total seria de cerca de 421 000 contos

2.1.3. Com cerca de 40 000 habitantes

	<i>Contos</i>
Médicos (8), tempo de 6 horas diárias	1 600
Médicos especialistas	800
Enfermeiros (12)	1 200
Auxiliares de estomatologia (3)	300
Agentes sanitários (3)	300
Pessoal administrativo (4)	320
Pessoal auxiliar (4)	240
Despesas com leites e medicamentos	400
Despesas com análises clínicas e sanitárias	400
Despesas de funcionamento (administração)	500
Total	6 060

Para o conjunto de 55 centros deste grupo o encargo total seria de cerca de 333 000 contos

As despesas de funcionamento cobrem os encargos com as deslocações de trabalho dos funcionários, que deveriam ser feitas em veículos de propriedade pessoal.

2.2. Centros de saúde distritais

Localizados nas capitais dos distritos, são em número de 18, prevendo a legislação que virá a haver mais 2, em Lisboa, e 1, no Porto, com a categoria aproximada de centros de saúde do tipo três dos centros concelhos, acabados de referir.

Neste cálculo, por se ter em linha de conta a eventualidade da instalação do Serviço Nacional de Saúde, admitimos que em vez de 21 centros distritais venha a dispor-se de 25, sendo 6, em Lisboa, e 3, no Porto.

A sua estrutura será a do centro tipo três alargada, tendo-se admitido uma despesa unitária média da ordem de 10 000 contos.

Para o conjunto de 25 centros distritais o encargo total seria de cerca de 250 000 contos

2.3. *Hospitais concelhios*

Como vimos, os hospitais concelhios são, presentemente, na sua totalidade ou quase totalidade, entidades particulares a que só indevidamente e por tradição se continuará a dar a designação técnica de hospitais, e cuja actividade se deve exercer no âmbito do centro de saúde.

A designação de hospital convém, apenas, a instituições com um número de camas suficiente (mais de 200) para realizar um conjunto de actividades médicas, cirúrgicas, obstétricas e pediátricas, completadas por especialidades a seleccionar, que possam ser asseguradas por equipas de pessoal diferenciado, equipamentos gerais e especializados, instalações e meios evoluídos de administração, bem como por apoios adequados de meios de ensino, de técnicos especialistas de equipamentos, de instalações e de acção social, e que permitam a adaptação de cada hospital às novas necessidades da assistência médica, do ensino e da investigação dos problemas da doença, especialmente em relação com a patologia geográfica.

Os nossos hospitais concelhios foram, por isso, logicamente enquadrados na rede dos serviços de prestação de cuidados primários de saúde pela nova legislação. O número actual, anteriormente referido, de 221, com 8696 camas, é apenas indicativo, porque muitas unidades não têm praticamente existência.

Para o número de camas calculado como necessário na primeira fase da instalação do Serviço Nacional de Saúde, de 7000, e o custo que se atribui a cada cama, de 100\$00 por dia, que é apenas metade do que adiante será indicado para os hospitais distritais, a despesa a considerar seria da ordem de 250 000 contos, por ano.

A quantia indicada, de 100\$00, é ligeiramente superior à que presentemente é paga pelos serviços da Previdência pelo internamento dos seus doentes em hospitais particulares, e a administração das pequenas unidades de hospitais concelhios irá funcionar, por certo, na mesma base de economia e rentabilidade, dando, assim, alguma consistência ao cálculo feito. Nestas condições, teremos:

Para o conjunto dos hospitais concelhios um encargo total de cerca de 250 000 contos

2.4. *Outras despesas com cuidados primários de saúde*

Com esta designação é prevista uma verba de reforço, provavelmente desnecessária na fase inicial da instalação dos serviços acabados de referir, dado

que as verbas indicadas não serão aplicadas totalmente senão ao fim de certo tempo, que pode ser representado por anos. Destina-se à instalação de postos de saúde ao nível de grupos de freguesias, como prevê a legislação, na dependência directa dos respectivos centros de saúde concelhios e em articulação com outras entidades exercendo actividades de saúde, a reforçar as actividades materno-infantis de internamento dos hospitais concelhios e a satisfazer encargos com acções de medicina de massa e outras que forem julgadas convenientes para acelerar o conhecimento das condições de saúde da população.

Por esta verba seriam ainda pagas despesas relacionadas com as intervenções comunitárias em apoio dos serviços de saúde, se tal for tornado indispensável.

Para o conjunto de despesas complementares com cuidados primários de saúde o encargo seria de 100 000 contos

3. *SERVIÇOS HOSPITALARES*

Compreendem, separadamente, os grupos dos hospitais distritais, anteriormente chamados hospitais regionais, e que são na grande maioria ainda dirigidos por entidades particulares, e dos hospitais centrais e especializados, na quase totalidade constituindo instituições oficializadas.

Os hospitais distritais tiveram recentemente um surto importante de desenvolvimento técnico e administrativo, mas na sua totalidade precisam de ser reestruturados para poderem ser enquadrados completamente numa rede eficiente, de forma a desempenharem as funções de verdadeiros hospitais, o que além de orientação técnica e apoio administrativo capazes implica um suporte financeiro directo e condicionado a planos de actividade.

3.1. *Hospitais distritais*

São presentemente em número de 42 e dispõem de cerca de 7500 camas. O número de camas em que se baseia o cálculo das despesas, de cerca de 9000, e portanto superior ao actual resulta da admissão dos índices referidos anteriormente, quanto a internamento de doentes na respectiva área. A experiência mostrará se a evolução de determinadas doenças que deixam de exigir camas, até agora bem ou mal ocupadas, ajudará a resolver as necessidades em aumento para outros fins, como sejam os acidentes e uma mais rápida oferta de facilidades de internamento para doentes agudos correntes.

Os hospitais distritais deverão organizar todos os serviços para que a duração média do internamento não exceda os 15 dias, valor que talvez seja já elevado de mais para o período em que estamos.

A despesa média diária de 200\$00, por cama, afigura-se equilibrada e implicando um nível de equipamento e de trabalho satisfatório.

Para o conjunto dos hospitais distritais o encargo total seria de 650 000 contos

3.2. Hospitais centrais e especializados

O cálculo refere-se a 9000 camas, afectas a hospitais centrais, e a 10 000 camas, enquadradas nos chamados hospitais especializados, sendo o custo avaliado em 500\$00, por dia, para os hospitais centrais, e em 150\$00, igualmente por dia, para os especializados.

Pelo que, com a despesa respectiva de 1 642 500 e 547 500 contos:

Para o conjunto dos hospitais centrais e especializados o encargo total seria de 2 190 000 contos

A necessidade de proceder ao ajustamento funcional dos diversos serviços e de suportar despesas com cuidados de reabilitação e de especialização e investigação, sobretudo no sector hospitalar, ou, mais genericamente, no sector do atendimento e internamento de doentes, leva a considerar que das verbas indicadas uma parte venha a ser aplicada em tais objectivos, dentro de planos de trabalho estabelecidos, durante o período de instalação dos serviços com despesas efectivas certamente inferiores às de funcionamento completo.

O total de encargos enunciados para os três sectores de serviços centrais, cuidados primários de saúde e cuidados hospitalares seria da ordem de 4 600 000 contos.

Haverá que juntar-lhe a despesa que corresponde aos actuais serviços médico-sociais da Previdência, após a reconversão que os fará integrar no sector dos cuidados primários de saúde, transferindo a responsabilidade de internamento de doentes para os cuidados hospitalares. A reconversão alterará completamente os seus actuais moldes de trabalho e, sobretudo, de consumo de medicamentos, conhecido, como é, que se dispense com estes importâncias muito exageradas.

Na base das actuais despesas com pessoal, da ordem de 600 000 contos, e do número de consultas a realizar no âmbito do novo serviço nacional de saúde, da ordem de 15 milhões, calculou-se que o seu custo virá a ser de cerca de 1 500 000 contos, por ano, a juntar, portanto, ao total de 4 500 000 contos da rede dos restantes serviços, o que dá o total geral de pouco mais de 6 000 000 de contos.

Esta verba, que não é superior ao conjunto das despesas oficiais e semi-oficiais dos actuais serviços descoordenados, deve ser considerada em ligação com as responsabilidades que virão a competir aos serviços de assistência social, devidamente articulados com os da saúde e da segurança social. Na nota seguinte sobre o orçamento do Estado e repartição das despesas, a assistência social, sob a designação de Acção Social, é considerada ao lado da Saúde.

4. SAÚDE e ORÇAMENTO GERAL DO ESTADO

Tem interesse o saber se um orçamento, como é ou pode ser o actual Orçamento Geral do Estado no nosso País, comporta as despesas previstas para um serviço nacional de saúde, que se orienta, simultaneamente, para o atendimento correcto das necessidades da população e para a melhoria das suas actuais con-

dições de saúde, com vista ao aumento do seu bem-estar e da sua potencialidade de trabalho.

Neste aspecto, os governantes precisam de ter em vista cada dia mais concretamente o papel recíproco que a saúde e a economia desempenham no progresso das populações, e a natureza das relações que se estabelecem, ou se torna necessário desenvolver, entre elas.

Uma das relações mais importantes da saúde com a economia é estabelecida em todos os Estados modernos pelo Orçamento Geral do Estado, o qual, ao assegurar verbas para o funcionamento dos serviços de saúde, dispositivos de acção social e assistência, habitação económica, urbanismo, desenvolvimento, influencia directa e indirectamente, de forma mais ou menos acentuada conforme o montante e proporção dessas verbas, a promoção da saúde e a luta contra a doença.

Para uma organização mais racional e útil do Orçamento Geral do Estado, sugerimos que comece a ser tida em conta a ideia (regra de 1/3) exposta na entrevista concedida ao jornal «Expresso», em 20-4-74, e que assenta fundamentalmente em 4 premissas:

1. A elaboração do Orçamento Geral do Estado obedece a um princípio fixado pelo Governo, designado por *regra de 1/3*, consistindo fundamentalmente em que:

1.1. O volume das despesas é calculado na base de 1/3 do Produto Nacional Bruto previsto para o ano respectivo;

1.2. As despesas são distribuídas por três grupos principais, cabendo a cada grupo 33 % do total;

1.3. O orçamento deve especificar uma verba da ordem de 1% destinada exclusivamente ao desenvolvimento da investigação científica, independentemente das verbas que caibam em 1.2 à finalidade da investigação científica e tecnológica dos diversos departamentos e serviços.

2. Os grupos de despesas tomam em conta as afinidades e interligações dos objectivos nacionais a atingir, podendo separar-se em:

2.1. Grupo da Saúde e Acção Social e da Educação, com 33 %, assim distribuídos:

— Saúde (8 %) e Acção Social (6 %)	14 %
— Educação	19 %

A *Saúde* compreende todas as actividades que correspondem ao somatório das atribuídas neste sector ao Ministério da Saúde e Serviços Médico-Sociais da Previdência e outros Ministérios com excepção dos Ministérios militares e do Ultramar.

A *Acção Social* compreende as prestações complementares de saúde, como medicamentos, próteses e auxílios financeiros de tipo assistencial, e as actividades relacionadas com o apoio à família, à criança e às pessoas idosas.

A *Educação* compreende todas as actividades relacionadas com a educação e ensino pré-escolar, escolar, de grau médio e de grau superior, para indivíduos normais e inferiorizados.

2.2. Grupo da Habitação e Urbanismo e do Desenvolvimento, com 33 %, assim distribuídos:

— Habitação (8 %) e Urbanismo (6 %)	14 %
— Desenvolvimento	19 %

A *Habitação* compreende o fomento generalizado da habitação económica e saudável, com a preocupação especial dos grandes meios urbanos na primeira fase, que não devia ir além de 3 anos, repartindo-se depois as verbas entre meios urbanos e rurais.

O *Urbanismo* compreende as actividades e realizações implícitas nos planos de urbanização, em particular o fomento rápido do abastecimento de água potável e do saneamento em todos os meios urbanos, e a aplicação das modernas concepções de áreas ou zonas residenciais, unidades residenciais e conjuntos urbanos.

O *Desenvolvimento* compreende as medidas de orientação, coordenação e realização do fomento da agricultura, pescas, indústria, transportes e comunicações e das obras públicas implícitas.

2.3. Grupo da Defesa e Outros Serviços Nacionais, com 33 %, assim distribuídos:

— Defesa	14 %
— Outros Serviços	19 %

A *Defesa* compreende as forças militares, em tempo de paz. A semelhança do orçamento espanhol, em que as despesas militares correspondem a cerca de 13,8 %, calculou-se para o nosso caso a proporção de 14 %.

Outros Serviços compreendem as actividades governamentais superiores, de nível presidencial, bem como a Justiça, as Relações Exteriores, a Administração Civil, as Finanças, não incluídas nas designações anteriores.

3. A Investigação diz respeito a uma actividade que há necessidade urgente de estimular pela via do governo central, ao nível da chamada investigação básica ou fundamental, pela concessão directa de subsídios para finalidades consideradas prioritárias. Estaria na dependência da Presidência do Conselho, sob a orientação de organismo especializado como a Junta Nacional da Investigação Científica e Tecnológica.

4. Quando circunstâncias anormais obrigarem a considerar despesas maiores do que as consentidas pelo orçamento tipo indicado, como é o caso, no nosso País, da actual situação ultramarina ou como seria uma política de desenvolvimento acelerado, os governos recorrerão a fontes de finan-

ciamento especiais — contribuições específicas, empréstimos, impostos transitórios, etc. — *sem alterar o normal funcionamento das regras orçamentais estabelecidas*. No decurso do ano o Governo autorizará as transferências de verbas aconselháveis entre Ministérios.

Como exemplo numérico da distribuição de despesas, pode-se esboçar em quadro o montante destas para uma população de 8,5 milhões de habitantes, com 1000 dólares (25 000\$00) de Produto Nacional Bruto, por ano e habitante.

Esta estimativa parte da hipótese de que venha em breve a trabalhar-se em Portugal em condições normais e que a produtividade comece a aumentar, passando-se, assim, rapidamente, do valor de 20 000\$00, em 1973 (neste momento deve ser muito mais baixo), para o de 25 000\$00 (1000 dólares) e mais, progressivamente.

População = 8,5 milhões de habitantes

Produto Nacional Bruto = 225 milhões de contos

Orçamento Geral do Estado = 75 milhões de contos

	<i>Despesas</i> (milhões de contos)	% do P.N.B.	% do O.G.E.
1.º Grupo			
Saúde	6,0	2,7	8
Acção Social	4,5	2,0	6
Educação	14,25	6,3	19
2.º Grupo			
Habitação	6,0	2,7	6
Urbanismo	4,5	2,0	8
Desenvolvimento	14,25	6,3	19
3.º Grupo			
Defesa	10,5	4,7	14
Outros Serviços	14,3	6,3	19
Investigação	0,75	0,3	1
TOTAL	75	33,3	100

CAPÍTULO VII

CARTA ABERTA A UM EX-SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Quando no começo de Maio de 1974 V. Ex.^a apareceu no então Ministério da Saúde, não ainda como Secretário de Estado, mas como Delegado da Junta de Salvação Nacional, houve a impressão de que o País iria entrar numa fase decisiva de eficiência e seriedade de trabalho, na organização dos seus serviços de saúde iniciada em 1970. Poder-se-ia até julgar que iam começar a ser tratados com carinho e determinação os problemas prioritários da saúde do nosso Povo, em atraso.

Tratava-se de um médico, embora sem pergaminhos nem experiência da tecnologia sanitária ou da administração superior de saúde, oficial das forças armadas, enviado pelo MFA, e podia contar com o apoio total duma pleiada de planeadores, técnicos e administradores bem preparados, conhecedores dos nossos problemas de saúde e de há muito interessados nas suas possíveis soluções, de resto já estudadas, e animados de vontade inexcedível de fazer sair o sector da Saúde, rapidamente, da situação em que se encontrava — de ser o mais atrasado da Europa.

O tempo viria mostrar quão infundada era essa esperança, e como a sua intervenção governamental, continuada depois como Secretário de Estado da Saúde, em Julho seguinte, se iria tornar, por certo, a pior de sempre, entre as acções governativas de que há memória no sector da Saúde no nosso País.

As falhas de decisão e oportunidade, distorções, erros e arbitrariedades, sobretudo estas — algumas das quais tão clamorosas que vão ficar históricas, como nunca se tinha visto entre nós, pelo menos no sector da Saúde — constituem motivo de tristeza e aviso, que será lembrado por muitos anos, geração após geração.

E porque é de toda a utilidade que estes exemplos negativos sejam apontados, salutarmente, para reflexão de presentes e futuros governantes do sector, chama-se aqui a atenção para alguns pontos cruciais que vieram trazer mais atraso ao nosso já reconhecido atraso de país na cauda da Europa, na solução dos problemas da saúde da população.

Esta carta aberta não é para ser respondida ao autor dela e deste livro, que não tem nenhuma necessidade de qualquer resposta. O livro, de resto, explica claramente os problemas que estão em causa e estes precisam agora de solução e não de explicações que tentem justificar a falta de solução, quando esta era tão necessária e possível.

Poderá ser respondida, sim, ao Povo Português, se alguma coisa de construtivo houver para dizer, em penitência do que devia ter sido feito em benefício dos serviços de saúde e não o foi.

1 — SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E POLÍTICA DE SAÚDE NO PAÍS

Em Junho de 1974 lançámos a ideia de um grupo de técnicos destacados dos serviços de saúde elaborar rapidamente uma memória sobre a situação destes nossos serviços e os tipos de sistemas de saúde organizados no mundo, que podiam servir de exemplos na estruturação imediata de um serviço nacional de saúde, qualquer que fosse a solução política para a nossa Governação.

A memória destinava-se a ajudar os partidos políticos, em organização, e que se mostravam todos eles pouco conhecedores das realidades e experiências em evolução no Mundo, no campo da saúde, a pensarem seriamente, logo de entrada, na parte das suas preocupações doutrinárias e programáticas que deviam atribuir à Saúde, enquadrada no plano de Política Geral do País. E, para além dos partidos políticos, poderia ajudar outras entidades e pessoas a disporem duma informação sintética e actualizada que as habitasse a fazer juízos sérios, baseados em dados concretos.

O projecto teve início e chegou a haver reuniões de trabalho, mas verificou-se, em breve, que fora desviado e entregue a um pequeno grupo que se alheou dos promotores iniciais. Viria a aparecer muito mais tarde, sob a responsabilidade directa da Secretaria de Estado da Saúde, uma brochura com o título «Subsídios para o lançamento do SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE», na confecção da qual se empenhou o grupo referido que englobava elementos do projecto inicial, aproveitando muito do material já seleccionado.

Simplesmente, os autores não fazem a mais pequena referência à legislação de saúde publicada em 1971 e, posteriormente, na mesma senda, nem ao estado em que se encontrava o começo de organização dos serviços de saúde desencadeado por essa legislação. Veja-se o que a referida brochura diz em «Introdução»:

A saúde de um povo é hoje considerada um problema político de primeira importância. É também, como a doença, uma situação indivisível. Por isso, nenhum povo pode desinteressar-se da saúde e da doença dos seus vizinhos. Em Portugal superadas as condições que a relegaram a um campo de acção não prioritária, pode agora encarar-se a sua real dimensão. O País poderá também assumir as suas amplas responsabilidades na Comunidade Internacional.

Por todo o mundo se vai fixando em textos fundamentais a obrigação social de o Estado zelar pela saúde das populações, consagrando-se, assim, o direito à saúde, tendo por únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.

O regime de posto, numa exploração apenas demagógica, foi falando de tradição, mas nunca se importou em pôr em prática os princípios fundamentais dos nossos reformadores sanitários desde Ribeiro Sanches a Passos Manuel e a Ricardo Jorge. Daqui que o direito à saúde nunca tenha sido elevado expressamente à dignidade de garantia individual.

Pretende-se, agora, iniciar um amplo debate nacional acerca da organização da saúde, condicente com o novo condicionalismo político e social em que o País passou a viver.

Não há, pois, uma única referência à reforma de 1971, embora como é fácil de comprovar ao ler os primeiros artigos do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, haja nestas poucas palavras transcritas frases copiadas dessa legislação. Não se dispensou o documento, porém, da fraseologia corrente, das explorações demagógicas e outras referências históricas, que nada têm a ver com o sistema de saúde e a política de saúde definidos pela legislação.

A referência a Ribeiro Sanches, Passos Manuel e Ricardo Jorge aparece para acentuar a falta de qualquer coisa de novo desde então, o que num documento de esclarecimento público é simplesmente uma burla. Para quem conhece o que tem de completa falta de actualidade e de seriedade o chamar a atenção para «os princípios fundamentais dos nossos reformadores sanitários», que já para a época eram desactualizados e não podem ter hoje outro interesse que não seja o histórico, pensa duas vezes com que gente o País está metido ou esteve metido nestas tarefas da saúde.

A brochura contém quatro capítulos, para além da «Introdução», de que se transcreveram os parágrafos iniciais, e que são:

- 1 — Situação sanitária do País;
- 2 — A organização de saúde existente em Portugal;
- 3 — Sistema de saúde (Tipos paradigmáticos);
- 4 — Principais quesitos a que deve responder o serviço nacional de saúde.

Nada há de original neles, porque sobre todos os assuntos foram publicados a tempo e dentro do espírito da reforma de 1971 trabalhos esclarecedores, de que na brochura são transcritas sem referência passagens inteiras e as ideias já esquematizadas.

Em relação com o ponto 4, tivemos o trabalho de fazer comentários de clarificação num dos subcapítulos do «Capítulo IV» deste livro.

2 — NOVA GESTÃO DE SERVIÇOS E ORGANIZAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS

Foi considerado, como se viu na transcrição feita há pouco, que a saúde «pode agora encarar-se na sua real dimensão», mas tal não aconteceu, pois que nada foi feito nesse sentido. Já nos referimos no «Capítulo IV» à fase negativa que continua a perturbar o funcionamento dos serviços e, quanto a resultados na criação ou reestruturação de serviços fundamentais, a situação é igual, apesar do que a legislação estabeleceu e permite que se faça imediatamente.

Será útil e esclarecedor lembrar três casos concretos:

- a) O problema dos hospitais que foi posto pelo autor nos seguintes termos concretos de tentativa de ajuda, num momento em que isso pareceu oportuno.

A minha opinião é pouco valiosa, porque tendo tentado atacar de frente o problema hospitalar português, em 1970, no contexto dum plano de política nacional de saúde e de organização do correspondente sistema de serviços coordenados, pouco ou nada se conseguiu, a não ser o melhor conhecimento das razões directas do mau funcionamento do sistema hospitalar e das suas principais mas pouco evoluídas unidades, que são os hospitais centrais. Direi, portanto, o que se pensou fazer e o que talvez se deva fazer.

Ao delinear-se para a saúde grandes soluções de carácter nacional, com a definição duma política de saúde de base científica e tecnológica, a organização de serviços superiores de planeamento, programação e avaliação e a criação imediata de um dispositivo de serviços capazes de executar as tarefas da saúde e da assistência com as técnicas evoluídas da nossa época, procurou-se no primeiro semestre de 1970 melhorar a situação dos nossos hospitais, estudando, simultaneamente, três aspectos específicos: a) a reestruturação orgânica e funcional dos hospitais centrais (instruções de 22-2-70), que deveria ser executada em plano trienal, até ao fim de 1973; b) a criação de dois novos hospitais, em Lisboa, que serviriam de modelo de trabalho, o primeiro dos quais a construir em regime «industrializado» foi aprovado em 11-6-70 e deveria ficar pronto a funcionar no fim de 1973, com a capacidade de 1100 camas; c) o enquadramento dos hospitais regionais (distritais e concelhios) numa rede eficiente, com atribuições e ligações bem definidas.

O fracasso do primeiro objectivo é hoje perfeitamente compreensível, sabendo-se que a actividade hospitalar era, entre nós, sobretudo de carácter assistencial e pouco disciplinada, com administração de acentuado amadorismo, e envolvia interesses pessoais de muita gente e de enorme volume, que uma conversão rápida forçada quebraria para sempre, se a vida hospitalar passasse a fazer-se dentro das técnicas e regimes de trabalho exigidos pelas necessidades dos nossos dias.

Não tendo os interessados vontade de mudanças, como continua a verificar-se, e não havendo força de Governo ou do povo para as impor, a perspectiva dos nossos hospitais centrais, comparados a hospitais modernos, assemelhava-se bastante a uma traineira de pesca face a um moderno barco com radar e frigorificação. Cada um tem a sua época e a sua possibilidade de servir a comunidade...

O segundo objectivo, da construção de um hospital inteiramente novo, em funções, pessoal e equipamentos, que servisse de modelo do trabalho hospitalar nas ligações com a comunidade, embora estudado em pormenor (projecto, local, modo de construção, financiamento, constituindo este uma novidade entre nós extremamente favorável) e aprovado, em 11-6-70, pelo governo, emperrou logo a seguir para só aparecer à luz do dia em 1973, isto é, quando o hospital devia estar quase concluído.

Devo acrescentar ainda duas notas a este respeito. A primeira é que, quando da apresentação do plano deste novo hospital, o qual deveria ser seguido de segundo, igual, noutra área da cidade, os quais nada tinham a ver na concepção com o novo hospital escolar de Coimbra, também aprovado na mesma reunião, um membro do Governo (Dr. João Salgueiro) defendeu a ideia de que conviria construir os dois hospitais simultaneamente, porque apenas construído um só tarde demais haveria coragem para fazer o outro, e corríamos o risco de não

acertar o passo apenas com um bom hospital. Mantive, então, e manteria hoje, o ponto de vista de que não tínhamos capacidade de recrutamento e preparação adequada de médicos novos, pessoal de enfermagem e técnicos vários, simultaneamente, para dois hospitais, num período de três anos, como era o previsto. Ora tudo aconteceu da maneira mais simples. Nem em três nem em seis anos foi ou será preciso fazer tal esforço de recrutamento e preparação. Não haverá hospital novo, pelo que se ouve dizer.

A segunda é que este primeiro hospital, a localizar na Zona Ocidental de Lisboa, deveria dar apoio a toda a área do Estoril, Cascais e Sintra, fora de Lisboa, para serviços de urgência e internamentos necessários, uma vez que os hospitais existentes eram insuficientes e o pequeno Hospital do Ultramar foi considerado, pelas autoridades de então, indispensável ao respectivo Ministério e não cedível aos Serviços de Saúde. A situação, no presente, é ainda provavelmente pior do que na altura, porque os hospitais existentes continuaram a envelhecer e a deteriorar-se, mas modificou-se quanto a uma possível e imediata utilização do Hospital do Ultramar e ao aproveitamento para fins limitados do desactualizado Centro Hospitalar do Lumiar (Sanatórios). Não se vê, porém, como se poderá prescindir do hospital da Zona Ocidental, quando vários dos hospitais que constituem os Hospitais Cívicos de Lisboa estão tão velhos e inaproveitáveis que só se lhes vê um destino: serem demolidos e darem lugar a jardins ou parques, de que Lisboa precisa urgentemente.

O terceiro objectivo, do enquadramento dos hospitais regionais numa rede funcional, está a fazer progresso e dada a melhoria acentuada que se tem verificado em alguns desses hospitais é de prever que um impulso decisivo seja dado a todo o esquema de integração logo que o sistema de saúde em conjunto entre em funcionamento regular no País.

Deste plano trienal resultaram duas coisas aparentes. Os médicos internos passaram a ser os médicos da sua categoria mais bem pagos no mundo sem nenhum resultado útil, porque não se chegou a organizar o trabalho previsto para eles (permanência regular no hospital), e houve uma melhoria da remuneração do pessoal de enfermagem, esta justíssima e que veio a ser completada pela legislação geral das carreiras (Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro). Foi este decreto que estabeleceu pela primeira vez o acesso directo dos auxiliares de enfermagem à enfermagem geral, tendo-se criado uma carreira única.

Também o plano teve outro resultado: o da criação em 1971, de 5 novas escolas de enfermagem (Bragança, Coimbra, Faro, Portalegre, Viseu), e da organização, para 1972, de outras 5 mais (Beja, Leiria, Santarém, Setúbal, Viana do Castelo), continuando algumas, pelo que sei, ainda sem funcionar.

Esta preocupação enorme com o ensino da enfermagem, resultava de se considerar todo o problema de enfermagem assente em três premissas:

- a) A necessidade premente, que em alguns sectores de trabalho é angustiada, de mais pessoal, com preparação mais ajustada às tarefas que lhe incumbem;
- b) A impossibilidade de fazer a preparação do pessoal necessário, em ritmo adequado, no regime actual de 3 a 4 anos de curso e estágios, para o curso de enfermagem geral, o que obriga, não

se modificando este regime, a procurar outras soluções mais rápidas, sem prejuízo da qualidade desejada para cada uma das tarefas a executar;

- c) A vantagem que se reconhece em todo o mundo de categorias na profissão de enfermagem, com preparação inicial não obrigatoriamente igual ou da mesma duração, desde que o treino e o acesso estejam assegurados por regras adequadas.

O problema dos hospitais, enquadrado na linha de soluções que envolve a organização dum sistema de cuidados de saúde, em que os sectores sanitário e de cuidados primários de saúde são prioritários, não pode ter solução própria, à maneira de milagre ou à força de decretos. Vai exigir tempo e novas pessoas intervenientes, mas não será descabido o pensar que a orientação de 1970 poderá ter agora mais probabilidades de êxito.

b) O caso do Instituto Nacional de Saúde, que embora deva ser tratado em brochura à parte, com o título «Crime contra o Povo Português cometido no Instituto Nacional de Saúde» e que consistirá de quatro capítulos:

- Os acontecimentos ocorridos no Instituto Nacional de Saúde, depois do 25 de Abril
- A responsabilidade de um Secretário de Estado da Saúde
- O retrato dos coveiros em linguagem de humorismo cinzento
- O renascer das cinzas de um novo INSA neste fim de século

é aqui posto para se acentuarem dois aspectos de desinteresse governamental por serviços fundamentais.

O primeiro diz respeito a afirmações feitas em discurso oficial e a actuações continuadas na mesma linha de falta de conhecimentos e de decisão, que consideraram o Instituto Nacional de Saúde como um organismo de fachada, dispondo de instalações grandiosas e de mais nada, sobre o qual deveria ser publicado um livro branco para desmascarar o engano que a tal respeito existia.

Por certo que tal livro branco não apareceu nem aparecerá, mas é de acentuar que existindo a realidade dos serviços, dos trabalhos, dos projectos, dos planos em curso de realização, das pessoas que são técnicos da mais alta categoria no País e fora dele, nunca o Secretário de Estado de Saúde se informou fosse do que fosse, nem chamou ninguém a informá-lo. Também nunca ninguém deu conta que tivesse sequer lido os volumes dos «Arquivos» do Instituto, onde os mais diversos problemas de saúde e organização de serviços, de premente interesse para o Povo Português, têm sido tratados. E não se conhecem outras instituições portuguesas que tenham publicado estudos paralelos ou semelhantes.

O segundo aspecto diz respeito a afirmações do mesmo jaez, a propósito das novas instalações projectadas, no Porto, para a Delegação do Instituto. Sabe-se que a Delegação no Porto do Instituto Nacional de Saúde é uma instituição verdadeiramente notável pela capacidade de trabalho que adquiriu e pela produtividade dos seus serviços, digna de exemplo provavelmente para todos os

nossos serviços de saúde, sem esquecer a própria sede do Instituto. Sabe-se, ainda, que as suas instalações estão de há muito saturadas e precisam de ser substituídas.

Pois o Secretário de Estado da Saúde, para além de nunca ter tido qualquer contacto com esta instituição, nem pessoalmente com os dirigentes ou qualquer dos seus técnicos, apesar das diligências feitas nesse sentido por todas as vias possíveis, permitiu-se dizer no Hospital Joaquim Urbano, quando lhe foi lembrado que parte da cerca deste estava destinada às novas instalações da Delegação do Instituto e que o plano respectivo ficara já incluído no IV Plano de Fomento — o que desconhecia —, que ... *tudo isso era para esquecer*. E, na verdade, só depois da sua saída do Ministério se voltou a tratar do caso. E com desconhecimento e decisão de «para esquecer» se foi ocupando a cadeira do poder.

c) O caso da continuação da instalação da rede de cuidados primários de saúde, que não saiu da modorra em que caiu depois do seu começo no período de 1970-1971, apesar do organismo central responsável dispor de verbas avultadas. Sabe-se que no fim do ano de 1974, esse organismo (Direcção-Geral de Saúde) teve que depositar nos cofres do Estado grande soma de dinheiro (mais de 100 000 contos), por não ter sido gasta com aquela finalidade.

3 — A CONTINUAÇÃO DO PROBLEMA DA CÓLERA

De forma semelhante à citada para o problema dos hospitais, foi considerado o caso especial da epidemia de cólera, no Verão de 1974, sem que tenha havido o mínimo sinal de aceitação ou não das considerações feitas, que são as seguintes:

Passados quatro meses e meio sobre o aparecimento dos primeiros casos desta segunda epidemia de cólera entre nós no presente século, a primeira foi em 1971, verifica-se que nos encontramos perante um problema muito sério para o País e para os técnicos dos serviços de saúde, por quatro razões principais:

- 1.^a — A epidemia está a tornar-se grave pela extensão que assumiu (mais de 2500 casos tratados, com dezenas de mortes, e várias dezenas de milhares de casos frustes ou inaparentes que têm espalhado o bacilo por toda a parte), pelos prejuízos directos que causa aos indivíduos atingidos e suas famílias, aos serviços que têm de a combater e a todos quantos gastam dinheiro para a evitar, e pelos prejuízos indirectos resultantes do alarme ou preocupação das pessoas, da retracção do turismo e da perturbação noutras relações internacionais;
- 2.^a — A epidemia constitui um descrédito, dentro e fora das fronteiras, pois mostra a nossa aparente incapacidade de povo civilizado para velar pela saúde da população e das pessoas que vêm a Portugal e protegê-las eficazmente;

3.^a — A extensão da epidemia mostra como as nossas infra-estruturas sanitárias e a educação da população continuam atrasadas e são insuficientes, exigindo, conseqüentemente, uma modificação rápida, o que significa a necessidade imperiosa de fazer despesas imediatas de muitos milhões de contos;

4.^a — A evolução da epidemia mostra que o Governo tomou medidas desafortunadas, ou adiou as medidas que eram necessárias, com prejuízo e risco crescente da população.

Julga-se que a epidemia começou no Algarve, trazida por certo da África Ocidental, pois o vibrião colérico identificado é da estirpe *Unaba*, muito disseminada em Marrocos e Angola, enquanto o de Moçambique é da estirpe *Ugawa*. Apareceu depois em Lisboa e espalhou-se rapidamente pelo País. O alarme dado de entrada pelos Serviços de Saúde não foi atendido pelo Governo, que considerou a doença um problema político e não um problema técnico de saúde, pelo que foi retirada à Direcção-Geral de Saúde e outros organismos técnicos com ela relacionados a responsabilidade pela orientação da luta e pela acção directa, assumindo o Ministério respectivo, chamado dos Assuntos Sociais, ao nível do gabinete, a iniciativa e coordenação das reduzidas actividades julgadas convenientes. Isto durou semanas — as semanas cruciais do alastramento inicial da doença.

Ao reconhecer o malogro de tais decisões, o Governo voltou a entregar a estratégia da luta à Direcção-Geral de Saúde, que está agora a encaminhá-la de forma acertada, embora tarde de mais, baseando-a em princípios técnicos e na experiência anteriormente adquirida.

Quando da primeira epidemia a que tivemos de fazer face, em 1971, que durou exactamente dois meses e teve 89 casos conhecidos, organizou-se um plano de luta, já esboçado previamente, que compreendia medidas gerais e a circunscrição de cada foco e a sua rápida erradicação, por acção maciça e frontal, para evitar que a doença se disseminasse e se tornasse endémica. A campanha, assente nos conhecimentos epidemiológicos e no trabalho de equipas sanitárias, foi modelar e teve êxito completo.

Três organismos, Direcção-Geral de Saúde, Instituto Nacional de Saúde e Hospital de Curry Cabral, constituíram em conjunto o fulcro da estratégia, conduzida por uma comissão composta por 3 peritos altamente competentes e que se mostrou em tudo eficiente. A descrição das medidas tomadas e das recomendações feitas encontra-se no Vol. I (1972) dos Arquivos do Instituto Nacional de Saúde.

Procurou-se então, de forma premente, com estas recomendações, levar o Governo a empreender rapidamente a resolução do problema nacional de saneamento dos nossos meios urbanos, e obteve-se a promessa de que iam ser postos imediatamente à disposição das entidades competentes 360 000 contos para o Algarve e creio que 200 000 para a Costa do Sol, e que o IV Plano de Fomento (1974-78) asseguraria grande parte das verbas necessárias para o País, a começar por Lisboa, da ordem de muitos milhões de contos. Soube-se ainda que o então Ministério das Obras Públicas procedeu, em pouco tempo, ao levantamento das necessidades prioritárias de saneamento, por distritos, e que este inquérito,

que teria custado 18 ou 20 mil contos, ficou pronto no final de 1971. Que se terá passado com tudo isto, para estarmos hoje tão mal de saneamento como estávamos em 1971, e quanto à cólera muito pior?

De qualquer maneira, precisamos de enfrentar estes problemas comunitários fundamentais com toda a coragem e espírito sensato de decisão, desde já. E a cólera com os seus malefícios serve de incitamento para que despertemos do nosso alheamento de zelar pela saúde e bem-estar da população de forma capaz.

No Verão em curso (1975), a cólera voltou já a manifestar-se entre nós por centenas de casos, sem que tenha sido dado o alarme indispensável pelos serviços técnicos e políticos responsáveis, nem por aquelas entidades universitárias que anteriormente se mostraram interessadas em falar do assunto, embora o tenham feito sem a objectividade que seria precisa, ao falarem de epidemiologia e saúde pública.

É de admitir, portanto, que os problemas comunitários referidos continuem por solucionar, como estavam em 1971 e em 1974, quando das anteriores epidemias, e que a epidemia de 1974 não tenha levado ao estabelecimento das medidas sugeridas.

4 — POLÍTICA DE ESTUDO E INVESTIGAÇÃO

Com a situação criada ao Instituto Nacional de Saúde e ao Gabinete de Estudos e Planeamento, em especial, os trabalhos de estudo e investigação de problemas concretos da saúde da nossa população, previstos pela reforma e para os quais se tinha inscrito no IV Plano de Fomento verbas específicas, foram esquecidos, apesar de insistentemente serem lembrados ao Secretário de Estado de Saúde.

Foi o caso do estudo que levaria ao início da preparação de técnicos médios de estomatologia, de que chegou a ser organizado o plano do curso, e os programas de investigação da morbilidade da nossa população, simultaneamente com a avaliação dos recursos humanos no campo da saúde e do funcionamento dos serviços, e da alimentação de trabalhadores.

Do primeiro destes programas (investigação da morbilidade) foi dado um extracto no «Capítulo III», considerada a sua importância para a evolução da reforma, na hipótese desta continuar a reger-se por objectivos concretos.

Do segundo, publica-se, agora, um resumo entregue em devido tempo sem resposta.

ESTUDO DA ALIMENTAÇÃO DE TRABALHADORES

(INQUÉRITO ALIMENTAR-NUTRICIONAL)

Projecto de um plano de avaliação permanente das condições alimentares e do estado de nutrição dos trabalhadores e suas famílias na região de Lisboa e, numa segunda fase, na região do Porto e outras áreas do País.

1. INTRODUÇÃO

A severidade e magnitude dos problemas de nutrição e sua estreita inter-relação com o crescimento e desenvolvimento físico e mental das crianças, o rendimento do trabalho no adulto e a saúde dos indivíduos em toda a sua potencialidade justificam a elevada prioridade que em muitos países tem sido dada ao estudo da melhoria da alimentação dos trabalhadores e suas famílias e que a Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Oficina Sanitária Panamericana (OSP), ainda recentemente voltou a recomendar para os programas tendentes a combater a alimentação insuficiente ou desequilibrada e a malnutrição⁽¹⁾.

O Comité misto OMS/FAO de Peritos em Nutrição, o Comité Assessor sobre a Aplicação da Ciência e da Tecnologia ao Desenvolvimento (CAACTD) e o Grupo Consultivo sobre Proteínas (mais conhecido por PAG — Protein Advisory Group) aconselham, por sua vez, entre outras medidas específicas, a realização de «estudos que ofereçam melhor informação sobre o consumo de alimentos e os factores que o determinam». Todos salientam que o grave problema da malnutrição proteíno-calórica (PCM) tem raízes sócio-económico-culturais para cuja solução é preciso actuar em numerosas frentes⁽²⁾ ⁽³⁾.

Nas declarações n.º 5 e 13 o PAG aconselha que «ao considerar a melhoria do consumo de alimentos ricos em proteínas» se deveria conceder maior atenção às possibilidades que oferecem os programas de Alimentação Institucional (AI), isto é, de cantinas ou restaurantes colectivos funcionando nas instituições, que se aplica tanto às crianças das escolas como aos trabalhadores, sobretudo de grandes e médias empresas.

Na declaração n.º 25, sobre o Fomento de Alimentos Proteicos para os Grupos vulneráveis, o PAG assevera que os grupos mais pobres necessitam *com urgência* de consumir mais alimentos proteicos de custo acessível, para melhorar o seu Estado Nutricional (EN).

No caso de Portugal, o nível educativo, económico, social e cultural dos nossos trabalhadores, bem como diversos maus hábitos alimentares, colocam-nos, provavelmente na grande maioria, entre os grupos populacionais considerados «vulneráveis», sendo do interesse social e económico das empresas e do País promover a melhoria da sua alimentação regular de forma a assegurar-lhes, pela via da AI — complementar da alimentação familiar — percentagem importante dos nutrientes de que necessitam diariamente.

Além do estudo do nível qualitativo da AI, importa proceder, paralelamente, à identificação e avaliação das outras variáveis susceptíveis de influenciarem o Estado Nutricional e a saúde do trabalhador e sua família:

- | | |
|------------------------|---|
| — alimentação habitual | — características do complexo económico e social familiar |
| — grau de instrução | — distribuição das receitas e despesas |
| — habitação | — género de vida |

(1) Alimentação e Nutrição nas Américas — Dr. Abraham Horwitz — Director da Oficina Sanitária Panamericana/OMS — Nov. 1972 : 457.

(2) Declaração n.º 3 do PAG: Natureza e Magnitude do Problema das Proteínas. (OSP/OMS) Nov. 1972 : 46.

(3) Declaração n.º 13 — OSP/OMS — Março 1973 : 250.

Os inquéritos alimentares feitos pelos serviços da Direcção-Geral de Saúde em trabalhadores industriais e agrícolas e noutros grupos da população, nas décadas de 40 e 50, forneceram importantes dados sobre as características alimentares, mas foram interrompidos e no presente não há dados concretos em número suficiente para se conhecer a situação alimentar da população, à parte os recolhidos em certas cidades pelo Instituto Nacional de Estatística. Desde aquela época, por outro lado, houve mudanças muito acentuadas na alimentação, sobretudo dos trabalhadores.

2. OBJECTIVOS

2.1. Avaliar as características favoráveis e desfavoráveis da alimentação dos trabalhadores e estabelecer se a AI tem o nível de influência desejável no Estado Nutricional dos trabalhadores observados — comparando-a com as de trabalhadores vivendo em condições semelhantes e tendo o mesmo nível de actividade, mas sem AI.

2.2. Estudar maneiras viáveis de se aplicarem os benefícios de uma alimentação racional às famílias dos trabalhadores, por exemplo sob a forma de possível concessão de suplementos alimentares especiais — ricos em proteínas — aos trabalhadores, em volume proporcional ao número de filhos, como bónus, como parte do aumento de salários, etc. A experiência mostra que as empresas podem adquirir estes suplementos por preços mais económicos, além de poderem assegurar-se da sua qualidade. Motivar as empresas sem AI a considerarem-na prioritariamente. Adquirir dados úteis — no trabalho e no lar — para orientar o planeamento, ao nível nacional, de uma *Campanha Educativa Alimentar*.

2.3. Estudar qualitativa e quantitativamente a alimentação dos trabalhadores e famílias, no presente e ao longo de um período de tempo que a experiência irá definindo como indispensável.

2.4. Avaliar a percentagem do salário gasto na alimentação e as variações dos preços dos alimentos ao longo do tempo e eventualmente trazer uma contribuição para o cálculo do salário mínimo.

2.5. Recomendar programas de intervenção:

— *Alimentar*:

- melhoria da AI;
- adopção prioritária da AI por novas empresas;
- extensão dos benefícios dos suplementos alimentares às famílias dos trabalhadores;
- campanha educacional alimentar — generalizada e sistemática.

— Médica:

- tratar a obesidade, hipertensão, anemia, diabetes;
- vigiar e fazer baixar o nível lipídico sérico;
- descobrir as sensibilizações alimentares.

— Médico-social:

- programa de vigilância regular da saúde;
- programa antitabágico;
- programa anti-alcoólico;
- programa de exercício físico supervisionado (aconselhado recentemente pela American Heart Association).

3. MÉTODOS

3.1. Baseado no conhecimento da importância da AI e como complemento da alimentação familiar, propõe-se a realização de um *estudo controlado do Estado Nutricional de trabalhadores*, por métodos clínicos e bioquímicos, acompanhado do estudo simultâneo da sua alimentação normal, por:

3.2. Inquéritos, abrangendo todos os aspectos de:

- 3.2.1. Alimentação familiar;
- 3.2.2. Alimentação institucional;
- 3.2.3. Demais factores que influenciam o EN.

4. EXTENSÃO

Este estudo, que compreenderá um conjunto coordenado de observações, de análises e de pesquisas, deverá ter um carácter de continuidade e será realizado em diversas categorias de trabalhadores. Terá contudo de ser constituído inicialmente de «UNIDADES DE ESTUDO» — formada cada uma por grupos de duas empresas: com e sem Alimentação Institucional. Este esquema permitirá colher os elementos que levem a tirar conclusões válidas para as instituições e famílias estudadas, bem como ir integrando os conhecimentos adquiridos e generalizando as conclusões a outros grupos de trabalhadores e famílias.

Pensa-se que será possível inquirir cerca de 600 famílias por ano, em dois grupos paralelos de 300, com os meios abaixo indicados, o que corresponde a 12 famílias por semana e 3 famílias por técnico dietista, igualmente por semana.

O inquérito, de tipo semanal, compreenderá 6 dias úteis seguidos, em cada série, e será efectuado no domicílio ou cantina da parte da manhã durante 4 horas. A este trabalho exterior junta-se o trabalho laboratorial e de gabinete (cálculos, fichas).

A duração será, em princípio, ilimitada, visto que o número de famílias a inquirir, de acordo com as diversas categorias profissionais e condições sociais

de vida, e as alterações alimentares que se irão passando ano após ano justificam que o plano não tenha limite no tempo, para já, embora nos primeiros 6 meses se obtenham dados provisórios e num período de dois ou três anos se devem colher importantes ensinamentos.

Os dados obtidos, à medida que se tornarem utilizáveis, irão servindo de orientação no acerto dos pormenores da execução.

5. MEIOS

Dois organismos oficiais — o *Centro de Estudos de Nutrição*, do Instituto Nacional de Saúde, e os *Serviços Médico-Sociais*, da Federação das Caixas de Previdência e Abono de Família — seriam os executores do projecto, com o apoio da Direcção-Geral de Saúde e do Instituto Nacional de Estatística, acordando entre si as respectivas responsabilidades, no que se refere às modalidades e extensão do trabalho, pessoal envolvido, cobertura das despesas e conclusões a divulgar. O Centro de Estudos de Nutrição elaboraria todos os planos em pormenor, de acordo com os Serviços Médico-Sociais e forneceria instalações, equipamento e outros materiais e laboratórios. Os Serviços Médico-Sociais forneceriam o pessoal (enfermeiros) para efectuar os trabalhos. A Direcção-Geral de Saúde forneceria 2 técnicos para a preparação dos elementos dos Serviços Médico-Sociais e para acompanhamento e vigilância técnica da execução.

6. ENCARGOS DO TRABALHO

As despesas com o pessoal, o material e as diversas análises laboratoriais, que seriam da responsabilidade, em partes sensivelmente iguais, do CEN e dos SMS avaliam-se em cerca de 1 000\$00, por família inquirida. Nos projectos de investigação do IV Plano de Fomento estava prevista uma verba de 2400 contos para estudos de Nutrição no País, que deveria ser aplicada no ano de 1974 e depois foi transferida para 1975.

7. EXECUÇÃO

Admite-se que o trabalho possa ter início em 1 de Julho próximo (1974), seguindo um calendário ajustado ao número 4, com verbas orçamentadas pelas duas entidades executoras.

5 — A POLÍTICA DE SUSPENSÕES E APOSENTAÇÕES POR CONVENIÊNCIA DE SERVIÇO

Cada pessoa terá a sua maneira própria de fazer justiça e cada governante usará, em maior ou menor latitude, as prerrogativas que a lei lhe confere neste campo. Mas vai uma distância muito grande entre o objectivo de actuar para fazer justiça e o de actuar para não a fazer.

A este respeito, o Secretário de Estado da Saúde vangloriava-se de duas actividades de significado bem diferente na sua vida de governante:

- Ter andado com uma metralhadora durante dois ou três dias sem ninguém saber onde se encontrava. Verifica-se, agora, pelo exame da sua actuação na Secretaria de Estado que não foi a acelerar o processo da reforma dos serviços de saúde, nem a disciplinar os responsáveis pela sua gestão, nem a afastar os incapazes;
- Ter suspenso, aposentado, demitido, etc., sem ouvir os interessados, por simples decisão pessoal, e ter mesmo despachado, quando isso já não lhe competia mas ao Ministro, a indeferir os requerimentos de recurso.

Poderia acrescentar, também, que nunca deu qualquer satisfação aos funcionários acusados falsamente, caluniados e enxovalhados cobardamente, a quem mandava suspender, depois de feita a prova da sua inocência.

E, ainda, que nunca deu atenção ao facto dos funcionários serem incompetentes ou de moral duvidosa no seu aproveitamento para missões a que não tinham acesso os que estariam indicados para as desempenhar.

NOTA FINAL

Este livro é baseado em ideias já anteriormente expostas ao País por mais do que uma vez e contém elementos documentais, transcrições e frases ou passagens não referenciadas, também já utilizados noutros trabalhos.

Tudo isto é feito para que a sua unidade de concepção e de redacção appareça, assim, mais completa na continuação do caminho iniciado há muito para a divulgação dos conceitos que devem servir de base a uma reforma eficiente dos nossos serviços de saúde.

Uma nota final alegre e construtiva é, certamente, oportuna:

- *Fez-se com um governo que não era progressista, ou que pelo menos veio a mostrar que não o era, uma reforma de saúde de vanguarda, que é bem claro hoje ter sido aprovada por desconhecimento ou por engano;*
- *Não é demais esperar que um governo progressista seja capaz de fazer o que falta: executá-la com a celeridade que a nossa situação aconselha.*

Se outros países organizaram para as suas populações serviços de saúde comprovadamente eficientes na vigilância da saúde e na luta contra a doença — pelo menos contra algumas das principais doenças evitáveis —, continuando a aperfeiçoá-los à medida que a experiência e o reforço de meios humanos e financeiros o permitem;

Porque não há-de Portugal fazer o mesmo? Tem responsabilidades históricas e dispõe de meios humanos e financeiros para seguir tais exemplos de civilização e progresso.

Os problemas da saúde são problemas concretos, da realidade comunitária, que não se resolvem com palavras ou sentenças políticas, mas aplicando com saber, determinação e oportunidade os conhecimentos da tecnologia sanitária, que tem esquemas de actividade bem definidos.

Portugal espera porquê ou por quem para o fazer?

Os maus índices sanitários e os atrasos na resolução dos problemas que estão na origem destes índices correspondem em cada ano que passa a perda de vidas, sofrimentos e restrição da produtividade — que representam para o nosso País valores de muitos milhões de contos desperdiçados, por incompetência ou imprevidência;

Que estranha indiferença é esta dos nossos governantes perante uma realidade tão clara?

Se, por exemplo, a mortalidade infantil em Portugal descesse para o nível civilizado de cerca de 20 p. 1000, poupar-se-iam, anualmente, para a taxa actual

de nascimentos, à volta de 3000 vidas. Calculado o valor salarial do trabalho que estes indivíduos viriam a realizar para a Nação durante os 40 anos da sua presumível vida activa, mesmo na base do actual salário mínimo, de 4 000\$00 mensais, encontra-se a cifra enorme de 6 milhões de contos. Mas o valor deste trabalho calculado em termos actuariais e económicos é várias vezes superior e poderá ir além de 15 ou 20 milhões de contos. O País perde, assim, todos os anos, o valor potencial de muitos milhões de contos, só com o deixar morrer as crianças com menos de um ano de idade que tinha obrigação de fazer viver.

A saúde não pode dissociar-se da evolução dos problemas que estão na base da melhoria do nível geral de vida, a caminho da abundância para todos, como sejam o da alimentação equilibrada, que implica entre nós a revisão de toda a produção agrícola, das pescas e indústrias e comércio alimentares, da habitação higiénica e fisiológica, que está completamente abandonado, do urbanismo e da poluição, ainda por estudar em termos de saúde, do crescimento da população, das condições de trabalho normal e outras actividades ao longo da vida (desportos, passatempos) e das medidas de segurança social estabelecidas pelo Estado para toda a população. De futuro, as indicações concretas tecnológicas e de dinâmica adaptativa destes factores essenciais da vida social e comunitária, no sentido do seu aproveitamento até ao limite possível dos conhecimentos adquiridos, devem ser da responsabilidade directa dos serviços de investigação e estudo do sector da Saúde.

Portugal, para actualizar rapidamente os seus serviços de saúde, não tem necessidade de imitar ou de se aproximar dos esquemas dos países do chamado terceiro mundo, porque está mais evoluído do que eles e tem obrigação de conhecer melhor todos os problemas de saúde; precisa, sim, de acompanhar os países civilizados e fazer o que eles já fizeram de útil, aproveitando uma experiência que se aperfeiçoa todos os dias em consequência da investigação científica médica e médico-social — a qual só precisa de ser apreendida, dominada e aplicada oportunamente com inteligência e determinação.

Dentro das linhas de intervenção do Estado Moderno e das condições e necessidades específicas das populações, o sector da Saúde não deve ser um departamento governamental de feição política, isto é, partidária, nem estar sujeito a variações ou mudanças profundas de orientação, uma vez definida e instituída a política de saúde a seguir.

As elaborações de ideologia social, é fundamental que se sigam os esquemas de intervenção (aplicações práticas) correspondentes de engenharia social, sem o que a capacidade de actuação ficará exposta aos graves perigos de ineficiência por hesitação, desvio ou retrocesso, resultantes da inevitável paragem, falta de continuidade evolutiva ou desarticulação funcional dos serviços.

É, por isso, que um serviço nacional de saúde para ser aplicado com eficiência precisa de estar de acordo com os princípios da administração de saúde pública e da estratégia sanitária, que envolvem:

- a estruturação coordenada de uma rede de serviços interdependentes e escalonados, capazes de prestar os cuidados de saúde necessários, desde as formações locais e regionais, às centrais;

— a investigação operacional conexa, que permite estabelecer as prioridades e tendências de intervenção e o aperfeiçoamento funcional de toda a orgânica do sistema, em termos de aplicação prática útil.

Podem servir de indicação sumária das bases doutrinárias, orgânico-operacionais e administrativas que serviram de fundamento ao esquema estrutural e descritivo deste primeiro volume da «Colecção CPC — Ciência, Progresso, Cultura», as seguintes publicações:

- Legislação do Ministério da Saúde e Assistência — Volume, 1973
 - Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro (Organização do Ministério da Saúde e Assistência)
 - Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro (Carreiras Profissionais de Saúde)
 - Decreto n.º 35/72, de 31 de Janeiro (Regulamento do Instituto Nacional de Saúde)
 - Decreto n.º 351/72, de 8 de Setembro (Regulamento Geral dos Serviços do Ministério da Saúde e Assistência)
 - Decreto n.º 396/72, de 17 de Outubro (Regulamento do Instituto da Família e Acção Social)
- Arquivos do Instituto Nacional de Saúde — Volumes I (1972), II (1973) e III (1975)
- Garfield, S. R. — A clear look at the economics of medical care (Symposium on technology and health care systems in the 1980's, San Francisco, Califórnia), 1972
- Les services infirmiers des collectivités — Série de Rapports techniques, n.º 558 (OMS), 1974
- Newell, K. N. — Participation et Santé (OMS), 1975
- Gonçalves Ferreira, F. A.
 - Política de saúde em Portugal — uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços, 1972
 - O dilema da saúde e da doença na sociedade actual, 1973
 - Moderna saúde pública (3.ª edição), 1975

ÍNDICE

<i>Glossário (Termos e expressões de Saúde)</i>	<i>Pág.</i> 9
<i>Introdução</i>	19

CAPÍTULO I

<i>A estratégia em Saúde — política de saúde e sistemas de cuidados de saúde</i>	33
A estratégia da Saúde ao longo do tempo	33
Estratégia e factores condicionantes da Saúde	35
Estratégia da Saúde e cuidados médicos	38
Definição da política de saúde	42
Modelos de sistemas de cuidados de saúde	47
Interesse prático e mérito social dos sistemas de saúde	69

CAPÍTULO II

<i>A Saúde do Povo Português</i>	73
Indicadores de saúde e a situação portuguesa	75
Dados numéricos sobre o estado de saúde da população portuguesa	78

CAPÍTULO III

<i>A reforma de 1971 dos Serviços de Saúde Portugueses</i>	91
As bases doutrinárias e práticas da Reforma	94
A estrutura legal do Sistema Nacional de Saúde	98
Legislação	99
Integração da Previdência Social nos Serviços de Saúde	141
Começo de organização do esquema de Serviços Locais de Saúde	147
Estudo dos problemas nacionais de Saúde	149

CAPÍTULO IV

	<i>Pág.</i>
<i>O período incerto do pós-25 de Abril</i>	189
Uma fase negativa ainda não ultrapassada	194
Política de Saúde	196
Quesitos a que deve responder o Serviço Nacional de Saúde em Portugal	203

CAPÍTULO V

<i>O que o Povo Português pode ter já em Saúde e o que tem direito a exigir</i>	211
Dois aspectos concretos: a legislação e a orgânica de serviços existentes	212
Estimativa das actuais necessidades de cuidados de saúde	221
Esquema funcional dos serviços de saúde	225
Formação do pessoal de saúde	232
Intervenção e cooperação das populações na resolução dos problemas de saúde	249
Dois problemas essenciais a considerar: alimentação e habitação ...	254
Conclusão	262

CAPÍTULO VI

<i>Cálculo do custo do Serviço Nacional de Saúde Português</i>	265
Serviços Centrais do Ministério da Saúde	265
Serviços de cuidados primários de saúde	266
Serviços hospitalares	269
Saúde e Orçamento Geral do Estado	270

CAPÍTULO VII

<i>Carta aberta a um ex-Secretário de Estado da Saúde</i>	275
Serviço Nacional de Saúde e Política de Saúde do País	276
Nova gestão de serviços e organização de novos serviços	277
A continuação do problema da cólera	281
Política de Saúde e Investigação	283
A política de suspensões e aposentações por conveniência de serviço	287
<i>Nota final</i>	289

Este livro
foi composto e impresso
na GRATELO, S.A.R.L.
Praceta da Carranca, Lote 31
Bairro Bosque — Amadora
10 000 exemplares
Setembro de 1975

BIBLIOTECA CPC — Ciência - Progresso - Cultura
Dirigida por F. A. Gonçalves Ferreira

Volume N.º 1

POLÍTICA DE SAÚDE E SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE EM PORTUGAL

F. A. Gonçalves Ferreira

SUMÁRIO

GLOSSÁRIO DE TERMOS DE SAÚDE — POLÍTICA DE SAÚDE E SISTEMAS DE CUIDADOS DE SAÚDE — SITUAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL — A REFORMA PORTUGUESA DA SAÚDE, DE 1971 — O PERÍODO INCERTO DO PÓS-25 DE ABRIL — O QUE O POVO PORTUGUÊS PODE TER E DEVE EXIGIR EM SAÚDE — CUSTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PREVISTO PARA O NOSSO PAÍS — CARTA ABERTA A UM EX-SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

1975

Preço 90\$00

BIBLIOTECA
CPC

POLÍTICA DE SAÚDE

VOLUME
1

1975

614 (469)
1400/1975
FR