



**Escola de Ciências Sociais e Humanas**  
Departamento de Economia Política

**Caminhos para a Diminuição da Mortalidade Infantil: O Caso de  
Sucesso Português**

Vera Lúcia Serra Duarte

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Estudos de Desenvolvimento

Orientadora:  
Doutora Clara Afonso Azevedo Carvalho, Professora Auxiliar,  
Instituto Universitário de Lisboa – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Setembro, 2016



**Escola de Ciências Sociais e Humanas**  
Departamento de Economia Política

**Caminhos para a Diminuição da Mortalidade Infantil: O Caso de  
Sucesso Português**

Vera Lúcia Serra Duarte

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Estudos de Desenvolvimento

Orientadora:  
Doutora Clara Afonso Azevedo Carvalho, Professora Auxiliar,  
Instituto Universitário de Lisboa – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Setembro, 2016

*“Une femme qui accouche accomplit un acte familial, mais aussi religieux,  
social et politique qui engage l’avenir.”*

(Laget, 1982, p. 11)

## AGRADECIMENTOS

Para iniciar, mas principalmente para conseguir terminar, esta dissertação de mestrado, fui ajudada por várias pessoas, sem as quais a tarefa teria sido ainda mais árdua.

Quero agradecer aos meus amigos e familiares, que me incentivaram a manter o foco e me encorajaram a terminar um projeto começado já há cerca de 3 anos, lembrando-me que a satisfação pessoal conquistada depois de chegar à meta iria ser maior do que qualquer dificuldade encontrada ao longo do caminho.

É também importante para mim fazer referência aos meus companheiros de caminhada, que são os meus colegas do Mestrado em Estudos de Desenvolvimento, turma 2012/2013. Alguns deles pertencem ao parágrafo anterior, já que se tornaram verdadeiros amigos e não falharam no apoio moral e incentivos. Tive oportunidade de conhecer pessoas genuinamente boas, com valores e formas de ser que me incentivaram a ser melhor, ou pelo menos a ir tentando.

Quero dirigir um agradecimento muito especial à Enfermeira Rosário Horta, que me concedeu uns momentos do seu tempo para contar a sua história, que em parte é também a nossa história. Além deste encontro ter sido extremamente interessante pela riqueza de conhecimento, foi acima de tudo infinitamente comovente poder conhecer alguém que fala do seu trabalho com tamanha paixão. Através desta entrevista, fiquei convencida que a generosidade, o amor à profissão e o respeito pelas diferenças do outro constituem a chave para conseguir deixar um marco importante no nosso mundo.

Não posso nunca deixar de agradecer à Professora Clara Carvalho, minha orientadora neste projeto, que me viu abandonar o barco durante algum tempo, mas que me ajudou a içar as velas novamente, com paciência e compreensão.

Para terminar, quero também agradecer a todos os docentes que tive o privilégio de conhecer ao longo deste mestrado. Foi sem dúvida uma experiência enriquecedora, que só foi possível graças a professores com conhecimentos valiosos e um imenso gosto em partilhar os mesmos. Nem só de saídas profissionais é feito o ensino, eu encontrei aqui uma saída de mim própria,

que me permitiu alargar os horizontes, mesmo sem precisar de apanhar nenhum dos aviões que iam passando por cima do ISCTE e marcaram as nossas aulas.

## RESUMO

A mortalidade infantil é, atualmente, uma temática revestida de particular interesse, por diversas razões. Primeiro, para nós, cidadãos comuns, é um assunto com uma forte componente emocional. As crianças são geralmente alvo de proteção e o nascimento é com frequência o culminar de um projeto de vida pessoal. Para os estados, principalmente a partir do processo de industrialização, o nascimento de novos elementos aptos a trabalhar era uma das condições para construir uma nação produtiva. Nas organizações supranacionais, como as agências da Organização das Nações Unidas, a taxa de mortalidade infantil começou a ser usada como um dos termómetros para medir o estado de saúde e de desenvolvimento de determinada população. Existem assim várias leituras, aceções e utilizações deste conceito, mas é certo que se trata de um domínio multifatorial e que envolve praticamente todas as áreas do desenvolvimento. Para entender a importância do fenómeno e perceber quais foram os fatores que levaram à sua diminuição, em particular em Portugal, é necessário fazer uma resenha histórica, abordando os aspetos políticos, sociais, económicos e ideológicos. Todos eles tiveram um papel fundamental na evolução do indicador. A história da saúde pública em Portugal no século XX é um dos principais elementos para enquadrar a saúde materno-infantil. Ainda antes da Revolução de 1974, foram tomadas medidas importantes, que iniciaram um trajeto que levou a muitos sucessos, permitindo passar de uma taxa de cerca de 80‰ em 1960, a 5,5‰ em 2000, tornando Portugal um dos países mais seguros do mundo para nascer.

**Palavras-chave:** mortalidade infantil, mortalidade materna, infância, saúde pública, sistema nacional de saúde, desenvolvimento humano

## ABSTRACT

Child mortality is a topic of particular interest for various reasons. Firstly, for us, ordinary people, it has a high emotional charge. The universal aim is for the protection of children and giving birth is frequently the culmination of a personal project of a lifetime. For the state, after the process of industrialization, the birth of potential new workers is a necessary condition for building a productive nation. For international organizations such as the United Nations child mortality rates are applied to gauge the conditions and developmental status of a given population. There may be various readings, applications and utilities of the concept, but we are certainly dealing with a multifactorial domain which involves practically all areas of development. To comprehend the importance of this phenomenon and determine which factors lead to its decline, particularly here in Portugal, we must take an historical overview and look into the political, social, economic and ideological influences – all of which have played a crucial part in the evolution of the indicator. Public Health history in Portugal in the twentieth century is one of the primary elements in the framework of mother and child Health. Important measures had been taken even before the revolution of 1974, which started initiated a trajectory of going from nearly 80‰ in 1960 to 5.5‰ in 2000, making Portugal one of the world's safest countries in which to be born.

**Keywords:** child mortality, maternal mortality, childhood, public health, national healthcare system, human development.

## INDÍCE

<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>III</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>Questões de partida .....</b>	<b>2</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>3</b>
<b>Pertinência do Tema.....</b>	<b>3</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>4</b>
<b>Definição do Conceito de Mortalidade Infantil: .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO I.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. História da Saúde Pública .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Programas Internacionais de Saúde Pública .....</b>	<b>12</b>
1.2.1. O Lugar das Organizações Internacionais .....	12
1.2.2. Cuidados de Saúde Primários: Alma Ata .....	14
1.2.3. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa .....	18
1.2.4. Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) .....	20
1.2.5. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – por terminar .....	22
<b>1.3. A Reprodução e o Nascimento .....</b>	<b>25</b>
<b>1.4. História da Infância.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO II .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1. A Mortalidade Infantil e o Desenvolvimento .....</b>	<b>31</b>
2.1.1. Conceito de Desenvolvimento Humano.....	31
2.1.2. Os Índices de Desenvolvimento Humano .....	34
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1. Condições para a Criação do Sistema Nacional de Saúde.....</b>	<b>35</b>
3.1.1. O processo de Industrialização.....	36
3.1.2. Evolução das Políticas de Saúde .....	37
<b>3.2. História dos Cuidados Materno-Infantis em Portugal.....</b>	<b>43</b>
3.2.1. A Importância da Natalidade no Estado Novo.....	43
3.2.2. As Maternidades.....	47



3.2.3. O Instituto Maternal .....	50
3.2.4. Programa Nacional de Vacinação .....	52
3.2.5. A Associação Para o Planeamento da Família .....	53
3.2.6. Outros Fatores para a Diminuição da Mortalidade Infantil .....	55
<b>3.3. Entrevista à Enfermeira Rosário Horta .....</b>	<b>59</b>
3.3.1. A Entrevista.....	59
3.3.2. Análise da Entrevista.....	65
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexo A:</b> Decreto-Lei nº 41371, de 27 de Setembro 1971 – Reforma “Gonçalves Ferreira” .....	<b>75</b>
<b>Anexo B:</b> Lei nº 56/79, 15 de Setembro 1979 – Criação do Serviço Nacional de Saúde.....	<b>103</b>
<b>Anexo C:</b> Decreto-lei nº25936, 12 de Outubro 1935, base IV - organização nacional “Defesa da Família” .....	<b>114</b>
<b>Anexo D:</b> Decreto-lei nº 32651. 2 de Fevereiro 1943 “Diário do Governo. I Série, nº 26 - Instituto Maternal.....	<b>116</b>
<b>Anexo E:</b> Decreto-Lei nº 32171, 29 de Julho de 1942 – regulação da profissão médica.....	<b>120</b>
<b>Anexo F:</b> taxas de mortalidade infantil mundiais, (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003).....	<b>124</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Vinhetas ilustrativas dos ODM (ONU).....	22
<b>Figura 2:</b> Figura do “Movimento Sardinha” do Instituto Marquês de Vale Flor .....	22
<b>Figura 3:</b> Cronologia Sumárias da Criação do SNS .....	38
<b>Figura 4:</b> Evolução dos nascimentos em meio hospitalar 1960-2014, Fonte INE, Pordata ...	49
<b>Figura 5:</b> Taxa de mortalidade infantil em Portugal (‰) 1960 - 2105, Fonte: INE, Pordata. 50	
<b>Figura 6:</b> 1ª Jornada das Mães de Família. A maternidade honra e glorifica a mulher, Ministério do Interior (1942) .....	46
<b>Figura 7:</b> Taxa de Mortalidade Infantil na Europa 1961/1990/2014, Fonte: INE, Pordata....	58
<b>Figura 8:</b> Países selecionados como os que tiveram uma melhor performance na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos, 80%, por regiões, 1975-2006.....	56

## INTRODUÇÃO

Segundo o INE, em 1960 a taxa de mortalidade infantil em Portugal estava perigosamente próxima dos 80‰ e subiu até para 88,8‰ no ano de 1961, sendo assim uma das mais elevadas do território europeu. Uma década depois, já tinha baixado para 58‰, o que representa uma descida de praticamente 20‰, descida essa que continuou durante várias décadas. Em 2015, Portugal registou a sexta taxa de mortalidade infantil mais baixa da União Europeia (com 2,9‰), situando-se abaixo da média europeia. À razão destes resultados positivos, o nosso país tem sido referido como bom exemplo por instituições internacionais, nomeadamente a Organização Mundial de Saúde, que destacou Portugal como um dos cinco países com melhor evolução na área da mortalidade infantil entre 1975 e 2006.

Por trás destes números sugestivos, existem várias políticas públicas e tomadas de decisões estratégicas que devem ser estudadas à luz de diversos fatores. Portugal é hoje em dia considerado um dos países mais seguros do mundo para se nascer, mas para chegar a esse resultado foi necessária uma intervenção alargada a vários sectores. O nosso país passou por um longo período de regime totalitarista, conservador, limitador de liberdades individuais e fortemente influenciado pelo conservadorismo da Igreja Católica. Nessa conjuntura social e política, a mulher não tinha total autonomia para programar a maternidade, mesmo já existindo meios de planeamento familiar. Em paralelo, a tímida industrialização e o isolamento económico do país sustentaram o empobrecimento da população, o que constituiu um travão à melhoria das condições de saúde.

A saúde materno-infantil não era exceção, sendo que é um indicador fortemente influenciado pelas condições de vida, nomeadamente o saneamento, a alimentação e o acesso aos cuidados de saúde. Além destas condicionantes económicas, a área da reprodução era alvo de crenças e preconceitos, que muitas vezes se tornaram obstáculos. Só na história recente existe uma intervenção médica quase sistemática, que inclui consultas pré-natais, acompanhamento da gravidez e do parto e assistência aos recém-nascidos. Foi apenas a partir do século XVIII que começou a haver um interesse médico pelo ato de dar à luz, antes disso acreditava-se que a mulher grávida tinha um total poder sobre o feto e que, através da sua imaginação, podia até

modelar a criança. Era por isso um assunto em simultâneo privado e sagrado, que deveria acontecer em casa. Principalmente por essa razão, o conhecimento médico acerca da saúde materno-infantil conheceu um desenvolvimento relativamente lento, comparativamente com outras áreas, já que os nascimentos e possíveis mortes da mãe e dos recém-nascidos aconteciam longe da observação médica, na sua generalidade.

O conceito de criança sofreu também enormes transformações ao longo dos últimos séculos, sendo que o nascimento de um novo membro da família nem sempre teve a importância e simbolismo que lhe são dados atualmente, na nossa cultura ocidental. Antes do século XIX, aconteciam muitos nascimentos, mas também muitas mortes de recém-nascidos, havia por isso uma certa contenção em construir expectativas muito elevadas acerca da nova vida que estava para chegar. A mortalidade infantil e a fecundidade diminuíram, enquanto que o valor social da criança aumentou. Pode haver um debate para saber qual dos fatores está na origem do outro, mas parece que o fenómeno tem essencialmente um aspeto de vasos comunicantes e não tanto de causa-consequência.

Por todas essas razões, explorar o conceito de mortalidade infantil em Portugal implica também conhecer uma parte da sua história. Segundo António Barreto, “uma das maneiras mais interessantes de conhecer uma pessoa ou um país, é percorrer as suas mudanças.” (*in* Portugal, um Retrato Social, 2007). “Percorrer” o século XX em Portugal é um caminho extremamente interessante, com muitas paragens obrigatórias e pontos de viragem assinaláveis.

### **Questões de partida**

A fim de direcionar a investigação, foram colocadas duas questões de partida, que servem de fio condutor ao presente trabalho. Elas são as seguintes:

1. Quais foram as medidas adotadas por Portugal que levaram a uma acentuada e rápida diminuição da taxa de mortalidade infantil?
2. Quais as razões internas e influências externas que contribuíram para um investimento reforçado na área da saúde materno-infantil?

## **Objetivos**

O objetivo geral do presente projeto é de compreender os motivos que levaram ao acentuado decréscimo da mortalidade infantil em Portugal.

Este objetivo é depois desdobrado em quatro objetivos específicos, que são os seguintes:

- a) Traçar uma linha evolutiva dos principais conceitos ligados à mortalidade infantil, ou seja, ou conceito de criança, de saúde pública e de nascimento;
- b) Enquadrar a história do Serviço Nacional de Saúde com a evolução política e social do país;
- c) Relacionar os acontecimentos portugueses com as políticas de saúde internacionais;
- d) Verificar se existe um paralelo com a evolução do conceito de desenvolvimento.

## **Pertinência do Tema**

A escolha do tema foi sustentada por diversos fatores. Primeiramente, justifica-se por ser uma temática com pertinência social e académica. O desenvolvimento das políticas de saúde em Portugal (de forma mais marcada a partir dos anos 70) é um aspeto fundamental à compreensão da situação atual nessa área. Como já foi referido, a mortalidade infantil é um parâmetro com uma inegável importância nos estudos acerca de desenvolvimento, já que ilustra em grande parte as condições de vida de uma determinada região.

A escolha do tema prendeu-se também com o meu interesse pessoal pela intervenção social e política na área da saúde. Parece-me importante estudar o percurso português nesta área, que levou a uma melhoria bastante acentuada das condições de acesso à saúde, particularmente no que respeita à saúde materno-infantil. Tenho também um particular interesse pela história portuguesa da segunda metade do século XX. Julgo que foram desenvolvidas atividades notáveis em várias áreas e a saúde não foi exceção. Pretendo assim abordar um caso de franco sucesso, de forma a contribuir para a construção de uma imagem mais positiva do país.

## **Metodologia**

O método central do presente trabalho é a pesquisa documental. Pretendeu-se aqui traçar uma resenha histórica, através da utilização de fontes secundárias, mas também com a análise de fontes primárias.

As fontes primárias usadas foram essencialmente elementos da legislação, à razão de decretos-lei e constituições. A análise destes documentos foi fundamental para construir o esqueleto da investigação e perceber o âmbito em que se processaram os vários acontecimentos. As fontes secundárias permitiram fazer uma recolha das publicações já existentes, para obter uma perceção do estado da arte, e permitiram elaborar a resenha histórica pretendida.

Apesar do principal método ser baseado em pesquisa documental, foi realizada uma entrevista, por forma a ilustrar a informação contida nos documentos, mas também enriquecer a história através do relato de uma experiência pessoal. A entrevistada é uma enfermeira de saúde pública, cuja a escolha se baseou no fato de ter tido um papel fundamental na construção do Sistema Nacional de Saúde, mas também no trabalho comunitário na área de saúde materna e planeamento familiar.

### **Definição do Conceito de Mortalidade Infantil:**

Para melhor compreensão de como é medida a mortalidade infantil e dos seus indicadores adjacentes, é feita uma definição geral. Para Bandeira (Bandeira, 2004, p. 195), “o conceito de mortalidade infantil designa o risco de mortalidade durante o primeiro ano de existência de uma geração”, sendo assim uma definição *stricto sensu* do conceito.

Uma abordagem mais ampla é dada por Nazareth (Nazareth, 2010), que define a mortalidade infantil como um indicador intrincado, composto por várias medidas e que está fortemente ligado a algumas variáveis socioeconómicas, que são peças fundamentais para falar do nível de desenvolvimento de uma determinada sociedade.

O processo natural, e ao mesmo tempo complexo, que é a produção de vida humana é composto por várias fases distintas e o risco associado pode ter diversos fatores, origens e condicionantes. Esta complexidade motivou o aparecimento de um elevado número de taxas de mortalidade em torno do desenvolvimento fetal, do nascimento e do crescimento da criança até ao primeiro ano de vida. Vamos aqui atardar-nos em três indicadores mais usados e mais relevantes para o estudo em causa.

#### Taxa de Mortalidade Infantil:

O indicador mais usado e mais conhecido é a Taxa de Mortalidade Infantil. Trata-se na realidade de um quociente, já que é obtido através da divisão do número de óbitos com menos de 1 ano pelo número total de nascimentos. (Nazareth, Demografia - A Ciência da População, 2010)

$$TMI = \frac{\text{óbitos com menos de 1 ano}}{\text{nados - vivos}} \times 1000$$

Esta taxa é frequentemente referida como Taxa de Mortalidade Infantil Clássica. Ao contrário da noção convencional de taxa, que iria relacionar os óbitos infantis com a população média, este indicador de quociente relaciona-os diretamente com os nascimentos.

As causas da mortalidade infantil são geralmente agrupadas em duas categorias principais, a saber as causas endógenas e exógenas (Nazareth, Demografia - A Ciência da População, 2010). Como o nome sugere, as causas endógenas englobam todos os quadros clínicos que nascem com o indivíduo (deformações congénitas, doenças hereditárias e traumatismos causados pelo parto), enquanto que as causas exógenas são as que mais nos interessam no âmbito do presente trabalho, já que estão ligadas a causas exteriores e possivelmente ao grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade, tais como doenças infecciosas, subalimentação, cuidados hospitalares insuficientes e acidentes diversos (Nazareth, 2010).

Os casos mais frequentes de mortalidade infantil por causas endógenas acontecem durante o parto ou no mês que se segue, enquanto que as causas exógenas ocorrem no período temporal mais dilatado.

É fundamental ressaltar que a operacionalização desta distinção implica mais do que simples

estatística, já que depende da correta classificação do óbito, o que nem sempre se apresenta como linear. Uma doença endógena pode ser letal devido a um agravamento por fator exógeno por exemplo, o que esbate a linha entre o endógeno e o exógeno, introduzindo áreas cinzentas mais ou menos extensas.

#### Taxa de Mortalidade Neonatal:

A Taxa de Mortalidade Neonatal é obtida através da divisão do número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida pelos nados-vivos. Este indicador está mais diretamente ligado aos cuidados de saúde neonatal, visto que trata do período mais sensível a seguir ao nascimento.

$$TMN = \frac{\text{óbitos de crianças com menos de 28 dias de vida}}{\text{nados - vivos}} \times 1000$$

#### Taxa de Mortalidade Perinatal:

A Mortalidade Perinatal é a que “designa os efeitos do risco sofrido durante o período crucial que vai do momento em que se perfaz a formação do útero ao nascimento e se conclui a primeira semana de vida” (Bandeira, 2004, p. 202). Mais especificamente, a taxa obtém-se através do “Número de óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias de idade observados durante um ano civil, referido ao número de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas do mesmo período” (INE, 2003).

#### Taxa de Mortalidade Materna:

A Mortalidade Materna designa o número de óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e de puerpério, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados-vivos ou nascimentos totais do mesmo período (INE, 2013)



## CAPITULO I

No presente capítulo, pretende-se fazer uma resenha histórica dos principais temas e conceitos que são relevantes para a apreensão da temática em estudo. Tendo em conta que a mortalidade é um reflexo de múltiplos aspetos ligados à sociedade, será relevante debruçar-se sobre o longo caminho percorrido pela saúde pública, assim como a conceito de maternidade e nascimento. É também interessante verificar que o papel da criança na sociedade sofreu imensas distorções ao longo do tempo, o que também está ligado à forma como é encarada a morte de um recém-nascido.

### 1.1. História da Saúde Pública

Para Francisco George (George, 2004) , a génese da Saúde Pública é tão antiga como o conceito de Medicina, que é atribuído a Hipócrates. Na sua explicação das causas naturais das doenças, abandonando a visão exclusivamente mística, abordou também os problemas que hoje são considerados como parte integrante da saúde pública, como as doenças transmissíveis e a saúde ambiental. Apesar das lacunas em documentação, Hipócrates é sobejamente apontado como o responsável pelo início da interpretação científica das doenças, assim como a separação entre medicina e filosofia.

Mesmo que seja facilmente demonstrável que a ideia vinha já a germinar vários séculos antes de existir uma terminologia concreta, não existe consenso acerca da primeira vez em que foi pronunciado o termo “saúde pública”, mas se considerarmos a aceção contemporânea, trata-se de um conceito relativamente recente, definido como “a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde por meio de esforços organizados da sociedade” (George, 2004, p. 12)

Lupton (1995) e Porter (1999) situam a Saúde Pública, no que diz respeito à sua definição mais moderna, no início do século XIX. No entanto, Lupton identifica quatro principais regimes anteriores ao século XIX, podendo já ser considerados medidas de saúde pública: a

quarentena, a “ciência sanitária”, a higiene interpessoal e a saúde pública tal como a conhecemos hoje em dia.

Antes do Iluminismo, as sociedades ocidentais usavam dois instrumentos de saúde pública: a quarentena, que era uma medida de urgência para impedir a propagação de epidemias, e outras medidas diárias preventivas de higiene pública, como gestão de resíduos. A construção de sistemas de esgotos na Roma Antiga ou a obrigação que existia no Islão de afastar os detritos e as águas sujas das populações podem assim ser vistas como ações de saúde pública, mesmo que de forma instintiva, já que visavam o bem-estar do maior número e não apenas do indivíduo.

Os acontecimentos históricos onde melhor se pode encontrar a raiz da saúde pública são as grandes epidemias, onde o foco não estava em tratar um indivíduo, mas sim em conservar a maior parte da população sã. Considera-se que foi a Peste Negra do Século XIV que levou os poderes públicos a intervir na área da medicina, instituindo regulamentos e normas sanitárias, mesmo antes do início da bacteriologia (Lupton, 1995). A quarentena foi a primeira estratégia de saúde pública, usada para estabelecer limites entre a população sã e os elementos atingidos pela doença. Perante a dizimação de uma parte significativa da população – acredita-se que a peste bubónica matou perto de um terço da população europeia – as cidades desenvolveram um sistema de isolamento para viajantes e mercadorias provenientes de locais atingidos pela peste, assim como cordões sanitários, que limitavam a circulação não autorizada. Este modelo levou à separação física entre os indivíduos contaminados e os sãos, mas também incentivou algumas teorias que identificavam grupos de risco, que eram estigmatizados e marginalizados. Por exemplo, os leprosos eram ostracizados, impedidos de trabalhar e de viver nas cidades, sendo muitas vezes enviados para sanatórios. No século XIV, os judeus foram acusados de serem transmissores de peste, o que levou a perseguições e execuções em massa (Lupton, 1995).

As duas outras teorias subjacentes às medidas de saúde pública durante vários séculos são os chamados “miasmas” e “humores”. A teoria humoral, introduzido por Hipócrates no século IV a.C., defendia a necessidade de o corpo humano manter um equilíbrio entre os quatro humores corporais (sangue, fleugma, bÍlis amarela e bÍlis negra), os quatro elementos naturais (terra, fogo, água e ar) e as quatro qualidades ou substâncias (quente, frio, húmido e seco).

Esta teoria, que foi uma revolução na área da medicina, resultou de uma busca de racionalidade para explicar os fenómenos físicos. Foi a partir da teoria humoral hipocrática que os estados de doença e de saúde da população deixaram de depender das vontades dos Deus, que até aí constituíam a única explicação para os estados de saúde ou doença e das pragas. Esta corrente de pensamento manteve-se válida durante mais de 2000 anos, até finais do século XVII (Lupton, 1995).

A teoria miasmática, que prevaleceu na Europa até ao século XVII, defendia que as doenças eram veiculadas pelo ar, mais precisamente pelos maus odores e gases. Antes do século XVIII, o ar é considerado como um fluído elementar, que tem qualidades físicas, que podem variar conforme o tempo e o lugar onde nos encontramos. É um regulador da expansão dos fluídos corporais e da tensão que existe entre as fibras que compõem os órgãos vitais, sendo assim responsável por um equilíbrio frágil entre o interior e o exterior do organismo, em constante movimento através das várias emissões gasosas do corpo humano. Por outro lado, é também um veículo para partículas potencialmente patogénicas, identificadas pelo odor. (Corbin, 1982)

Apesar desta busca pela racionalidade, antes do Iluminismo, os fatores climatéricos, a alimentação e os miasmas, sendo uma parte importante da explicação da doença, não se substituíam à vontade divina, que continuava a prevalecer. As doenças, pragas e mortes subsequentes continuavam envoltas no manto da religião, que defendia serem castigos contra a humanidade. (Lupton, 1995)

Durante o Iluminismo, a partir de finais do século XVII até por volta de finais do século XVIII, deu-se uma época de transição, caracterizada por fortes reações contra as crenças religiosas e as superstições inquestionadas e sem fundamentos científicos. Começou a ser cultivado um forte otimismo na possibilidade do ser humano ser dono do seu próprio destino, sem estar entregue à vontade de uma entidade divina. Foi assim desenvolvida uma cultura que favorecia o pensamento racional, o método científico e a experimentação empírica. O movimento de Saúde Pública, nessa época mais frequentemente designado por Medicina Social ou Higiene Social, revestiu-se de muitas noções provenientes do pensamento

iluminista, como por exemplo o objetivo de progredir, a racionalidade, a educação, a ordem social, o humanitarismo e o método científico (Lupton, 1995).

Nesta época, a relação das entidades de governação com os seus cidadãos também sofreu alterações estruturais profundas, nas suas estratégias e preocupações. O abandono progressivo do sistema feudal direcionou novas responsabilidades para o Estado. A noção de que era da responsabilidade do Estado garantir a saúde dos seus cidadãos associou-se a uma ideia relativamente nova, que era a prevenção. Começou a ver-se como fundamental adotar medidas administrativas preventivas na contenção das doenças, em vez de depender unicamente de medidas de emergência. A medicina do Iluminismo começou a encarar a saúde como um princípio positivo, que pode ser atingido, preservado e recuperado através de um estilo de vida saudável e com a contribuição dos conhecimentos científicos adequados (Lupton, 1995).

Em Portugal, António Nunes Ribeiro Sanches publicou já em 1756 uma obra de referência para a saúde pública portuguesa, *Tratado da Conservação da Saúde dos Povos*, como um subtítulo fortemente sugestivo: *Obra Útil e Igualmente Necessária a Magistrados, Capitães Gerais, Capitães de Mar e Guerra, Prelados, Abadessas, Médicos e Pais de Família*. Era um médico português exilado em Paris, que contribuiu ativamente para a expansão da corrente Iluminista. A importância desse tratado é reconhecida na área da saúde pública, sendo por muitos considerado o criador da Higiene. Antes da publicação do Tratado, Ribeiro Sanches já tinha dado um dos principais contributos estratégicos para a reconstrução de Lisboa após o terramoto de 1755. Paralelamente, o Marquês de Pombal foi, de certo modo, um pioneiro da saúde pública em Portugal, na sua aceção política, quando assumiu que a cidade deveria ser reconstruída respeitando padrões de saneamento (George, 2004).

No que diz respeito à Saúde Pública na sua aceção contemporânea, baseou-se essencialmente num movimento liderado pelos reformistas britânicos, em resposta aos crescentes problemas de saneamento causados pelo aumento acentuado da população a viver em meio urbano. Cresceram as preocupações com as doenças endémicas e doenças crónicas causadas por malnutrição e precárias condições de vida, levando a uma intervenção junto das populações, com uma ênfase particular em medidas de prevenção. Esta crescente intervenção estatal e este novo posicionamento perante a saúde foi alimentado, em grande parte, pelos princípios do

capitalismo e da sociedade do trabalho. As ambições de progresso trazidas pela Revolução Industrial implicam uma necessidade de mão-de-obra saudável e capaz de produzir. A doença e as mortes prematuras, principalmente nas classes operárias, eram um forte empecilho ao florescimento do capitalismo (Porter, 1998).

A prevenção de doenças no século XIX afastou-se de alguma forma da ciência médica, para se tornar uma ciência económica e política, fazendo surgir termos como “*state medicine*” ou “*political medicine*”, realçando o facto da medicina ser motivada pelo estado e pela política (Porter, 1998). Daqui surgiu o Movimento Sanitarista Inglês. Este movimento do século XIX teve como principal figura o jurista Edwin Chadwick, que procurou ligar a pobreza à saúde e à longevidade. Em 1842 publicou um relatório sobre Condições Sanitárias da População Trabalhadora. Encontrou fortes evidências de pobreza enquanto causa de doença e *vice versa*. Condições habitacionais insalubres e alimentação deficitária estavam na origem ou no agravamento de estados de doença e de epidemia e o estado de saúde debilitado provocava uma diminuição dos rendimentos familiares, fechando assim um ciclo de pobreza e de doença.

Estas iniciativas de Chadwick culminaram na aprovação no Reino Unido da Lei de Saúde Pública de 1848. A partir daqui, foram desenvolvidas estruturas de saneamento básico, juntamente com medidas de limpeza de espaços públicos. (George, 2004, p. 21)

## **1.2. Programas Internacionais de Saúde Pública**

Os novos conceitos de saúde pública foram acompanhados por movimentos de globalização e subsequente preocupações que diziam respeito a várias regiões ou países. Daí surgiu necessidade de desenvolver um trabalho de cooperação, como a progressiva criação de organizações e programas de âmbito internacional em grande número.

### 1.2.1. O Lugar das Organizações Internacionais

O conceito de organizações internacionais tem uma origem bastante remota, situando-se em 478 a.C. para alguns autores, com a Liga de Delos (Herz & Hoffmann, 2004), que se constitui como uma cooperação militar com o intuito de proteger os vários estados da Grécia Antiga contra a invasão Persa. No entanto, foi só a partir do século XIX que as organizações internacionais passaram a desempenhar um papel mais ativo na política mundial, sustentadas pelo desenvolvimento do direito internacional. A Conferencia de Haia de 1907 contou já com a participação de 44 Estados, incluindo Europa, Ásia e América.

Estas conferências traçaram assim tendências de internacionalização, mas mantiveram uma intervenção algo tímida e direcionadas quase exclusivamente para a prevenção e regulação de conflitos entre estados.

Essas tendências só tomaram um caminho mais concreto na primeira metade do século XX. Vários motivos podem ser invocados para explicar o desenvolvimento deste fenómeno, mas facto de terem ocorrido duas guerras mundiais num curto espaço de 30 anos foi provavelmente a primeira pedra que serviu de base para a edificação da cooperação internacional. A primeira tentativa foi logo em 1919, no rescaldo da Primeira Guerra Mundial, com a criação da Sociedade das Nações, precursor da Organização das Nações Unidas. Foram aqui estabelecidos mecanismos de cooperação internacional que tinham por principal missão promover e manter a paz mundial. No entanto, as atividades da Sociedade das Nações não se limitaram a assuntos bélicos, mas abriram também caminho para a discussão sobre a política colonialista, os direitos das mulheres, a educação e outros assuntos de carácter social. Apesar de alguns sucessos inegáveis – nomeadamente na descolonização – a crise de 1929, o

desemprego e uma democracia claudicante levaram a uma nova conflagração mundial, o que revelou fraquezas estruturais da organização, assim como um raio de acção demasiado limitado para fazer face à crescente desordem internacional. Embora na prática o seu funcionamento tivesse cessado em 1939, a Sociedade das Nações foi oficialmente desmantelada em 1946.

Imediatamente após o final da Segunda Guerra Mundial, e tendo por base alguns dos propósitos da Sociedade das Nações, é criada a Organização das Nações Unidas. Trata-se de uma organização intergovernamental, com funções várias e uma verdadeira rede de agências especializadas ativas nos mais diversos sectores.

Para Herz e Hoffman (Herz & Hoffmann, 2004), o papel das organizações internacionais dividem-se em três grandes grupos: segurança coletiva, cooperação funcional e integração regional.

A segurança coletiva, tal como já aqui referimos, foi o que inicialmente motivou a criação de alianças entre estados e subsequente estabelecimento de mecanismos de protecção comum e assinatura de tratados de controlo de armamento. O principal objetivo é limitar os conflitos armados e preservar a paz e o entendimento entre nações.

A cooperação funcional é um conceito mais vasto, que envolve as mais diversas áreas de atividade que influenciam o funcionamento e o desenvolvimento social e económico. Aqui inserem-se organizações ligadas ao trabalho, comunicação, economia e finanças, saúde, cooperação intelectual e cultural, educação, direito, refugiados e fluxos migratórios e protecção de crianças e jovens.

A integração regional prende-se com a criação de espaços económicos que juntam vários estados ou regiões, levando à criação de novas formas de governança e cedência parcial de soberania por parte dos estados. Pode ser traduzido por uma área de livre-comércio, união aduaneira, mercado comum ou mesmo união monetária, como é o caso da União Europeia.

É claro que estes três aspetos não são distintos nem herméticos, sendo que se sobrepõem naturalmente. Por exemplo, a União Europeia engloba instituições dedicadas ao direito e à educação. O desenvolvimento destes processos de cooperação internacional e o enorme desenvolvimento dos meios de comunicação e de transporte introduziram um termo relativamente recente: sociedade civil global. Como questiona Giddens (Giddens, 2000), “a globalização tem algo a ver com a tese de que agora vivemos todos num único mundo”. Se

assim for, várias questões de ordem social e política se levantam imediatamente. As instituições estatais, pensadas para atuar numa realidade e espaço restritos, perdem uma parte significativa da sua aplicabilidade à medida em que as barreiras geográficas vão sendo ultrapassadas e até mesmo apagadas, pela expansão da informática, das telecomunicações e dos transportes. É fundamental notar que o papel do estado, mais precisamente a sua soberania, tem vindo a ser posto em causa pela intensificação da globalização, o que pode levar a questionar se a regulação social deve ser empreendida a nível global. Nesse sentido já se fala frequentemente de “sociedade civil global”, “governo global” e “equidade global” (Santos, 1997). Joseph Stiglitz (Stiglitz, 2002) diz-nos que “A globalização trouxe melhor saúde, assim como uma sociedade civil ativa à escala mundial, lutando por mais democracia e justiça social”. É nessa ótica que podemos enquadrar a progressiva aceitação e reconhecimento mundial das políticas de Saúde.

### 1.2.2. Cuidados de Saúde Primários: Alma Ata

Como foi abordado mais acima na resenha histórica do conceito de saúde pública, a promoção da saúde começou a fazer parte do pensamento médico por volta do século XIX, quando se traçou uma correlação entre saúde e condições de vida. A promoção à saúde desponta como “nova conceção de saúde” internacional em meados dos anos 70, resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e económica da saúde e a construção de uma conceção não centrada na doença (MacDonald, 1993).

O documento que ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata é o resultado da primeira Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, organizada em conjunto pela OMS e a UNICEF, na antiga capital do Cazaquistão, em 1978.

A essa conferência assistiram durante 6 dias representantes de 134 países, 67 organizações internacionais e muitas organizações não governamentais. O principal propósito da conferência era discutir e traçar objetivos para concretizar o slogan “Saúde para todos no ano 2000”. O outro foco foi a primazia dada aos cuidados de saúde primários.

Na minha análise do documento, destaquei cinco questões que já anteriormente tinham surgido, mas que foram explicita ou implicitamente lembradas pela Declaração de Alma-Ata:



1. Queremos saúde sim, mas o que é? Já em 1947, a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Na Declaração de Alma-Ata, essa definição faz ofício de abertura, dando assim o tom para a discussão. Pretende-se aqui promover o modelo biopsicossocial de saúde, que defende que “Interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais estão subjacentes aos diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças (...) saúde e doença dependem do contexto psicossocial” (Reis, 2005, p. 25). Em consequência, no primeiro plano são necessárias equipas multidisciplinares nos serviços de saúde e, no segundo plano, atingir um nível elevado de saúde requer a ação de muitos outros sectores

2. A saúde é “um direito humano fundamental”. Tal como foi expresso no artigo 25º da Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948, “Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis (...)”. O documento assume assim que a existência de “Saúde para Todos”, que passou a ser o slogan da Conferência, não é uma opção, mas sim uma condição sine qua non ao correto funcionamento de um estado.

3. É necessário falar do desnível Norte/Sul. Existe uma desigualdade profunda, classificada como “chocante”, nos indicadores de saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, o que foi considerado como “inaceitável”. Com esta abordagem globalizada e globalizante do conceito de saúde, pretende-se promover igualdade e equidade no acesso aos cuidados.

4. A produtividade não fugiu do cerne da questão. A Declaração pede que o desenvolvimento económico e social esteja ao serviço da saúde, mas assume também que a saúde pode ser um instrumento precioso para o crescimento económico. Quer-se que todos os povos possam atingir “um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva”. Fica a escolha em aberto: desenvolvimento para a saúde ou saúde para o desenvolvimento?

5. Equilíbrio entre Estado Providência e empowerment dos cidadãos. Os governos são responsabilizados, enfatizando assim o conceito de Estado Providência, que tem vindo a

ganhar mais concretude nos países europeus após a Segunda Guerra Mundial. Pede-se que os políticos coloquem a saúde como prioridade nas suas agendas, mas sem esquecer de envolver as suas populações. São preconizadas ações participativas, para que as comunidades tenham uma voz e um papel ativo nos seus cuidados de saúde. Os indivíduos têm o direito a um consentimento informado no que diz respeito às suas terapêuticas, mas também têm o dever de colaborar na manutenção de uma saúde global, respeitando normas de controlo de epidemias por exemplo.

Após ter abordado os problemas centrais e as expectativas a ter, a conferência foi dedicada a apresentar um novo modelo de saúde: Cuidados de Saúde Primários. Este modelo foi apresentado como um projeto que se pretendia parte integrante dos planos de desenvolvimento das nações. Foi definido como o conjunto de “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos (...). Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde (...).”

Trata-se assim de uma definição densa e intrincada, que manifesta preocupações ligadas à evolução da medicina como meio de resposta às enfermidades, às especificidades culturais de cada sociedade, à universalidade do acesso e ao envolvimento de todos os stakeholders.

Com maior detalhe, a Declaração atribui as seguintes características aos Cuidados de Saúde Primários:

- Estão dependentes das condições socioeconómicas e políticas do país e têm um papel fulcral do seu desenvolvimento. São apresentados pela Declaração como parte integrante dos planos e programas de desenvolvimento
- São específicos e adaptados à realidade: universais, mas não uniformes.
- Atuam na prevenção da doença, mas também na promoção da saúde. Isto significa que devem contemplar a educação para a saúde, a promoção de uma nutrição adequada, provisão de água potável e saneamento básico, cuidados de saúde materna e infantil, assim como planeamento familiar, vacinação, prevenção e controlo de doenças endemias e epidemias, tratamento adequados das doenças comuns e fornecimento de medicamentos.

- São inter e multidisciplinares: envolvem os mais diversos sectores de atividades, como “a produção de alimentos, a habitação, as obras públicas, as comunicações outros sectores”, mas também repousam em equipas locais treinadas para a multidisciplinarietàade.
- Requerem e promovem a participação comunitária e individual, mas devem estar assentes numa estrutura sólida regulada por um sistema de referências, geralmente provida pelos estados.

A Declaração reforça ainda a responsabilidade dos estados para a inclusão dos Cuidados de Saúde Primários no seu planeamento estratégico, mas dilata essa responsabilização a fim de incluir a cooperação internacional. Tendo em conta a pequenez que caracteriza o mundo após a entrada em cena dos modernos meios de comunicação, a saúde de uns interessa a todos. As deslocações dos indivíduos são cada vez mais rápidas e mais frequentes, o que naturalmente promove a disseminação de doenças infectocontagiosas. Saber que existe um agricultor liberiano atingido pelo vírus ébola nos arredores de Monróvia vai rapidamente levantar sinais de alerta em Amsterdão, Nova York e Sidney.

Além da necessidade de evitar a disseminação de doenças, as grandes disparidades económicas entre os países ditos desenvolvidos e os países ditos em desenvolvimento levantam uma certa obrigação moral de cooperação.

Em conclusão, a Declaração de Alma-Ata relembra o seu objetivo: “atingir um nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até ao ano 2000”, partindo do pressuposto que a tendência para a paz mundial tornou desnecessário o gasto em armamento e equipamentos militares, podendo assim utilizar esses meios para fins de desenvolvimento. Hafden Mahler, diretor-geral da OMS entre 1973 e 1988, admitiu que este lema era utópico em pouco mais de 20 anos e não poderia ser levado à letra, sob risco de perder o sentido. O intuito era essencialmente chamar a atenção para a importância de implantar políticas de saúde tendencialmente universais (Sakellarides, 2005).

A Conferência de Alma-Ata não deixou qualquer dúvida acerca do papel central da Saúde para o Desenvolvimento e vice-versa. Isto significa que os profissionais de saúde são também agentes de desenvolvimento. Foi um contributo notório e inegável para alargar os horizontes

disciplinares da saúde, que estava até então confinada à medicina (MacDonald, 1993), abrindo assim o caminho para outros modelos de sa

No entanto, após a publicação do documento, várias críticas se levantaram. A principal diz respeito ao facto de o discurso permanecer numa esfera teórica, elencando aquilo que deve ser feito, mas falhando em dar verdadeiras diretrizes.

### 1.2.3. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa

“A saúde é um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, económico e pessoal e uma dimensão importante da qualidade de vida” (Organização Mundial de Saúde, 1986, p. 2)

A 21 de Novembro de 1986, realizou-se a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá. Esta foi promovida pela OMS, mas também pelo Ministério da Saúde do Canadá, que teve desde cedo um importante papel na Promoção da Saúde. Ainda antes da Conferência de Alma-Ata, em 1974, Marc Lalonde, ministro da saúde canadense, redigiu um documento sobre Promoção de Saúde que ficou conhecido como Relatório Lalonde, onde foram apontados quatro diferentes tipos de determinantes de saúde: infraestruturas de cuidados de saúde, ambiente, fatores genéticos e biológicos e comportamentos. Este último aspeto deu início a uma abordagem behaviorista da saúde, que alertou para a necessidade de incluir educação e promoção de estilos de vida saudáveis como instrumentos de prevenção da doença.

É nesta lógica, mas também como resposta ao aumento de expectativas decorrentes do novo movimento de Saúde Pública, que surgiu a Carta de Ottawa. Concretamente, o resultado principal da Conferência traduziu-se em metas para a Promoção da Saúde, considerando esta última como um recurso para uma boa qualidade de vida, em vez de simplesmente um instrumento de sobrevivência. O conceito de Promoção da Saúde é assim definido como “o processo que visa aumentar as capacidades dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”.

Numa primeira fase, houve a preocupação de definir os pré-requisitos essenciais à melhoria da saúde, a saber: “paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema

estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”. Procura-se tomar consciência que, sem estes requisitos, o caminho para a saúde como estado geral de bem-estar não é possível.

A Carta de Ottawa propõe então três estratégias para alcançar esse objectivo:

1. Advogar: tal como já tinha sido referido em Alma-Ata, afirma-se que a saúde é indispensável ao desenvolvimento, mas que “os factores políticos, económicos, sociais, culturais, ambientais comportamentais e biológicos podem ser favoráveis ou nocivos à saúde”, por isso existe a necessidade de defender a saúde perante outras prioridades nas agendas políticas;
2. Capacitar: é imperativo fornecer meios e conhecimentos que permitam aos indivíduos tomar as suas próprias decisões e criarem uma motivação interna para adotarem comportamentos favoráveis à sua saúde;
3. Mediar: tal como foi bastante evidenciado em Alma-Ata, a saúde é um assunto multidisciplinar, que deve mobilizar todos os setores de atividade. Os profissionais de saúde devem por isso ser mediadores dos diferentes interesses sociais para que sejam dirigidos para a saúde.

Além destes três eixos centrais, a Carta de Ottawa refere também cinco áreas de intervenção mais específicas: construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, reforçar a acção comunitária, desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde. Implícita nestas áreas de intervenção, está a necessidade de reduzir as inequidades existentes e de proporcionar iguais recursos e iguais oportunidades para que todas as pessoas possam alcançar o seu potencial máximo de Saúde. Esta aspiração, que é profundamente ambiciosa, implica o compromisso de todas as entidades, governamentais e não governamentais, bem como o redireccionar de políticas no sector económico, cultural, social, ambiental. do sector da saúde, e dos media, para que “as escolhas saudáveis sejam as escolhas mais fáceis”.

A aprovação da Carta de Ottawa e a decorrente abertura a financiamento de projetos, gerou a criação de numerosas iniciativas, de âmbito global. Destacam-se a Rede de Escolas Promotoras de Saúde e a Rede de Cidades Saudáveis, o Plano de Acção Europeu para uma Política de Alimentação e Nutrição ou a criação da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Em Portugal, foram dados alguns passos assinaláveis para acompanhar estas

iniciativas, como por exemplo a promoção da saúde na escola, o controlo de consumo de tabaco, a promoção da segurança rodoviária e a saúde materno-infantil.

#### 1.2.4. Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM)

No ano de 2000, a ONU reuniu uma cimeira com o intuito de traçar uma estratégia de intervenção para melhorar as condições de vida das populações. Kofi Annan, Secretário-Geral das Nações Unidas entre 1997 e 2007, quis aproveitar o simbolismo e entusiasmo geral ligado ao início de um novo milénio para lançar uma iniciativa marcante e com diretrizes concretas. Seguindo a lógica de que o problema de um é o desafio de todos, 147 chefes de Estado e de Governo e 191 países participaram na Cimeira do Milénio, onde foram definidos 8 objetivos globais, a serem atingidos até 2015 e que ficaram conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). No Relatório Mundial de Desenvolvimento Humano de 2003, publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, os ODM são apresentados como um “pacto” entre os numerosos estados que participaram na cimeira, visando a traçar vários compromissos para melhorar a qualidade de vida das populações. Estes são (Organização das Nações Unidas, 2001):

- 1 – Erradicar a pobreza extrema e a fome
- 2 – Promover a educação primária universal
- 3 – Promover a igualdade de género
- 4 – Reduzir a mortalidade infantil
- 5 – Reduzir a mortalidade materna
- 6 – Combater o HIV/SIDA, Malária e Tuberculose e outras doenças graves
- 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental
- 8 – Promover uma parceria global para o desenvolvimento

Em termos práticos, as metas foram adaptadas aos diferentes estados de desenvolvimento. No caso dos países com Índice de Desenvolvimento Humano mais baixo, era necessário fazer face às necessidades mais básicas, como a fome, o saneamento básico e a vacinação. Os países com um índice intermédio foram encorajados a combater as bolsas de pobreza extrema e solidificar as suas políticas sociais.

Aos países com maior riqueza, foi atribuída a responsabilidade de estabelecer parecerias que permitissem melhorar o equilíbrio Norte/Sul, que a ONU tem vindo a promover desde o final dos anos 60.

Estes 8 objetivos foram assim considerados os pilares de sustentação do desenvolvimento para o novo milénio, abrangendo várias áreas de atuação fundamentais e ligadas entre si. Os objetivos 4, 5 e 6 estão diretamente orientados para a área da saúde, sendo que 2 deles são dedicados à saúde materno-infantil, ilustrando assim a importância de que se reveste esta área para o desenvolvimento.

Segundo a ONU, em 2001 morriam ainda 30 000 crianças por dia, de doenças que seriam evitáveis com melhores condições de higiene e melhores acessos a cuidados de saúde. A saúde materna era também preocupante, tendo em conta que 500 000 mulheres por ano ainda morriam por complicações ligadas ao parto ou à gravidez (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003).

Em 2001, a mortalidade infantil em termos mundiais atingia ainda 56‰, mas com muitas discrepâncias segundo as regiões. Na África Subsariana, a taxa de mortalidade infantil era de 110‰, o que corresponde aproximadamente aos valores que Portugal registava nos anos 50, enquanto que nos países que auferem rendimentos mais altos a taxa média é de 5‰ (*cf* Anexo F). Esta diferença abismal de 105 pontos percentuais sustenta bem o argumento da ONU, que insiste na urgência de reduzir o fosso Norte/Sul.

Os ODM fizeram assim parte de uma iniciativa histórica, orientada para a classe política e elementos detentores do poder de decisão, mas que também quis ser vista e ouvida pelas comunidades. Ao contrário das ações internacionais referidas anteriormente, os ODM foram sustentados por uma verdadeira campanha de disseminação da informação, com símbolos apelativos e facilmente apreendidos pela maioria das classes sociais e etárias. Foi assim dado um passo importante para levar o conceito de desenvolvimento para além das agendas políticas e dos círculos académicos.



Figura 1: Vinhetas ilustrativas dos ODM (ONU)

Além de veicular uma imagem acessível, as várias agências e organizações ligadas ao desenvolvimento levaram a cabo diversas atividades com a temática ODM: concursos de Figura, concursos de fotografia, atividades lúdicas em âmbito escolar, jogos de tabuleiro, ciclos de cinema, documentários, ações de rua e outros. Além de um programa político de cooperação, foi uma verdadeira campanha de marketing, que marcou os espíritos e despertou consciências.



Figura 2: Ilustração do “Movimento Sardinha” do Instituto Marquês de Vale Flor

#### 1.2.5. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – por terminar

A iniciativa dos ODM contribuiu para melhorar vários indicadores em diversas partes do mundo. O facto de traçar objetivos muito ambiciosos, que se pensavam inalcançáveis, levou à mobilização de recursos e à construção de parcerias importantes. No entanto, a ONU



estimou que era necessário prosseguir com uma iniciativa renovada, com uma visão mais abrangente. De 25 a 27 de Setembro de 2015 em Nova York, realizou-se uma nova cimeira, com o objetivo de definir uma nova agenda de ação para o desenvolvimento e o lema bastante ambicioso de “transformar o nosso mundo”. O ponto de partida foram os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio definidos em 2000, que evoluíram para novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS (Kumar, Kumar, & Vivekadhish, 2016).

Desta vez, foram definidos 17 objetivos gerais, desdobrados em 169 metas. Os objetivos são os seguintes:

1. Erradicar a pobreza;
2. Erradicar a fome;
3. Saúde de qualidade;
4. Educação de qualidade;
5. Igualdade de género;
6. Água potável e saneamento;
7. Energias renováveis e acessíveis;
8. Trabalho digno e crescimento económico;
9. Indústria, inovação e infraestruturas;
10. Reduzir as desigualdades;
11. Cidades e comunidades sustentáveis;
12. Produção e consumo sustentáveis;
13. Ação climática;
14. Proteger a vida marinha;
15. Proteger a vida terrestre;
16. Paz, justiça e instituições eficazes;
17. Parcerias para a implementação dos objetivos.

Estes ODS constituem assim uma continuidade dos ODM, principalmente os sete primeiros pontos, mas acrescentam objetivos que visam aumentar a inclusão (essencialmente nos pontos 8 a 10), assim como uma grande procura de sustentabilidade ambiental.

Esta iniciativa é diferente em diversos aspetos, sendo que o principal é a sua origem. No caso dos ODM, a agenda foi elaborada por um grupo de especialistas, enquanto que os ODS são o resultado de cerca de 70 grupos de trabalho, que envolveram a sociedade civil e o tecido empresarial, além de organizações sociais e poder político. Oferece assim uma visão mais abrangente dos problemas, assim como propostas de melhoria mais amplas. O envolvimento da sociedade civil tinha sido iniciado pelos ODM, principalmente na procura de fazer chegar a informação a todos. Neste caso, a sociedade civil foi envolvida na elaboração do próprio programa, tendo assim um aspeto participativo muito mais concreto.

Outra diferença fundamental reside na responsabilização dos países vistos como ricos *versus* os países mais pobres. Para os ODM, o financiamento vinha fundamentalmente de países desenvolvidos, no entanto os ODS responsabilizam todos os países, sendo esperando que todos possam contribuir para o seu próprio desenvolvimento, mantendo parcerias e cooperação.

É também notório que os ODS assentam bastante nos Direitos Humanos, fazendo referência a igualdade, equidade e integração, não apenas entre homens e mulheres, mas incluindo todos os grupos tendencialmente marginalizados.

### 1.3. A Reprodução e o Nascimento

Nas sociedades pré-industriais, a maternidade não aparecia como uma escolha, mas sim como um facto – estrutura mental, pressões sociais e religiosas e relativo desconhecimento da fisiologia humana impediam comportamentos anticoncepcionais. De uma forma geral, havia um número elevado de gravidezes por cada agregado familiar, mas uma grande parte não chegava a termo ou a criança acabava por falecer nos primeiros meses de vida. As crenças religiosas, que desvalorizavam a vida terrestre através de promessas de vida eterna no Além, levavam também a um certo afastamento sentimental em relação à reprodução (Laget, 1982).

A mulher era considerada um ser inferior, frágil e impuro até ao período de emancipação que começou no final do século XIX. O espaço sexual e genital das mulheres estava envolto em vergonha e em tabus, mesmo para a classe médica. O período menstrual é também um motivo de desprezo pelas mulheres, estando envolto em mitos e crenças de impureza e azar, que fazem querer que uma mulher menstruada é capaz de estragar os alimentos que toca e transmitir doenças. A capacidade de procriação é a única salvação das mulheres, é nessa altura que elas podem compensar, ou até pedir desculpa, pelo facto de serem mulheres. A maternidade faz delas seres simultaneamente admiráveis e inquietantes. Na ideologia cristã, a mulher não deve procurar outra razão de viver para além de procriar e de educar o maior número de crianças possível, seguindo os padrões e valores tradicionais (Laget, 1982) (Ariès, *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*, 1988).

A esterilidade era assim o motivo mais importante de desvalorização social para as mulheres. Os problemas reprodutivos são sempre atribuídos à mulher, sendo inconcebível que um homem não consiga procriar quando mostra sinais exteriores de virilidade. O estado normal de uma mulher casada é a procriação e as suas várias fases. Certas expressões populares traduziam esse pensamento, dizendo que a mulher alternava “o estado de ovo ou de leite” (Laget, 1982, p. 44), fazendo alusão à gravidez seguida de amamentação. Para uma família, um número elevado de crianças era um elemento primordial de orgulho, mas principalmente de subsistência. Os primeiros anos de vida, a criança era um encargo, mas rapidamente se tornava mão de obra e garantia de sucessão familiar.

Até há cerca de um século, o espaço onde se vivia o nascimento era geralmente a casa, que acabava por ser o local onde nascia e onde se morria. No caso do parto, não era considerado necessária a intervenção do médico, já que se tratava de um momento quase exclusivamente feminino. As mulheres mais experientes eram chamadas para ajudar, enquanto que as mais novas assistiam aos nascimentos numa ótica de aprendizagem e partilha. O homem era quase sistematicamente excluído, principalmente nos meios mais burgueses e urbanos. Era sempre um momento de angústia e incerteza, já que a morte da mãe e principalmente da criança, nunca podia ser excluída à priori (Ariès, 1988).

Só a partir de 1950 começou a haver um transporte mais sistemático da mulher grávida para clínicas e hospitais. Considerava-se o quarto como um local seguro e limpo, onde a mãe e a criança usufruíam de maior proteção, ao contrário dos hospitais, que eram um polo de infeções, onde os vários doentes se misturavam. Além das questões de higiene, também não era bem aceite o facto de dar à luz acompanhada por estranhos. No entanto, o parto era raramente um momento solitário, antes pelo contrário, havia tendência para reunir um grupo de mulheres, geralmente mais experientes, para ajudar a futura mãe (Laget, 1982).

Ao longo do século XX, a maior parte dos países industrializados foram adotando medidas de apoio à saúde mais sólidas e inseridas em programas de bem-estar social, componentes dos modernos Estados-Providência. A partir do final do século XIX e início do século XX, a saúde materno-infantil tornou-se claramente um instrumento político nos países industrializados (Carneiro, 2003).

#### **1.4. História da Infância**

No Artigo 1 da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) podemos ler que esta é “todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.” Esta definição, apesar de muito pragmática e desbastada de complexidade, serve de ponto de partida para um documento que se pretende exaustivo. Para definir legalmente a infância, foram criados 54 artigos, através dos quais a comunidade internacional define quais são as fragilidades da criança, quais as responsabilidades perante a mesma e quais os seus direitos.

Este documento é derivante da Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança e da Declaração dos Direitos da Criança adotada pelas Nações Unidas em 1959, que surgiram duma “necessidade de garantir uma proteção especial à criança”.

Mas a sociedade nem sempre considerou que “a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais” (Declaração dos Direitos da Criança, 1959). O conceito de infância, tal como é conhecido hoje em dia, sofreu uma evolução em paralelo com outros parâmetros sociais.

Inúmeros autores já se debruçaram sobre a temática da história da infância e teorizaram sobre ela, mostrando a sua dinâmica ao longo dos tempos. Na sua obra *História Social da Criança e da Família* (Ariès, 1981) Áries faz um estudo cronológico, da Idade Média até à contemporaneidade.

Este autor diz-nos que a infância, tal como é vista hoje em dia, praticamente não existia antes do século XIII. A vida era relativamente igual para todas as idades, ou seja, não havia muitos estágios e os que existiam não eram tão claramente demarcados. A consciência social não admitia a existência autónoma da infância como uma categoria diferenciada do género humano. Passado o estrito período de dependência física da mãe, esses indivíduos incorporavam-se plenamente ao mundo dos adultos. Aos sete anos, os rapazes eram entregues ao homem para serem educados, aprendiam a montar cavalos, a atirar e a usar o arco e a flecha e táticas de guerra, e a instrução das raparigas ficava a cargo das mães.

Ariès utiliza referências artísticas para ilustrar o seu pensamento, apoiando parte do seu estudo na análise de obras pictóricas de referência da sociedade ocidental. Vimos assim que, na arte medieval, que retrata essencialmente o universo religioso, as representações da infância são praticamente nulas. As únicas crianças presentes nas obras de arte são os anjos e o Menino Jesus, que aparecem numa escala mais reduzida em relação aos adultos, mas sem

diferença na expressão, na musculatura ou nos trajés. Frequentes são os quadros em que a Virgem tem ao colo o Menino Jesus, representado sob forma de um adulto miniatura.

Nos séculos XV e XVI começam a aparecer iconografias leigas da infância. Estas mostram cenas do dia-a-dia, onde crianças e adultos partilham os mesmos espaços e as mesmas atividades. Isto acontece no trabalho, nos passeios, nos jogos, nas tabernas ou mesmo nos bordéis. Não havia a divisão territorial e de atividades em função da idade dos indivíduos, não havia o sentimento de infância ou uma representação elaborada dessa fase da vida (Ariès, 1981)

No século XVI surge uma nova representação da criança: o putto. Este termo designa uma criança representada nua e frequentemente com asas, sendo na sua maioria do sexo masculino. Este tornou-se um motivo decorativo usado com muita frequência na arte barroca e renascentista por toda a Europa. Além do gosto geral pela nudez clássica, este lugar de destaque ocupado pelos putti no mundo artístico é um reflexo dum crescente interesse social pela criança.

O principal fator apontado para este desprezo das crianças prende-se com as condições demográficas da época, nomeadamente a elevadíssima mortalidade infantil. Ariès (Ariès, 1981) diz que não se pensava, como normalmente acreditamos hoje, que a criança já contivesse a personalidade de um homem, porque elas morriam em grande número. O que hoje é considerado desprezo e negligência, era na Idade Média uma forma de aceitar uma eventual perda. Durante vários séculos perdurou a ideia de que era necessário dar à luz vários filhos para poder conservar apenas algumas. Nas efígies funerárias, a criança só apareceu a partir do século XVI, o que mostra a que ponto a morte em idades mais tenras era desvalorizada.

As alterações na organização e na estrutura das famílias modifica também o papel da criança no seio das mesmas. No século XVII os pais começam a passar mais tempo com os filhos, que se tornam num elemento indispensável. Começa a haver maior preocupação com o seu bem-estar, a sua educação e o seu futuro (Ariès, 1981).

Na Idade Moderna, período de transformações sociais por excelência, emerge uma conceção de infância que perdura até os dias de hoje. Esta passa a ser vista como sendo a fase em que os indivíduos necessitam de grandes cuidados e de uma disciplina para entrar com sucesso no mundo adulto. Em finais do século XIX e inícios do século XX, a importância dada à fase da infância aumenta exponencialmente com o aparecimento de teorias de Freud, Piaget, Erikson

e outros estudiosos do desenvolvimento infantil. A infância passa a ser vista como uma fase em que o indivíduo se encontra especialmente permeável aos malefícios do ambiente em que evolui, podendo sofrer traumas determinantes para a definição do ser adulto.

Por outro lado, a Revolução Industrial veio aumentar o urbanismo e o trabalho fabril, conseqüentemente, aumentou também a exploração de crianças no trabalho. Mas já com uma consciência mais preocupada, essa ideia tornou-se progressivamente socialmente desconfortável. Também com o florescimento do conceito de Estado Providência, a preocupação sobre o bem-estar social alastrou-se às crianças, levando à criação de legislação orientada especificamente para proteger os mais novos.

Com o final da I Guerra Mundial, foi aprovada em 1924 a Carta da União Internacional de Proteção à Infância, dita Declaração de Genebra. Mas é após a II Guerra Mundial que se nota o mais significativo impulso à evolução destas questões, nomeadamente a criação de vários organismos, entre os quais o Fundo Internacional de Socorro à Infância (UNICEF), em 1947. No ano seguinte, 1948, é aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A 20 de Novembro de 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprova a Declaração dos Direitos da Criança, que apesar de não vincular os Estados, dá uma significativa projecção à questão da protecção à infância. Em 1989, as Nações Unidas dão um significativo avanço em matéria de infância com a aprovação da Convenção dos Direitos das Crianças.

A saúde das crianças assumiu também particular relevo a partir do final do século XIX, tornando-se um dos principais focos de atenção para as políticas públicas. Até aí, a família, e em particular a mulher, era única responsável por garantir a sobrevivência e o crescimento das suas crianças. Com o aparecimento da saúde pública, começaram a surgir programas de apoio às mães, de acompanhamento e até de educação para o cuidado das crianças. No início do século XX, apareceram os primeiros benefícios para a maternidade no Reino Unido (Carneiro, 2003).





## CAPITULO II

### 2.1. A Mortalidade Infantil e o Desenvolvimento

“Não há saúde sem desenvolvimento, nem desenvolvimento sem saúde. Princípios, hoje, inquestionáveis em Saúde Pública.” (George, 2004, p. p.11)

A partir de 1975, o médico dinamarquês e Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde, Halfdan Mahler demonstrou que as intervenções de Saúde Pública são indispensáveis ao complexo processo de desenvolvimento sustentável – contribuiu decisivamente para o aprofundamento da corrente filosófica que destaca a dimensão ética da saúde pública e a sua estreita ligação à economia. (George, 2004, p. 15) Isto refletiu-se no primeiro ponto da Declaração de Alma-Ata, que define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”.

#### 2.1.1. Conceito de Desenvolvimento Humano

O desenvolvimento humano é um conceito relativamente recente. Foi oficializado em 1990, através da publicação do primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento(PNUD). O pressuposto desta iniciativa é que a verdadeira riqueza de uma nação são os seus indivíduos e que o objetivo fundamental do desenvolvimento deve ser a criação de um ambiente que ofereça a possibilidade de ter uma vida longa, com saúde e oportunidades. Esta iniciativa da ONU teve influências diretas do conceito de desenvolvimento defendido do Amartya Sen, que fala de “Desenvolvimento como Liberdade” (Sen, 2003).

O desenvolvimento humano insere-se assim na fileira dos direitos humanos, será então importante referir brevemente o que se entende por isso. Os direitos humanos constituem-se como um conjunto de normas universalmente aceites e partilhadas internacionalmente, que contempla valores morais e políticos, comuns aos países do mundo inteiro (Comité d'Aide au Développement, 2006). Apesar de ter as suas origens ideológicas muito antes na história, o conceito é muitas vezes imediatamente ligado à Declaração Universal dos Direitos Humanos

apresentada pelas Nações Unidas em 1948, que marca uma profunda mudança em termos de direito internacional.

Apesar deste ser um marco simbólico e incontornável, não podemos assumir que o conceito teve uma imediata aplicabilidade, nomeadamente porque a sua universalidade foi bastante contestada no seu surgimento. Foi inicialmente adotada sem consenso, por apenas 56 Estados (na sua maioria ocidentais), o que levou a Declaração a ser rotulada como um produto ou uma imposição do Ocidente. Inscreve-se aqui na lógica tradicional de desenvolvimento, que era também um modelo que os países do Norte queriam aplicar às Nações recém-criadas. O passo mais marcante para a aceitação da declaração como sendo (tendencialmente) universal foi dado em Viena, em 1993, na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, onde foi adotada por consenso a Declaração e Programa de Ação de Viena, por mais de 170 países.

Tal como o conceito de desenvolvimento, os direitos humanos têm vindo a sofrer evoluções e alterações. Podemos hoje distinguir três aceções ou gerações de direitos humanos, ou até mesmo quatro segundo alguns autores. Na primeira geração encontram-se os direitos cívicos e políticos, que tratam de proteger o indivíduo enquanto tal, conferindo-lhe liberdades (religiosa, política, de expressão, ...). A segunda geração contempla os direitos económicos, sociais e culturais, que vão além das liberdades e conferem também direitos, nomeadamente o direito à saúde, e a terceira geração fala dos direitos destinados a servir os interesses ditos globais, como é o caso das condições ambientais, património global e a paz. Alguns autores já referiram direitos de quarta geração, que dizem respeito à sustentabilidade, ou seja, ao futuro das próximas gerações. Segundo Boaventura Sousa Santos (Santos, 1997), a primeira geração de direitos humanos traduz uma luta entre sociedade civil e Estado, já que este era visto como o principal violador potencial, considerando nomeadamente regimes totalitários. O surgimento desta primeira geração de direitos enquanto conceito documentado, sem ser ainda diretamente questão de desenvolvimento humano, foi assim uma inovação importante porque legitimou de alguma forma a luta dos oprimidos e conferiu-lhes uma linguagem jurídica apropriada e válida perante a lei. Veio proporcionar ao cidadão a possibilidade de se defender contra o seu próprio estado, uma vez que este deixou de ser soberano em termos de direitos. Influenciou também as constituições próprias a cada estado, levando a uma progressiva instauração do direito à cidadania. Além desse papel jurídico mais formal, o documento serviu também para mobilizar consciências e atuar ao nível da sociedade civil, levando à criação de movimentos sociais e ONG's dedicadas à salvaguarda dos direitos humanos.

Já a segunda e terceira geração (assim como a quarta quando considerada) pressupõem que os estados devem ser reguladores, tendo por obrigação controlar que os direitos humanos são respeitados pelos vários atores sociais e agir com base na legislação caso contrário. Estas últimas gerações refletem assim dois aspetos fundamentais para o conceito de desenvolvimento humano: é um conceito institucionalizado, já que implica intervenção de instituições estatais, e é um resultado das várias crises sociais e económicas dos finais dos anos 60 e início dos anos 70. De facto, as desigualdades, pobreza, exclusão social e deterioração ambiental, criam uma necessidade de endogeneizar esta dimensão do conceito de desenvolvimento.

Em 1990 há um marco importante para a afirmação do conceito de desenvolvimento humano: o Relatório de Desenvolvimento Humano, proposto pelo PNUD. Trata-se de um momento-chave porque apresenta um grande número de dados referentes às necessidades básicas, mas vai mais além introduzindo necessidades imateriais, como a saúde e a educação. Daqui surge um novo indicador que liga definitivamente o conceito de desenvolvimento aos direitos humanos: o Índice de Desenvolvimento Humano.

Em suma, pode-se dizer que os direitos humanos trouxeram novas noções para as discussões acerca do que é desenvolvimento: satisfação das necessidades básicas, acesso ao conhecimento, possibilidade de uma vida longa e saudável, liberdades de vários âmbitos, igualdade de oportunidades e segurança (alimentar, energética, cultural, política e ambiental). A quarta geração refere ainda a importância da sustentabilidade, que visa garantir iguais condições para as gerações seguintes.

Para Amartya Sen, o alargamento da liberdade é ao mesmo tempo o objetivo do desenvolvimento humano, mas também o seu principal instrumento (Sen, 2003). Para ele, existem várias liberdades que levam à melhoria da vida humana, como a liberdade de viver com saúde, ou seja, de poder evitar a subnutrição, a mortalidade precoce e as enfermidades evitáveis. Nestas liberdades fundamentais estão também incluídas a literacia, a liberdade política, de expressão, etc... Seguindo esta linha de pensamento, o autor vai participar, juntamente com Mahbub ul Haq, na construção de uma unidade de medida que consiga abarcar o desenvolvimento enquanto “processo de expansão das liberdades humanas e a apreciação do desenvolvimento tem de ser enformada por tal consideração” (Sen, 2003, p.

50), que ficará conhecido como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

### 2.1.2. Os Índices de Desenvolvimento Humano

Como vimos, a criação do IDH apareceu como uma contraposição a outros indicadores puramente económicos com base no crescimento, como o Produto Interno Bruto (PIB), que calculam a riqueza de um país ou região, estritamente em termos monetários. Com o IDH, pretende-se ter um indicador numérico e de leitura simples, mas que possa refletir aspetos mais abrangentes daquilo que é o bem-estar de uma sociedade, nas suas várias dimensões.

Sendo que o IDH é uma tentativa de contabilizar o desenvolvimento humano de um determinado país ou região, foi necessário usar um índice composto, que inclui três dimensões de base que entram no seu cálculo: longevidade, educação e rendimentos. A longevidade é representada pela esperança média de vida à nascença; a educação é composta por dois indicadores: duração média da escolaridade e anos de escolaridade esperada; o rendimento é traduzido pelo Rendimento Nacional Bruto *per capita*.

Desde 1990, o PNUD edita todos os anos o Relatório de Desenvolvimento Humano, que aborda as principais temáticas ligadas ao desenvolvimento humano, respetivas problemáticas e sugestões de ações. Divulga também o IDH por país, que tem vindo a ser aperfeiçoado, assim como a posição em que se encontra a nível mundial. As críticas têm sido numerosas, já que o IDH não deixa de ser uma unidade numérica, o que tem tendência a ser redutor. Esta medida tem limitações óbvias devido ao facto de contabilizar apenas três áreas do desenvolvimento, no entanto a simplicidade de que é revestido também permitiu que fosse globalmente usado. Este indicador constitui também uma franca evolução do conceito de desenvolvimento, que conseguiu ser desviado parcialmente da esfera puramente económica.

Portugal passou de um IDH de 0,708 em 1990 para 0,830 em 2014, o que representa a posição 43<sup>a</sup> no ranking mundial (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2015). Assim sendo, Portugal está incluído no grupo de países com desenvolvimento humano considerado muito elevado, no entanto, não se trata de um resultado distintamente positivo, já que se encontra atrás da grande maioria dos países europeus.

## CAPITULO III

No caso português, as políticas de saúde do século XX são muitas vezes associadas à revolução de 1974, mas este não foi taxativamente o ponto de partida para a intervenção pública na área da saúde, mesmo que até aí tenha assumido uma forma mais supletiva.

Logo nos anos 40, foi criado o Instituto Maternal, que introduziu consultas de ginecológicas, pré-natais e pediátricas, assim como lactários. Desta forma, foi possível disseminar práticas de cuidados materno-infantis na maioria do território. Em 1968 foi implementado o Plano Nacional de Vacinação, que contribuiu fortemente para a diminuição da mortalidade de uma forma geral.

No entanto, foi na década de 70, apenas há cerca de 40 anos, que assistimos a uma intervenção estatal na saúde, verdadeiramente enquadrada em agenda política. Alguns dos aspetos mais relevantes passam pela aposta nos cuidados de saúde primários em 1971, assim como pelo artigo 64 da Constituição de 1976, que deposita nos indivíduos a responsabilidade pela defesa e a promoção da saúde para todos, ainda antes da Declaração de Alma-Ata em 1978.

### **3.1. Condições para a Criação do Sistema Nacional de Saúde**

O Serviço Nacional de Saúde Português (SNS) é a designação dada à rede de serviços que tem por objetivo a prestação de cuidados “globais” e “integrados”, à totalidade da população. Nisto estão incluídas as fases de promoção, vigilância, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Qualquer medida pública, tal como um sistema nacional de saúde, é condicionada por diversos fatores, sociais, políticos, económicos, culturais, tecnológicos e outros, que desempenham papéis fundamentais na sua evolução. É por isso relevante abordar a situação política e económica que precedeu ao aparecimento SNS, para ter uma maior apreensão daquilo que motivou a sua criação e quais foram os maiores desafios que foi necessário ultrapassar.

### 3.1.1. O processo de Industrialização

O processo de industrialização português tem sido descrito como um caminho pouco linear e, em muitos momentos, desfasado dos seus vizinhos europeus. Sendo um país pequeno e periférico, Portugal começou o seu processo de industrialização em meados do século XX. É nos anos 60 que muitos autores situam o início do comércio externo e do desenvolvimento tecnológico português (Barreto A. , 1994). As condições físicas e o desfasamento temporal criaram divergências em relação à história económica geral da Europa.

Até ao fim da Segunda Guerra Mundial, verificou-se fundamentalmente um crescimento no sector agrícola, sem que tenha havido uma verdadeira industrialização. A evolução da situação política portuguesa manteve alguns aspetos particulares que criaram uma estrutura sociopolítica diferente da europeia típica. Nos anos 30, o Estado Novo não incluiu na sua política económica verdadeiras medidas de fomento à industrialização, o que é notório na despesa pública residual dedicada a sectores-chave, como a energia, os meios de transportes internos e a formação nas áreas técnicas. A estratégia de desenvolvimento económico nessa década baseou-se no privilégio da agricultura, sustentada por discursos políticos que defendiam as virtudes de um país campestre e autossuficiente. (Pereira, 2006)

Em resposta ao colapso do liberalismo no comércio internacional, Portugal adotou políticas protecionistas, incluindo regimes de condicionamento industrial, pautas aduaneiras e elevadas restrições ao investimento estrangeiro. Para além do protecionismo interno, Portugal beneficiava ainda de protecionismo externo, conferido pelo Ato Colonial de 1930, que reservava os mercados das colónias aos empresários portugueses. Este protecionismo contribuiu para uma certa estabilidade financeira, nomeadamente através do controlo dos salários, mas travou fortemente a inovação e a flexibilidade da economia.

Mesmo tendo pouco relevo devido à falta de liberdade de expressão e de iniciativa privada, existiam correntes que defendiam uma mudança de rumo na economia portuguesa, principalmente no que tocava ao relacionamento com o mercado externo. Apesar da agricultura ter sido o sector mais privilegiado até então, a sua estrutura permanecia pouco alterada. Tradicionalmente, alguns produtos tinham mercados externos muito significativos, tal como alguns vinhos, cortiça, azeite e lã, que eram as velhas exportações portuguesas. Os seus produtores eram, pois, defensores do comércio livre e da integração internacional da

economia portuguesa. Por outro lado, os produtores dos restantes produtos agrícolas, sobretudo cereais, eram tradicionais protecionistas (Brito, 1989).

Durante a Guerra de 1939-1945, as circunstâncias, tanto externas como internas, sofreram alterações incontornáveis, o que obrigou o Governo de Salazar a reorientar as suas opções económicas. A economia europeia sofreu constrangimentos do lado da oferta e dificuldades em prosseguir os esforços de industrialização devido ao conflito mundial, que canalizou uma parte significativa da mão-de-obra e recursos financeiros. Embora Portugal tivesse também sofrido carências de importações, as exportações aumentaram muito durante a Guerra, devido ao fornecimento de minerais e produtos de primeira necessidade aos países com participação ativa na Guerra. A dependência da economia e a acumulação de capitais no sector exportador fizeram com que os sectores defensores de integração internacional pressionassem o Estado para promover a industrialização.

O sector industrial ganhou relevância ao longo do século XX, não só em termos de contribuição para a produção e para o emprego da população ativa, mas também no que respeita ao contributo para a produtividade da economia portuguesa. O arranque da evolução industrial situa-se no final dos anos 50, coincidindo com o início do crescimento da economia portuguesa em ambiente de abertura ao exterior, sendo também a altura em que Portugal participou na fundação da EFTA.

### 3.1.2. Evolução das Políticas de Saúde

A implementação do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, tal como o conhecemos hoje, foi um caminho complexo, com vários avanços e retrocessos ao longo de cerca de um século.

Para alguns autores, nomeadamente Arnaldo Sampaio, é possível fazer uma divisão conceptual da progressão das reformas no campo da saúde em três fases, durante as quais se podem identificar enquadramentos políticos e filosofias diferentes (Miguel, 2008).

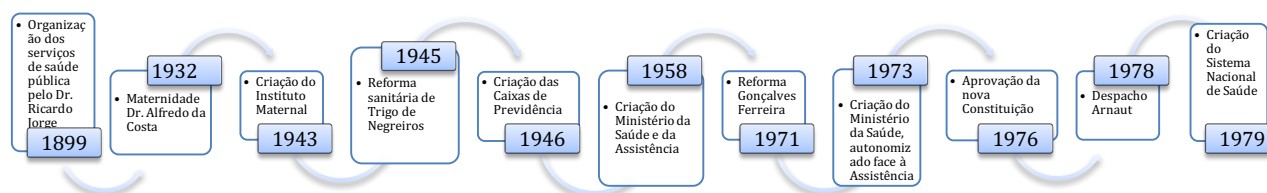


Figura 3: Cronologia Sumária da Criação do SNS

A primeira fase, que é frequentemente designada como fase da assistência, iniciou-se em 1945 com a reforma sanitária de Trigo de Negreiros. É reconhecido que a população portuguesa está ainda sujeita a muitas mortes por doenças infectocontagiosas, que seriam evitáveis através da intervenção do estado. É assim levada a cabo uma luta contra certas doenças dominantes, como a tuberculose, o paludismo, a lepra e as doenças mentais. A partir daqui o estado vai transitar de uma política de intervenção supletiva para chegar progressivamente a uma cobertura da população.

No entanto, nesta fase o sistema de saúde em vigor permanecia segmentado e seguia uma lógica de programas verticais, com vários serviços de saúde dedicados exclusivamente a intervenções específicas (Miguel, 2008).

No final dos anos 60, e na senda do processo de industrialização, a primavera marcelista trouxe uma aparente modernização do sistema, mantendo uma continuidade do regime político ditatorial. Apesar de não haver ainda um sistema democrático, apareceram novas correntes de desenvolvimento e houve entrada de capital estrangeiro (Carapinheiro & Pinto, 1987). Primeiro, foi introduzida uma alteração estratégica na nomenclatura política: o Estado passou de “Novo” para “Social”, o que tinha por intuito reforçar a imagem de protecionismo e atenuar a falta de liberdades. Apesar das mudanças estruturais terem sido bastante tímidas, o sector da saúde beneficiou de uma alteração notória, expressa no Decreto-Lei 41371 de 27 de Setembro de 1971 (*cf* Anexo A).



Aqui começa a segunda fase das reformas, que é marcada pela Reforma da Saúde de 1971. Esta reestruturação inspira-se do serviço nacional de saúde inglês, criado logo após a segunda guerra mundial. Os principais pontos de mudança são:

- todos os Portugueses têm direito à saúde, sem qualquer discriminação;
- planeamento global de todas as atividades de forma a otimizar os recursos;
- descentralização e incentivo à participação dos cidadãos.

Trata-se de uma reorganização do Ministério da Saúde e Assistência, criado em 1958, que traz uma nova filosofia de proteção na saúde e pretende “atender à instante necessidade de intensificação e desenvolvimento das atividades de saúde pública e de promoção social (...)” (decreto-lei 413/71, ponto 1).

O diploma em questão estabelece quatro corolários, que servem de base para as alterações estruturais:

- Planeamento e verificação regular da eficiência do trabalho desenvolvido;
- Política unitária de saúde e assistência que tem por missão abarcar toda a população;
- Utilização de profissionais devidamente formados e criação de carreiras profissionais;
- Estreita colaboração dos serviços sociais com os serviços de ação de saúde pública, a fim de garantir o “desenvolvimento integral do homem”.

O Decreto-lei mostra também claramente que existe a consciência de que saúde e desenvolvimento estão estreitamente ligados: “Os serviços de prevenção da doença e da promoção da saúde, apesar da importância fundamental que têm para o desenvolvimento social e económico da Nação, não ocupam ainda a posição que lhes compete (...)” (decreto-lei 413/71, ponto 2).

Um dos aspetos de grande relevo nesta reforma, foi a criação dos centros de saúde, constituindo assim um grande passo nos cuidados de saúde primários e na promoção da saúde, cerca de 7 anos antes de Alma-Ata. O antigo Posto médico foi assim substituído pelos centros de saúde de primeira geração, que foram a tradução direta do que se entendia por saúde pública de proximidade, levando a cabo ações como a vacinação, a vigilância de saúde da mulher, da grávida e da criança, bem como a saúde escolar ambiental. As equipas médicas começaram a ser multidisciplinares e a trabalhar numa ótica de conjugação de meios e participação dos cidadãos. A relação unilateral e unifocal que existia entre o médico e os seus

pacientes foi substituída por outra relação muito mais ampla e que funcionada em dois sentidos, entre a equipa de saúde e a comunidade (George, 2004).

Uma das principais figuras desta transformação foi o Secretário de Estado da Saúde e Assistência, Francisco Gonçalves Ferreira, por isso esta fase é frequentemente designada por “Reforma Gonçalves Ferreira”. Arnaldo Sampaio, colaborador direto de Gonçalves Ferreira e Diretor do Gabinete de Planeamento do mesmo ministério, foi ele também um grande impulsionador da rede de centros de saúde. Estes dois homens políticos, que eram acima de tudo ideólogos, procuraram adotar a aceção de saúde de abordagem holística, preconizada pela OMS desde 1947. Nessa altura, Portugal torna-se num dos países mais progressistas no que respeita ao ideário “Saúde para Todos” da OMS. (Miguel, 2008) Já em 1973, deu-se a separação entre Saúde e Assistência, com a criação dos ministérios respetivos: Ministério da Saúde e Ministério das Corporações e Segurança Social. É nesta altura que se dá o verdadeiro início da prestação de cuidados de saúde.

A reforma de 1971 causou também uma descida acentuada de diversos índices sanitários, nomeadamente a mortalidade infantil (Miguel, 2008). Este indicador passou de 55,5‰ em 1970 para 37,9‰ em 1974, apresentando assim uma descida de 17,6‰ em apenas 4 anos.

Após a Revolução de 74, entramos naquilo que pode ser considerada a terceira fase das reformas. Nesta altura, a economia nacional sofreu uma recessão, no entanto viu-se um aumento acentuado das despesas do estado, principalmente devido ao financiamento dos serviços de saúde. O Serviço Nacional de Saúde fazia parte do quadro ideológico do programa da Revolução, pretendendo ser universal, geral e gratuito. Inicia-se então um processo de concretização complexo, que começa por nacionalizar as instituições ligadas à saúde, nomeadamente convertendo hospitais pertencentes às misericórdias em hospitais públicos e transformando sanatórios em hospitais centrais. A democratização criou um terreno fértil, com condições sociais e políticas favoráveis, para o desenvolvimento do projeto de Serviço Nacional de Saúde.

É também dada continuação à criação de carreiras profissionais para os trabalhadores de saúde, assim como uma forte “funcionarização”. O Estado passa assim a ter a seu cargo um grande número de salarizados, o que constitui uma pesada despesa pública (Carapinheiro &

Pinto, 1987). Podemos observar no gráfico abaixo (Figura 4) a subida brusca das despesas em saúde entre 1976 e 1979.

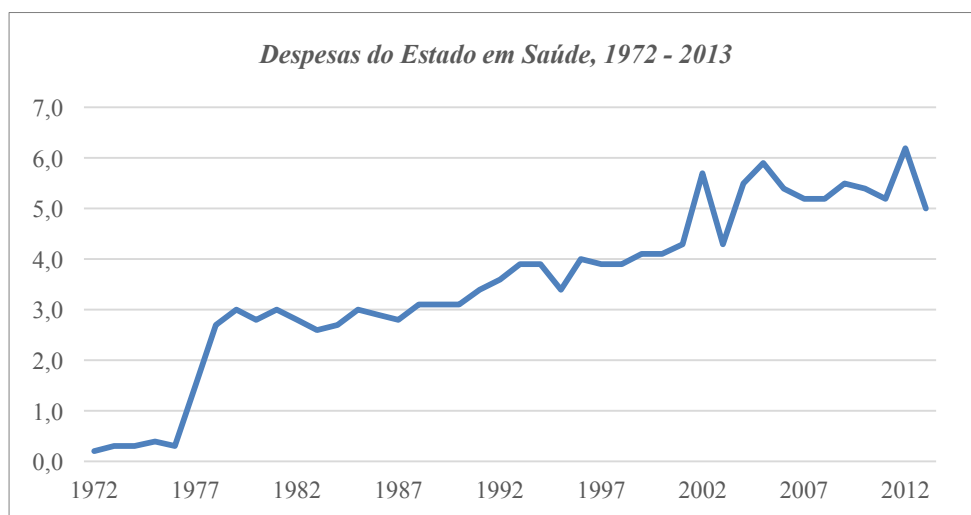


Figura 4: Despesas do Estado em saúde: execução orçamental em % do PIB, de 1972 a 2013, Fonte: INE, Portdata

Em 1975, o Governo cria também as Comissões Integradas de Serviços de Saúde Locais (CISSL), com o intuito de promover a participação da população na gestão dos serviços de saúde. Este é um claro sinal da busca pela democratização das estruturas decisórias. Mas, apesar dos progressos realizados, a fragilidade ideológica do Quarto Governo Provisório acabou por impedir a concretização do Serviço Nacional de Saúde. Já em 1976 é formado o Primeiro Governo Constitucional, em que o Estado Social Português é consagrado, segundo o modelo de Estado de Bem-estar já existente noutros países europeus. Vista como a mais inovadora das Constituições europeias, a Constituição Portuguesa de 1976 deposita nos indivíduos a responsabilidade da defesa e da promoção da saúde para todos. Há, no entanto, uma discrepância entre o enquadramento jurídico-institucional e o que realmente acontece na prática (Carapinheiro & Pinto, 1987).

Em Julho de 1978, um despacho Ministerial de António Arnaut, Ministro dos Assuntos Sociais, oferece a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde através de uma inscrição

prévia nos serviços Medico-Sociais, independentemente de terem ou não uma posição contributiva.

Em 15 de Setembro de 1979, um ano após a Conferência de Alma-Ata, é publicada a lei nº56/79, que oficializa o Serviço Nacional de Saúde, descrito no Artigo 1º (cf Anexo B):

*É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.*

O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações. O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

No entanto, foi um empreendimento muito ambicioso, à luz do grau de desenvolvimento de Portugal nos anos 80: frágeis instrumentos de governação, administração pública antiquada, limitadas capacidades de gestão, baixos níveis de educação do país e reduzidas tradições democráticas. A partir da década de 80 inicia-se uma racionalização dos gastos públicos em saúde, o que tem consequências práticas nos acessos aos prometidos cuidados de saúde universais.

### **3.2. História dos Cuidados Materno-Infantis em Portugal**

Os cuidados de saúde materno-infantis tiveram uma evolução paralela às restantes políticas de saúde, mas foram alvo de atenção particular e de ações específicas. Como já vimos, trata-se de uma área ligada a crenças religiosas e costumes sociais, que interferem na sua evolução, seja positiva ou negativamente. A sobrevivência dos recém-nascidos é uma preocupação social e política, mas entra diretamente na esfera muito privada da sexualidade e da criação de famílias. A reprodução é também um assunto intrinsecamente ligado à religião, que esteve revestido de mistério até há bem pouco tempo e que tem contornos sagrados. No Cristianismo, a capacidade de reprodução da mulher foi usada como símbolo máximo da ligação entre Deus e os mortais.

#### 3.2.1. A Importância da Natalidade no Estado Novo

Durante o regime salazarista, a família era colocada no centro da gestão social, sendo que o regime era anti-individualista e fortemente apologista de núcleos familiares fortes e com uma organização bem específica. A família fazia parte dos cinco pilares do regime: “Deus, Pátria, Família, Autoridade e Trabalho”. Era feito o elogio constante do papel da mulher enquanto dona de casa e guardiã da boa moral e dos costumes tradicionais e católicos. Era necessário manter a mulher em casa, dando apoio incondicional à família e ao marido, mas sem voz enquanto indivíduo. O sufrágio feminino é um bom exemplo disso, sendo que o direito ao voto foi concedido às mulheres em 1931, mas apenas caso fossem viúvas, separadas e na condição de chefes de família (Decreto-Lei 19692, de 05 de Maio 1931). Caso contrário, o homem seria sempre o representante da família, não podendo haver opiniões políticas diferentes no seio de um mesmo agregado familiar, correndo o risco de perturbar a harmonia do casal (Gorjão, 2002). Só na Constituição de 1976 foi concedido o direito ao sufrágio direto e universal.

As convicções anti-individualistas de Salazar estão explícitas na Constituição de 1933, que define a família como “fonte de conservação e desenvolvimento da raça, como base primária

da educação, da disciplina e harmonia social e como fundamento de toda a ordem política (...)”(V Constituição de 1933, artigo 11º). Diz ainda que a família assenta em três pilares fundamentais, que são “o casamento e a filiação legítima”, a “igualdade de direitos e deveres dos dois cônjuges quanto à sustentação e educação dos filhos legítimos” e a “obrigatoriedade de registo do casamento e nascimento dos filhos” (V Constituição de 1933, artigo 12º).

Uma das principais missões do Estado era assegurar que a família mantinha no centro da estrutura social e que o povo português crescesse saudável. Para tal, o regime não se poupava em propaganda pró-família, nomeadamente nas escolas (como podemos ver na Figura 4). Uma das preocupações centrais era a natalidade, o que levou o regime salazarista a lutar em várias frentes: promoção da nupcialidade e de casamentos religiosos, penalização do aborto e do adultério e medidas de luta contra a mortalidade infantil (Pimentel, 2000). “Proteger a maternidade” foi até mesmo um dos compromissos assumidos pelo Estado Novo na Constituição de 1933 (Artigo 13º, 2º).

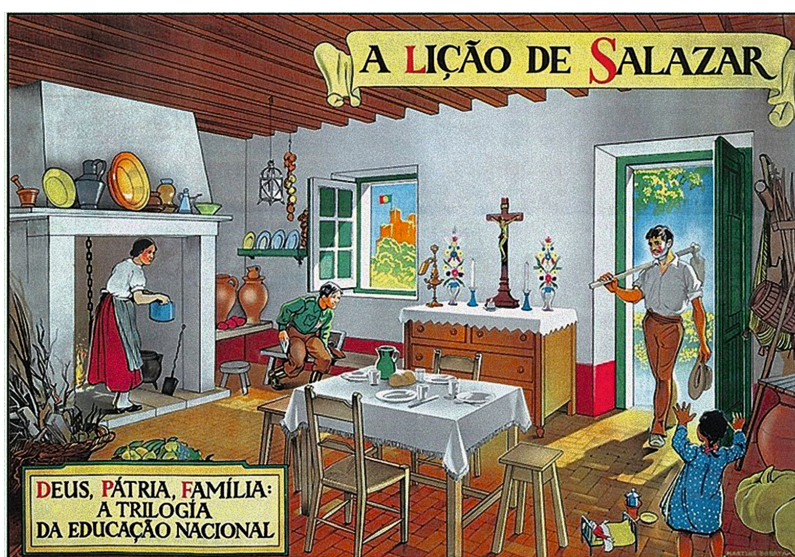


Figura 5: Cartaz da série "A Lição de Salazar" de Martins Barata, distribuído por todas as escolas em 1938

Apesar do Estado novo não seguir o modelo de Estado-Providência existente nos países Europeus democratas, o fato de colocar a família como célula-base da sua estrutura fez com que várias medidas de proteção social fossem levadas a cabo. Uma das mais relevantes foi a criação da organização nacional “Defesa da Família”, aprovado com o Decreto-Lei nº 25936

(*cf* Anexo C), em 1935. Esta nova organização tinha por objetivo estabelecer uma linha condutora que enquadrasse todas as iniciativas de assistência materno-infantil, como os seguintes corolários (Decreto-lei nº25936, 12 de Outubro 1935, base IV):

Em ordem de proteger a maternidade, além da cooperação derivada de se adoptarem medidas gerais de higiene e salubridade pública, o Estado promoverá, fomentará e auxiliará as seguintes formas de assistência:

- a) Combate às causas de degenerescência física, especificamente o alcoolismo e a sífilis;
- b) Difusão das noções de higiene da gravidez e da profilaxia preventiva contra os morbos que podem pôr em risco a vida ou a resistência orgânica dos nascituros;
- c) A assistência e socorro especial por ocasião do parto;
- d) Difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura, e a instituição de socorros especiais tendentes a reduzir a mortalidade infantil, derivada da ignorância ou insuficiência económica;
- e) Combate a todos os erros, aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação.

O texto legal não deixa de fazer referências claras à ideologia que sustentava a iniciativa da Defesa da Família, defendendo a família numerosa, a mulher como responsável pelo bem estar do lar e o domicilio como local privilegiado para o parto (Carneiro, 2003). Apesar da existência de verdadeiras maternidades desde 1911 (Coimbra), os nascimentos eram realizados na sua grande maioria no domicilio, por várias razões. Primeiro, os custos de um parto domiciliário eram menores e os serviços existentes não poderiam assumir o internamento para todos os nascimentos por falta de meios. Além desse aspeto económico, não era visto com bons olhos a mulher abandonar o lar a menos que fosse estritamente necessário: “Não é somente ao problema médico que se torna mester atender. O abandono do lar, mesmo temporário, é com frequência portador de graves inconvenientes para a integridade moral da família(...)”(Decreto-lei nº25936, 12 de Outubro 1935):Privilegiava-se assim a assistência ao domicilio através das “enfermeiras visitadoras” que, além de ajuda médica, deveriam também ser portadoras de boa moralidade e dos princípios ideológicos do regime.

No contexto da Defesa da Família, foram também organizadas as Jornadas das Mães de Família, que eram assumidamente jornadas de propaganda com o intuito de vangloriar os benefícios das famílias numerosas e alertar as autarquias, todas as instituições ligadas à saúde materno-infantil e a população no geral para a importância dos cuidados na maternidade.



Figura 6: 1ª Jornada das Mães de Família. A maternidade honra e glorifica a mulher, Ministério do Interior (1942)

Durante as primeiras jornadas, o modelo de família numerosa foi largamente discutido e promovida, como vemos na Figura 4. Durante os 2 dias que durou a iniciativa, foram realizadas formações para profissionais de saúde, mas também palestras e programas de rádio dirigidos à população no geral. Foram usados cartazes apelativos, panfletos com conselhos de saúde e de boa moralidade e difundidas quadras alusivas à maternidade, como por exemplo (Carneiro, 2003):

*Quem da saúde não trate,  
No tempo da gravidez,  
Pode ser que um filho mate,  
Pela sua estupidez.*

O veículo da assistência à maternidade era assim essencialmente ideológico, sem fazer propriamente referência ao direito à saúde e ao bem-estar, mas insistindo principalmente num objetivo comum, o de melhorar a pátria portuguesa, salvando uns recém-nascidos “da morte inglória e outros de uma existência que os inutiliza para o trabalho produtivo e para o futuro da Nação” (Carneiro, 2003).



### 3.2.2. As Maternidades

Como foi visto no capítulo I, a maternidade foi durante séculos um assunto da esfera privada, com um envolvimento muito reduzido da classe médica. Em Portugal, não foi exceção, já que a hospitalização dos partos só apareceu de forma mais concreta a partir do final do século XIX.

Mesmo assim, existia uma clara repulsa pelos hospitais, que eram locais associados à indigência e à morte. Não existiam instalações dedicadas especificamente à maternidade, o que levava mães e recém-nascidos a conviverem de muito perto com pacientes contagiosos, conduzindo a um acréscimo das mortes materno-infantis por doenças infecciosas. No momento do parto, só recorriam aos hospitais mulheres muito pobres que procuravam refúgio ou mulheres de estatuto elevado em situações de complicações médicas. Um parto em ambiente hospitalar estava assim revestido de conotações negativas, já que por uma razão ou outra, a sobrevivência de mãe e criança estava particularmente comprometida (Carneiro, 2003).

Através dessas experiências negativas com as parturientes, a classe médica desenvolveu a ideia de maternidade, como sendo um local onde existia a possibilidade de oferecer uma atenção específica a mães e crianças, sem haver uma convivência com o meio hospitalar propriamente dito. Gerou-se assim um movimento de criação de maternidades na Europa, principalmente nos países de vocação protestante, como a França, Inglaterra, Suíça e Alemanha. A partir daqui, houve um desenvolvimento dos saberes médicos no que diz respeito ao ato de nascimento e possíveis complicações. As maternidades passaram a ser cada vez mais procuradas, desenvolvendo assim três funções: dar apoio a mães e recém-nascidos num ambiente seguro; fornecer um porto de refúgio para as mães mais desfavorecidas; constituir um local de estudo e aprendizagem privilegiado para a classe médica.

Na Europa Central e do Norte, as maternidades eram cada vez mais populares e verificou-se uma queda acentuada nas taxas de mortalidade materna e infantil. Em Portugal, a mortalidade infantil rondava os 180‰ na viragem do século XIX, enquanto que a média dos restantes países de Europa ficava aquém dos 150‰. À luz de resultados favoráveis observados em países vizinhos, Alfredo da Costa iniciou uma campanha defendendo a criação de verdadeiras maternidades em Portugal, a partir de 1899 (Carneiro, 2003). Este defendia unidades de saúde independentes dos hospitais, que servissem o propósito de garantir um local seguro para grávidas de todas as classes sociais poderem usufruir de apoio médico e de albergue, caso

fosse necessário. Perante a pouca reação do Estado, foi a sociedade civil que se mobilizou para criar aquela que pode ser considerada a primeira maternidade portuguesa, que surgiu em Coimbra em 1911 por iniciativa dos estudantes de medicina. Tratava-se de um estabelecimento anexo à Faculdade de Medicina, mas que cumpria com todas as características que se esperavam de uma maternidade, incluindo um valioso local de aprendizagem e investigação para a classe médica (Carneiro, 2003).

Após a morte de Alfredo da Costa, o médico Costa-Sacadura continuou a sua luta para a constituição de uma maternidade em Lisboa, mas o projeto foi travado pela eclosão da primeira guerra mundial e teve um desenvolvimento moroso. Só em 1932 foi possível inaugurar a primeira maternidade de Lisboa, com 250 camas, à qual foi dado o nome do seu principal impulsionador, Dr. Alfredo da Costa. Esta instituição chegou com grande responsabilidade para melhorar a saúde das mães e dos recém-nascidos. Competia-lhe assim assegurar um serviço de obstetrícia e ginecologia, garantir um serviço de consultas externas que incluísse apoio à amamentação, consultas dedicadas aos recém-nascidos e consulta pré-nupcial, assim como organizar um serviço de assistência domiciliária.

Em 1938, e perante uma mortalidade infantil próxima dos 250‰ na Cidade do Porto, é inaugurada a Maternidade Júlio Dinis. Este projeto foi inspirado na maternidade de Lausanne na Suíça, que era uma das mais inovadoras de Europa.

É importante assinalar que ambas as maternidades surgiram já durante o Estado Novo, o que foi motivo para serem apresentadas como um instrumento de melhoria do povo português e de apoio ao crescimento do estado, garantindo mais nascimentos concretizados com sucesso. Alfredo de Magalhães, médico e ministro da Instrução, descrevia os cuidados materno-infantis como tendo mesmo um “carácter eugénico, nacional e económico” (Carneiro, 2003, p. 329)

No entanto, e apesar de claros interesses políticos e estratégicos, alguns meios mais conservadores foram mostrando o seu desagrado em relação às maternidades. Para a igreja católica principalmente, o nascimento era um assunto privado, que dizia respeito ao meio familiar e que não deveria afastar-se do lar, a menos que fosse estritamente necessário do ponto de vista médico. A igreja temia que levar a mulher sistematicamente para a maternidade

abrisse caminho para vários aspetos indesejados, como o afastamento do casal, a diminuição da nupcialidade com anonimato dos partos fora de casamento e o aborto encoberto de gravidezes indesejadas (Carneiro, 2003). Esta abordagem das maternidades era largamente sustentada pela máquina de propaganda da Defesa da Família, que encorajava todas as mulheres a manterem o parto no domicílio familiar, sempre que possível.

Por conservadorismo e também por limitação das vagas nas maternidades, a tradição do parto em casa manteve-se bastante presente durante o período ditatorial, já que em 1960 apenas 18% dos nascimentos aconteciam em estabelecimentos de saúde. Só a partir dos anos 70 se deu um crescimento marcado e contínuo do recurso a hospitais, com uma evolução exatamente inversa dos principais indicadores de saúde materno-infantil, como é visível nas ilustrações 6 e 7.

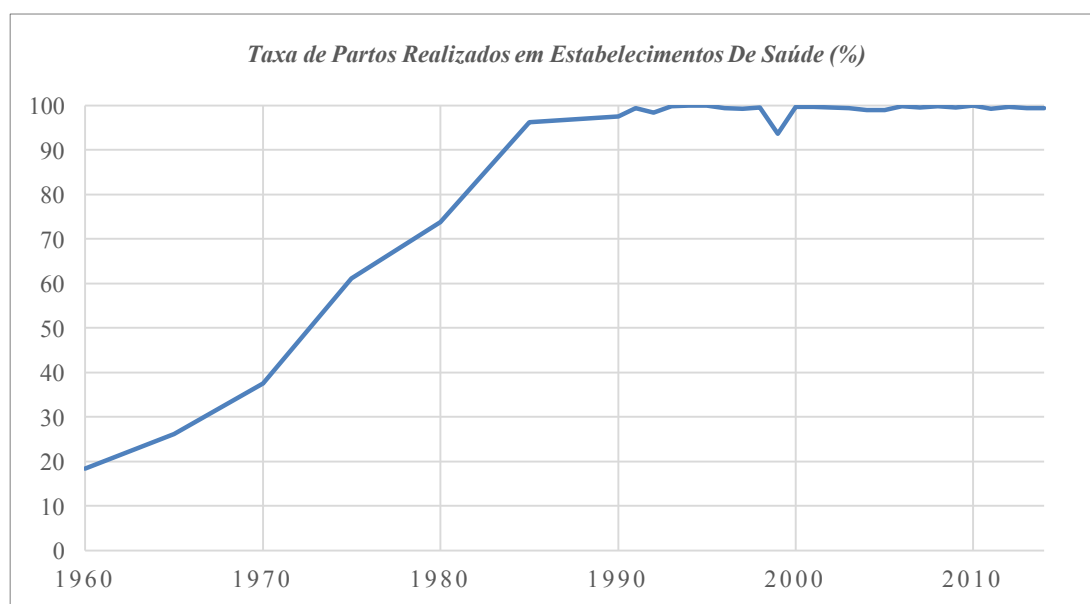


Figura 7: Evolução dos nascimentos em meio hospitalar 1960-2014, Fonte INE, Pordata

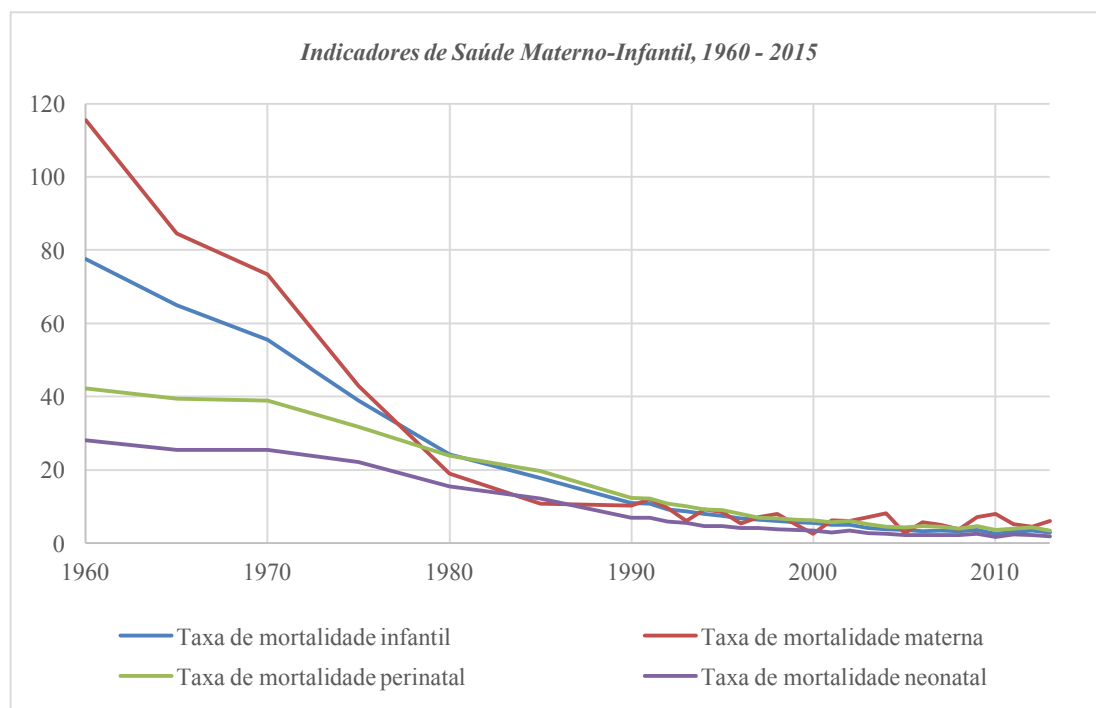


Figura 8: Taxa de mortalidade infantil em Portugal (%) 1960 - 2015, Fonte: INE, Pordata

### 3.2.3. O Instituto Maternal

Já nos anos 40, o Estado Novo estava ciente das lacunas existentes no que respeitava aos cuidados materno-infantis e deparava-se com uma mortalidade infantil que rondava os 150 óbitos por cada 1000 nados-vivos (Bandeira, 2004), ou seja, um resultado que significava cerca de 40 anos de atraso em relação à média europeia. Perante este quadro preocupante, as ambições eugenistas do governo de Salazar e os projetos de constituição de uma nação sólida e com força de trabalho estavam ameaçados. O Estado Novo avançou assim com a criação do Instituto Maternal em 1943. Apesar de persistir a ideia de que o local mais adequado ao nascimento era o lar familiar, o poder político reconhecia também que o número de mortes que aconteciam em redor do parto era alarmante e que era necessário criar uma intervenção sistemática, de apoio às mulheres e às crianças. No dia 2 de Fevereiro de 1943 é publicado em Diário do Governo, o Decreto-Lei nº 32651 (Decreto-lei nº 32651. “Diário do Governo. I Série, nº 26, cf Anexo D), que oficializa a criação do Instituto Maternal e descreve os seus poderes e competências.

Referindo-se às maternidades já existentes, o Decreto diz que “Deixaram estas de ser olhadas como simples casas de abrigo de peçadas ou câmaras de parturição, para serem havidas como centros promotores e orientadores das várias formas de assistência materno-infantil.”

“Não deve esta alcançar somente as curtas horas do nascimento, mas a vigilância da gravidez e do puerpério, cuja ação preventiva visa a defender e melhorar os frutos da descendência humana. E maior amplitude nos revela se do terreno da técnica passamos aos aspetos sociais.”

“Normalmente o domicilio é o lugar próprio para o nascimento dos filhos. Esse acontecimento caracteriza e favorece a intimidade do lar; o bem da família reclama que essa louvável prática se mantenha (...) será promovido o internamento nos casos anormais ou quando faltar o domicilio.”

As maternidades tinham funções diversas. Uma delas era a de assegurar uma “vigilância higiénica” e promover a assistência aos partos realizados em casa.

Devem conferir proteção às mulheres mais isoladas e desfavorecidas, para evitar que estas sejam “assaltadas pelas ideias negras do desespero, do aborto ou do infanticídio.”

Devem assegurar serviços pós-natais, que tinham por objetivo apoiar as mães na alimentação e cuidados aos recém-nascidos, promovendo o aleitamento da forma mais tradicional “a creche-lactário, que (...) instigasse, directa ou indirectamente, a substituir o aleitamento natural pelo artificial, viria prestar, higiénica e socialmente, um mau serviço.”

O Instituto Maternal foi criado com o intuito de coordenar as atividades das maternidades e de outras instituições que tivessem por base a assistência materno-infantil, sem propriamente procurar criar muitas mais unidades de médicas. Uma das preocupações sempre latentes era a manutenção da moralidade e das tradições familiares.

Este mesmo decreto instituiu uma nova figura na carreira de enfermagem, que é a enfermeira puericultora. A esta cabia não só assegurar que o nascimento e os cuidados médicos fossem corretamente executados, mas deveria ser também “mensageira da vida e defensora da gloriosa dignidade maternal”, colaborando assim com o Estado Novo para promover comportamentos considerados como dignos e aceitáveis.

A sede do Instituto passou a funcionar diretamente na Maternidade Alfredo da Costa, com a criação de delegações no Porto e em Coimbra.

O Instituto Maternal perdurou com algum sucesso até ser incorporado nos recém-criados Centros de Saúde, em 1971. Até essa altura, várias ações ligadas ao Instituto foram notáveis e contribuíram para uma melhoria da saúde das mães e recém-nascidos. Os cuidados ao domicílio, por exemplo, contribuíram fortemente para disseminar boas práticas de promoção da saúde e aumentar a educação das mulheres em prol do seu bem-estar. O Instituto teve também um papel muito importante na vacinação e na melhoria da alimentação.

#### 3.2.4. Programa Nacional de Vacinação

Outra das medidas que está frequentemente ligada à melhoria da saúde infantil é a vacinação.

A vacina é definida da seguinte forma pelo Dicionário de Epidemiologia (Last, 1988, p. 195): “Substância imunológica usada para imunização ativa pela introdução no corpo humano (ou animal), de um microrganismo infeccioso vivo mas atenuado, ou modificado, ou morto ou das suas toxinas. A vacina deve ser capaz de estimular resposta imunitária pelo hospedeiro a que é administrada, tornando-o assim total ou parcialmente resistente à infeção”.

Esta técnica, tal como muitas outras, foi descoberta por acaso, quando se notou que os homens expostos a uma doença infectocontagiosa das vacas, que aparecia sob forma de pústulas no animal, eram imunes à varíola. Em 1796, foi o médico Edward Jenner que deu início ao processo, fazendo experiências em humanos que deram resultados positivos contra a varíola. A palavra vacina deriva do latim *vaccina*, que significa vaca, devido à origem da descoberta. A vacinação foi evoluindo, nomeadamente com Louis Pasteur e Roberto Koch, que desenvolveram técnicas para isolar os agentes patogénicos e criar vacinas específicas (Ministério da Saúde, 2002).

Para além da promoção da saúde individual e do bem-estar, a vacinação tem vindo a desempenhar um papel fundamental na saúde pública, permitindo controlar a transmissão de doenças contagiosas e erradicar até algumas infeções, como a varíola, cujo o último caso data de 1977.

Em Portugal, a primeira vacina é utilizada em 1799, na senda das descobertas de Jenner. A técnica continuou a ser usada com alguma frequência. Ainda no século XIX, a Misericórdia de Lisboa foi a primeira a introduzir em Portugal a vacinação antivariólica em crianças, mas só em 1965 foi criado o Programa Nacional de Vacinação (PNV), que sistematizou a administração de vacinas consideradas essenciais, tornando-as gratuitas e acessíveis a toda a população (Ministério da Saúde, 2002). As vacinas antitetânico e antidiftérica passaram até a ser obrigatórias para a entrada na escola primária. Assistiu-se assim a uma acentuada redução da morbidade e mortalidade por doenças alvo de vacinação.

### 3.2.5. A Associação Para o Planeamento da Família

Outra das estratégias que, em parte, foi usada para diminuir a mortalidade infantil e materna é o planeamento familiar. Este pode ser definido no seu sentido restrito como “a adoção voluntária de práticas que, através do espaçamento dos nascimentos, visam proporcionar uma melhor saúde à mãe e aos seus filhos.” (Nazareth, Explosão demográfica e planeamento familiar : subsídios para uma política de defesa da vida em Portuga, 1982, p. 111). Enquanto conceito, o planeamento familiar é bastante recente, mesmo que sempre tenha havido preocupação em controlar os nascimentos em certa medida, principalmente por parte das mulheres. A partir dos anos 60, vários fatores levaram a que esta preocupação tenha saído da esfera familiar e tenha começado a ser pública, nomeadamente o crescimento demográfico começou a preocupar os governos, que iniciaram a promoção de estratégias de controlo da população na maioria dos países desenvolvidos. Outros movimentos sociais feministas e a crescente laicidade dos estados também levou a que houvesse mais mulheres a procurar meios eficazes para planear a constituição das suas famílias.

Em Portugal, essa intervenção apareceu timidamente no final dos anos 60, ainda durante a ditadura. Neste contexto, fazer planeamento familiar era ainda um grande desafio, já que os métodos contraceptivos eram estritamente proibidos, criminalizando a sua venda e divulgação através do Decreto-lei nº 31171 de Julho de 1942 (*cf* Anexo E). Já em 1962, a pílula contraceptiva começou a ser comercializada nas farmácias portuguesas, mas só poderia ser prescrita sob pretexto de regulação do ciclo menstrual (Almeida, 2004). Nalguns serviços do

Instituto Maternal existiam também alguns cuidados de saúde que promoviam o controlo dos nascimentos e vários médicos iniciaram o debate, defendendo a importância de promover os nascimentos em função do estado de saúde das mulheres e das condições socioeconómicas do casal. Alguns destes médicos pioneiros criaram a Associação para o Planeamento Familiar (APF), que acabou por ser fundada em 1967 por uma equipa multidisciplinar. Rapidamente, a APF filiou-se na *Internacional Planned Parenthood Federation*, que fomentava o movimento em favor do uso de contraceptivos a nível mundial. Após a Conferência de Alma-Ata, também foram realizados vários colóquios internacionais que promoviam o planeamento familiar como parte integrante dos cuidados de saúde primários (Almeida, 2004).

No entanto, em Portugal tal como em vários outros países desenvolvidos, o planeamento familiar entrava em colisão com as ideias eugenistas do estado, que procurava constituir uma nação com um elevado número de elementos, capazes de participar no crescimento económico da nação. Até 1974, o trabalho da APF foi levado a cabo com muitas dificuldades, sendo que os elementos da associação foram proibidos de promover o uso da pilula contraceptiva e viram os seus fundos monetários bloqueados como forma de pressão. Apesar de um poder político desfavorável e de fortes contestações da Igreja Católica, a APF conseguiu instaurar consultas de planeamento familiar em vários hospitais em Lisboa e no Porto. Ainda antes da revolução, iniciaram também um trabalho de disseminação da informação através de alguns meios de comunicação social e de formações, para profissionais de saúde, mas também para a população no geral (<http://www.apf.pt/quem-somos/historia>).

O final da ditadura em 1974 criou um contexto exponencialmente mais favorável ao desenvolvimento do trabalho da APF. O direito ao planeamento familiar foi inclusive reconhecido na nova Constituição de 1976, no Artigo 67º que aborda a família, dizendo o seguinte:

*O Estado reconhece a constituição da família e assegura a sua protecção, incumbindo-lhe, designadamente:*

(...)

*d). Promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade consciente;*

(...)



Em 1975 foi criada a Comissão para a Condição Feminina (atualmente Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género), organismo estatal, que colaborou em diversas iniciativas em prol do planeamento familiar, juntamente com a APF. A nível internacional, existia também um particular entusiasmo em relação aos assuntos ligados à condição da mulher e ao planeamento familiar, o que permitiu a Portugal receber financiamento e formação por parte das Nações Unidas para diversos projetos na área da saúde feminina (Almeida, 2004). Um desses projetos realizou-se em Fareginhas, uma aldeia do Concelho de Viseu, entre 1980 e 1982, com financiamento a fundo perdido pela ONU, através do Fundo para as Actividades da População, e gestão da Comissão da Condição Feminina (Gomes, 1992).

Após a sólida implementação do planeamento familiar como parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, a APF alargou progressivamente a sua ação à educação sexual, lutando contra a maternidade precoce e não planeada, e participou também nas iniciativas que levaram à despenalização do aborto.

Todas estas intervenções tiveram grande importância na melhoria da saúde materno-infantil, possibilitando às famílias decidir em que condições iriam alargar o seu núcleo. Permitiu também diminuir drasticamente o número de mortes e de complicações decorrentes de abortos clandestinos e executados em condições perigosas, o que ajudou a diminuir a taxa de mortalidade materna. Foi também um ponto de viragem, principalmente para a liberdade individual das mulheres.

### 3.2.6. Outros Fatores para a Diminuição da Mortalidade Infantil

Como já vimos, a mortalidade infantil não pode ser abordada de forma hermética, já que é influenciada por uma multitude de fatores, mas também ela influencia os modos de vida, as crenças, os comportamentos, a economia e até mesmo a imagem que se tem de um determinado país.

A OMS destaca Portugal como um dos países que apresentou melhores resultados na diminuição da mortalidade no geral, mas com particular ênfase para a mortalidade infantil,

que foi reduzida para metade a cada 8 anos, ao longo dos últimos 40 anos. Como podemos ver na Figura 8, Portugal foi um dos 5 países a nível mundial que conseguiu reduzir em mais de 80% a sua mortalidade nas crianças até 5 anos, entre 1975 e 2006 (Organização Mundial de Saúde, 2008).

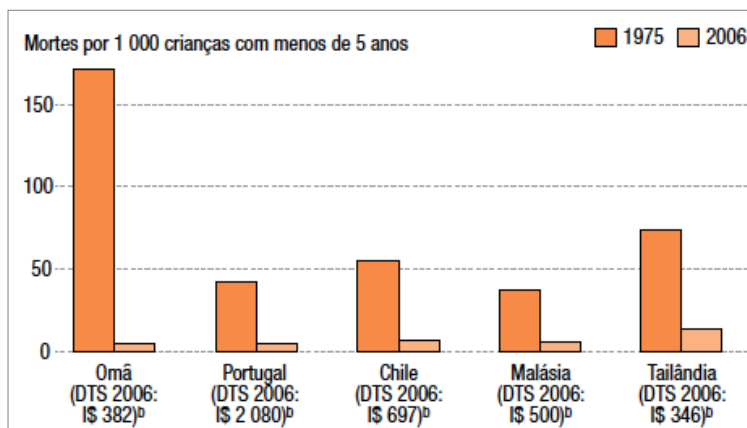


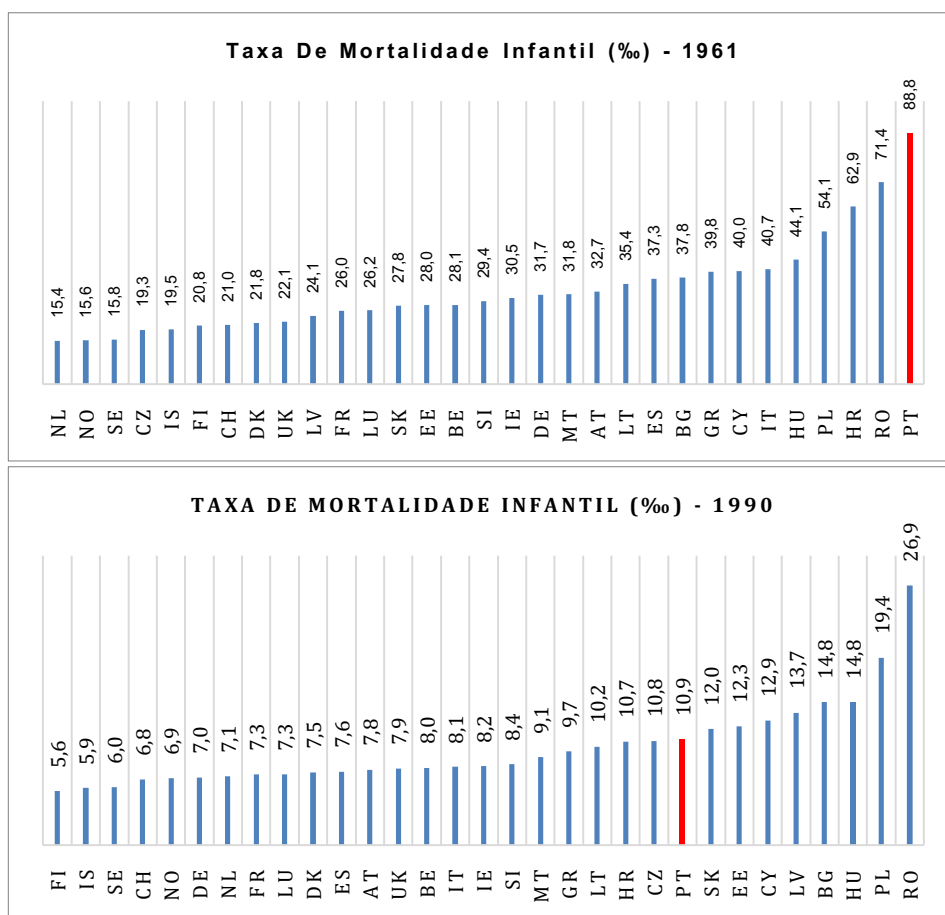
Figura 9: Países seleccionados como os que tiveram uma melhor performance na redução da mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade em, pelo menos, 80%, por regiões, 1975-2006. Fonte: OMS, 2006

Para explicar este percurso muito positivo, a OMS evidencia a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1979, enquanto reflexo de uma política de saúde baseada nos princípios dos Cuidados de Saúde Primários, que conseguiu seguir – e até mesmo antecipar no caso da criação dos centros de saúde em 1971 – as linhas condutoras para a melhoria do estado de saúde da população, na sua aceção holística de bem-estar geral. (Organização Mundial de Saúde, 2008)

O investimento financeiro na área da saúde é sem dúvida importante, no entanto não é um fator sobre o qual seja possível fazer uma leitura linear, já que maior despesa não é obrigatoriamente sinónimo de mais saúde. Em 1985, a Fundação Rockefeller patrocinou uma iniciativa chamada “Boa saúde a custos reduzidos” (*Good Health at Low Cost*) que tinha por objetivo propor soluções para que os países, então designados como “em vias de desenvolvimento”, tivessem acesso a medidas de melhoramento em saúde. Foi demonstrado que uma boa gestão e a utilização de estratégias-chave tinham mais impacto do que gastos muito elevados. Mais recentemente, o mesmo estudo foi aplicado à Tailândia, que mostrou melhores

resultados na diminuição da taxa de mortalidade infantil dentro de um grupo de 30 países com o PIB mais baixo.

Os progressos no âmbito europeu são notórios no gráfico abaixo (Figura 10). É possível ver que, em 1960, a taxa de mortalidade infantil portuguesa estava largamente acima de todos os outros países europeus, apresentando uma diferença de 73,4 pontos percentuais em relação à Holanda, melhor qualificada, mas também uma diferença significativa de 17,4 em relação ao penúltimo país, que era a Roménia. Em 1990, além de ter conseguido uma diminuição muito acentuada, passando de 88,8‰ para 10,9‰, Portugal conseguiu também encurtar bastante a diferença com o primeiro classificado. Já em 2014, a taxa de mortalidade portuguesa era de 2,9‰, estando muito bem classificado e em equilíbrio com a realidade europeia.



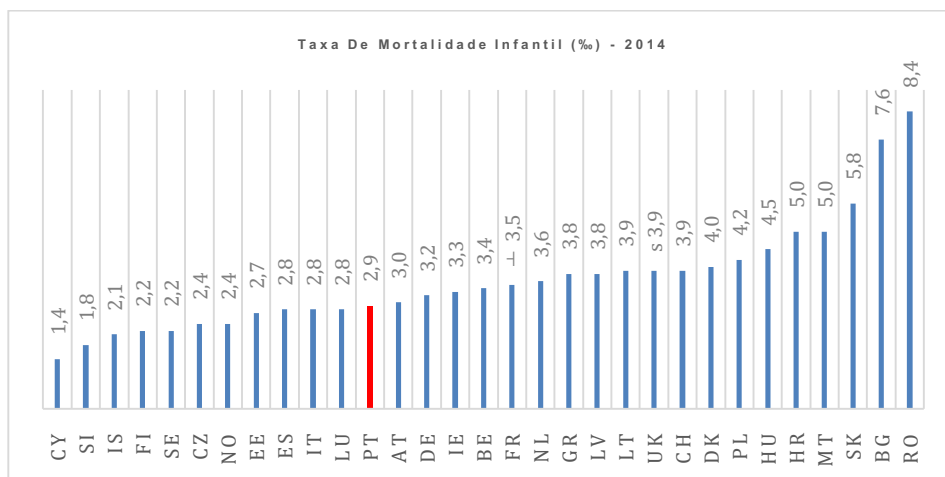


Figura 10: Taxa de Mortalidade Infantil na Europa 1961/1990/2014, Fonte: INE, Pordata

Além do investimento (financeiro e estratégico) em saúde por parte do estado, outros fatores são frequentemente apontados como tendo um papel assinalável na melhoria da saúde materno-infantil e, subseqüentemente, na diminuição da mortalidade infantil. Geralmente, esses fatores são exatamente os mesmos do que aqueles que são usados para avaliar parcialmente a qualidade de vida de uma determinada região: nível de educação, qualidade da alimentação, qualidade das infraestruturas de saneamento, qualidade da água e o acesso ao planeamento familiar. É fundamental também ter em mente que todos estes fatores são indissociáveis uns dos outros. Se isolarmos dados de escolarização das mães e taxa de mortalidade infantil, vamos ver que existe uma correlação negativa, ou seja, quando o nível de educação das mães sobe, a mortalidade infantil diminui. No entanto, essa descida não tem unicamente a ver com a aquisição de melhores capacidades de aprendizagem, mas também com melhores condições financeiras que podem emergir em consequência de maior nível de educação, o que por sua vez vai permitir o acesso a melhor alimentação e habitat de melhores condições. Um maior nível de educação deixa pressupor também um maior número de maternidades planeadas e desejadas.

### **3.3. Entrevista à Enfermeira Rosário Horta**

Para além das informações obtidas através de bibliografia, enquadramento legal e documentos vários, a história da melhoria dos serviços de saúde portugueses e das várias iniciativas em prol da saúde materno-infantil pode ser contada na primeira pessoa. Por essa razão, foi realizada uma entrevista à Enfermeira Rosário Horta, que foi enfermeira de saúde pública durante o processo revolucionário e a construção do Sistema Nacional de Saúde.

#### **3.3.1. A Entrevista**

##### **Pode falar-me um pouco do seu percurso profissional?**

*Numa fase inicial da minha carreira, trabalhei na área curativa nos hospitais, no IPO nomeadamente durante cerca de 4 anos. Mais tarde, orientei-me para a saúde pública, em Sintra de 1975 a 1978. Aqui já havia iniciativas de cuidados de saúde primários, que vieram a ser largamente difundidos pela declaração de Alma-Ata, à posteriori. Em Portugal, já estávamos a fazer esse trabalho, com o intuito de criar o Serviço Nacional de Saúde.*

##### **Como profissional de saúde, tinha a noção nessa altura que estava a fazer um trabalho pioneiro, havia essa noção?**

*Sim, a nossa forma de trabalhar visava trabalhar perto das comunidades, mas também com elas. Por isso o conceito de participação estava muito presente, assim como o conceito de trabalho de proximidade.*

*Depois trabalhei num projeto de planeamento familiar, chamado planeamento familiar integrado, que foi financiado por um programa da ONU. No fundo era um projeto de trabalho comunitário. Era um projeto piloto e a ideia era poder multiplica-lo mais tarde. Passou-se numa aldeia da Beira Alta, Fareginhas, de 1980 a 1982 e era claramente um trabalho multidisciplinar, que íamos fazer na aldeia, com as pessoas. Realizou-se no âmbito da Comissão da Condição feminina, que hoje em dia é conhecida como a Comissão para a*

*Igualdade de Género. Eu fui destacada da direcção-geral para esse projeto. Foi muito interessante. O cabeçalho era o planeamento familiar, mas no fundo foi também uma forma de financiar outros tipos de intervenção com aquela comunidade, porque era um projeto integrado, que também estava ligado ao ministério da agricultura e da educação por exemplo. E esta aldeia foi escolhida porque queríamos um local onde os indicadores de saúde fossem mais baixos e onde a intervenção fosse mais necessária e onde fosse possível fazer uma maior diferença.*

*Portanto, começamos por ouvir a comunidade e perceber quais eram as necessidades que para eles eram mais urgentes. A zona era difícil, as populações eram muito religiosas, portanto estávamos à espera de alguma resistência.*

*Depois voltei para os centros de saúde, nomeadamente o centro de saúde de 7 rios, onde aí me dediquei a uma intervenção mais urbana, já que fazíamos um trabalho de intervenção com 14 bairros clandestinos, muito trabalho de intervenção comunitária de fundo. Portanto passava pela vacinação, saneamento básico e todo o tipo de apoios às famílias.*

**O seu interesse inicial pela saúde feminina e o planeamento familiar surgiu naturalmente ou houve algum motivo particular?**

*Logo quando acabei o meu curso de enfermagem, estava dividida entre duas áreas que me interessavam imenso, que eram a saúde pública e a saúde mental. Depois cresci a pensar nas questões das mulheres, que surgiram mais nessa altura, antes do fim da ditadura. E a saúde materna e infantil eram questões-chave da saúde pública. Portanto, quando tive de decidir para onde ir trabalhar, a minha prioridade foi fugir do privado e trabalhar com as pessoas que precisavam mais. Depois, inscrevi-me em saúde mental e saúde pública e foi a saúde pública que me chamou primeiro.*

*Depois trabalhei ainda no centro de saúde de Campo de Ourique, com o projeto no Casal Ventoso. Finalmente fui para a ARS, porque havia um projeto de intervenção comunitária com unidades móveis, dirigido às comunidades desfavorecidas, nomeadamente ligado ao planeamento familiar e saúde materna. Estive aí vários anos, de 1996 a 2000 e depois fui para a coordenação e acabei por me envolver também na intervenção com a população imigrante e o acesso aos serviços de saúde. Havia, portanto, muitas dificuldades de acesso e,*

*juntamento com o ACIDI e o CNAI, fazia um trabalho de ligação com esses serviços. E foi aí que terminei a minha carreira. Uma parte muito interessante do meu trabalho na ARS era a formação das equipas multidisciplinares e também o trabalho de vacinação.*

*O trabalho de intervenção comunitária foi sempre muito desafiante, porque nunca foi muito reconhecido. Quero dizer que, como não é um tipo de trabalho que apresenta resultados facilmente mensuráveis ou que gera alguma riqueza imediata, também não há muito investimento. Por isso eramos pouco e tínhamos de ser multifacetados e quem já tinha mais experiência tinha de dar formação. Por essa razão, a partir de uma certa altura, comecei sistematicamente a dar bastante formação a enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, ...o que era muito interessante também.*

**Em que ano exatamente começou a ser enfermeira?**

*Comecei a trabalhar em 1973. Apanhei uma época muito interessante em termos de saúde materno-infantil. Nessa altura, quem prestava cuidados à comunidade era a caixa—previdência, que eram cuidados só curativos, e os centros de saúde, que eram ainda pouco. A integração oficial das caixas-previdência com os centros de saúde só aconteceu por volta de 1982, já depois de ter sido criado o Serviço Nacional de Saúde. Mas quando estava no centro de saúde em Sintra já havia várias iniciativas e tentativas para fazer um trabalho integrado, juntamente com as caixas. Não fazia sentido estarmos a trabalhar cada um para seu lado.*

**Enquanto enfermeiro, sentiu alguma rutura evidente, alguma diferença imediata, após a revolução?**

*Quando foi o 25 de Abril, eu estava no IPO, a iniciar a minha carreira. Aí houve muitas alterações, muitas mudanças nos serviços, nomeadamente ao nível dos direitos dos utentes, com alguma dinâmica. Por exemplo, arranjou-se uma creche para os filhos dos doentes e também começou a haver uma participação dos utentes nas suas terapêuticas. Como enfermeira, abriu-se um campo que parecia inesgotável. Antes do 25 de Abril, havia muito pouca assistência. Por exemplo, só as pessoas de nível social mais elevado é que tinha acesso à assistência na gravidez e no parto. Nessa altura sentiu-se que se tinha aberto uma porta para conseguir trabalhar muito mais com as comunidades.*

*Entrei como voluntária na APF desde 1975, mas também fui também militante do aborto, com um pequeno grupo de pessoas, que queriam evitar a quantidade imensa de mortes maternas por complicações de abortos feitos em vãos de escada, sem as menores condições. Por volta de 1972 veio cá um grupo de franceses ensinar-nos a fazer o aborto por aspiração, que era mais seguro. Mas pronto, tudo isto não deixava de ser muito clandestino. Depois do 25 de Abril, houve assim uma altura durante a qual achávamos que podíamos fazer muita coisa, fizemos até um programa de televisão a falar do aborto, a explicar como era feito e quais os riscos. Naturalmente depois tivemos problemas com a Igreja.*

*APF teve um trabalho importantíssimo, de formar profissionais de saúde na área do planeamento familiar, aproximar-se das comunidades dos bairros e começar a fazer educação sexual com os jovens. Houve várias lutas encabeçadas pela APF, que é uma associação incrível.*

*Na área da vigilância da saúde materna e infantil, posso dizer que fomos incríveis. Todos os profissionais de saúde, dos centros de saúde, a APF e a ONU tiveram contribuições muito importantes para fazer mudar os indicadores. Não foi fácil, até porque as pessoas não estavam habituadas a recorrer a centros de saúde, por isso trazer as pessoas era já um trabalho em si.*

**Voltando ao trabalho desenvolvido na Beira Alta, sentiu algumas barreiras ou impedimentos por parte da comunidade? Foi difícil levar conceitos de planeamento familiar aquela população, nomeadamente aos homens?**

*Não, não foi muito difícil nesse sentido, nem estávamos à espera de tanta receptividade para ser sincera. Foi engraçado, porque tínhamos um filme explicativo para passar, que veio das Nações Unidas. Aliás, nessa altura tivemos cá várias pessoas das Nações Unidas muito interessantes, que nos vieram dar formação e partilhar projetos que tinham sido aplicados nos bairros desfavorecidos em Nova York por exemplo. Portanto, quando anunciamos que íamos projetar um filme com a temática de planeamento familiar, começou a correr um boato na aldeia que dizia que era um filme onde “se via tudo”, ou seja, as pessoas já estavam a pensar que íamos passar um filme pornográfico ou algo assim. Mesmo assim a sessão estava cheia, de mulheres e homens.*



*Portanto, organizamos sessões coletivas de informação, mas também para recolher informação e para perceber quais eram as necessidades. Mas também íamos a casa das pessoas, elas pediam para irmos lá a casa conversar com elas, mulheres e homens, porque havia uma necessidade enorme, era até comovente ver a iniciativa que vinha das pessoas e os pedidos que nos faziam. Nessa altura, as famílias sentiam que tinham muito poucas opções nesse aspeto, eram muito católicos e tinham pouca informação. Além do mais eram pressionadas por grupos ultraconservadores da Igreja. Esses grupos faziam reuniões para casais e tudo mais, promovendo a natalidade. Portanto, nós antes de começarmos, reunimos com todos eles, com os padres também, ninguém foi excluído. O projeto foi apresentado a toda a gente, incluindo centros de saúde, presidente da câmara, junta de freguesia igrejas e todos os parceiros. Aí tivemos algumas reações terríveis. Por exemplo, já estávamos na aldeia quando o Bispo de Lamego decidiu chamar a presidente da Comissão da Condição feminina porque havia uma série de pessoas que diziam que nós íamos abortar as mulheres, laquear as trompas e fazer uma série de coisas que iam impedir as pessoas de ter filhos. A presidente foi então chamada para prestar contas e não foi fácil convencê-lo. No entanto, os padres estavam do nosso lado, a 100%, porque conheciam as populações e as dificuldades que passavam. Trabalhávamos também com professores da primária, que foram parceiros muito importantes. Eles tinham um papel quase de mediadores, porque conheciam muito bem as populações, mas também nos ajudaram em várias ações, porque o nosso trabalho também passou pela alfabetização. Um desses professores foi acusado pelo Bispo e o presidente da câmara de ser homossexual, o que foi no fundo um pretexto para colocar entraves ao projeto. Felizmente, essas acusações não foram avante e não houve verdadeiras repercussões no nosso trabalho. Mas foi difícil, porque o poder político ali era essencialmente de direita, por isso muito conservadores naquela altura e tentavam opor-se a estas mudanças. Por outro lado, foi também por isso que escolhemos essa zona, porque devido às condições socioeconómicas e culturais, as populações iriam ter muitas dificuldades em melhorar as suas vidas se não houvesse qualquer intervenção externa.*

**O seu discurso é muito positivo e entusiasta, isso significa que quando olha para trás tem o sentimento de que participou numa fase muito importante para a melhoria da saúde em Portugal?**

*Sim, sem dúvida. Foi feito um trabalho muito importante e havia sempre muito respeito pelas pessoas. Nós estávamos atentos ao que as populações queriam e precisavam, tanto nos centros de saúde, nos trabalhos nos bairros e em Fareginhas. Houve muita aprendizagem no terreno, não aplicávamos fórmulas, estávamos em constante adaptação. E os elementos da comunidade tinham uma participação ativa, no verdadeiro sentido da palavra. Em Sintra por exemplo tínhamos uma coisa que eram os cadernos das aldeias, onde algumas pessoas registavam tudo, ou seja, faziam a contagem das pessoas da aldeia, os nascimentos, as mortes e os principais problemas.*

*A construção do Serviço Nacional de Saúde também foi muito interessante.*

**Sentiu que havia alguns entraves a essa participação? Por exemplo por parte dos médicos, que geralmente eram vistos como autoritários e algo paternalistas?**

*Sim, havia sim. Os médicos eram um bocado “os deuses”, então as pessoas não contestavam nem procuravam intervir. No entanto, em 1982 surgiu o médico de clínica geral e familiar. Geralmente esses médicos eram pessoas muito interessantes, que tinham também outra sensibilidade para os assuntos comunitários. Os próprios utentes notaram a diferença. Aliás, eu estava a fazer uma formação em saúde pública nessa altura e fiz um trabalho sobre as representações do médico de família. Fiz inquéritos a muitos utentes e as respostas eram extraordinárias: é meu amigo, é meu irmão, até me ausculta e tudo, conversa comigo, ... Porque antigamente as consultas eram muito rápidas e não havia grande contato com o paciente. O conceito de médico de família ajudou muito a melhorar a relação médico-utente, mas também com os restantes profissionais, havia mais abertura e predisposição.*

*Na saúde materno-infantil, a verdade é que foi feito um trabalho muito importante e muito bom. Havia profissionais excepcionais, um belíssimo trabalho na vacinação e no planeamento familiar. Mas em paralelo, sentiu-se também uma grande melhoria nas condições de vida. Algumas enfermidades pura e simplesmente desapareceram porque as pessoas viviam em melhores condições de higiene, mais espaço, mais limpo, mais seguro.*

**Ainda durante a sua prática profissional, sentiu que houve alguma rutura, alguma diminuição desse entusiasmo ou menor investimento por parte dos profissionais ou até mesmo por parte da classe política?**

*Sim, quero dizer, houve algum. A saúde materna e infantil é um assunto mais fácil, porque sensibiliza mais talvez e porque se traduz em números concretos. Mas a saúde pública no geral encontrou dificuldades, nomeadamente durante o governo de Cavaco Silva, começou a haver mais dificuldades. Ainda agora, há um desinvestimento da saúde comunitária. Tenho a sensação que por vezes nos esquecemos que é preciso trabalho para garantir os direitos humanos. E há um certo preconceito contra as pessoas nos bairros, há a ideia que as pessoas são preguiçosas. O nosso sistema é de redistribuição e pagamos impostos para muita coisa, uma delas é podermos viver numa sociedade solidária onde os direitos humanos são garantidos, mas por vezes as pessoas não têm essa consciência.*

### 3.3.2. Análise da Entrevista

Em entrevista, a Enfermeira Rosário Horta ilustrou diversas temáticas que tinham já sido abordadas através da literatura e documentação, no presente capítulo assim como nos anteriores:

**1. A intervenção participativa:** este conceito tem vindo a ser debatido na esfera do desenvolvimento desde os anos 60, sendo oficialmente aplicada à intervenção em saúde desde Alma-Ata. Segundo a entrevistada, era muito difícil aplicar uma intervenção participativa antes de Abril de 1974, já que o sistema de saúde era muito paternalista no seu conjunto. Após a revolução, a liberdade estendeu-se aos serviços de saúde, beneficiando tanto os profissionais como os utilizadores, que passaram a ter uma voz ativa nas suas terapêuticas e puderam expressar as suas necessidades.

**2. A importância da ação das Nações Unidas:** como vimos, a ONU, através das suas várias agências especializadas, teve uma intervenção internacional fundamental, que também foi importante em Portugal. Após o 25 de Abril, com maior abertura ao exterior, Portugal recebeu apoio financeiro e técnico, o que permitiu a execução de projetos de sucesso na área da saúde. Um deles, no qual participou a Enfermeira Rosário Horta, foi feito numa aldeia da Beira Alta (Fareginhas) e permitiu uma ação alargada, contribuindo para a melhoria das condições de vida naquela região. Além do apoio financeiro que tornou possível a concretização do projeto, a entrevistada destaca também a formação que toda a equipa recebeu por parte de elementos das Nações Unidas. Essa experiência positiva é reforçada por Bertina Sousa Gomes, pertencente à

Comissão para a Condição Feminina, que fala de grandes melhorias em termos de saúde feminina, mas também na área da educação, do associativismo e da consciência social (Gomes, 1992).

**3. A importância do planeamento familiar:** para a enfermeira Rosário Horta, este aspeto esteve muito presente na evolução da intervenção em saúde. Além do projeto de Fareginhas, que tinha por chapéu o planeamento familiar, a entrevistada refere claramente que a disseminação dos meios contraceptivos permitiu melhorar os indicadores de saúde. Nomeadamente, a prática de aborto clandestino por profissionais treinados e em condições de higiene apropriadas permitiu impedir que muitas mulheres grávidas morressem ou ficassem com sequelas graves.

**4. A importância dos centros de saúde e da figura do médico de família:** em 1971, ainda antes de Alma-Ata fornecer linhas diretrizes para os cuidados de saúde primários, foram criados os centros de saúde em Portugal. Segundo a Enfermeira Rosário Horta, o trabalho desenvolvido nos centros de saúde ia muito para além dos cuidados curativos. Começou a fazer-se intervenção comunitária para promover a saúde preventiva, com equipas multidisciplinares, seguindo uma lógica de participação mais uma vez. O médico de saúde familiar apareceu também como uma figura mais sensível aos assuntos sociais e que ajudou a alterar a relação médico/paciente. Segundo a entrevistada, alguns pacientes até descreviam o seu médico como um “amigo”, em quem poderiam depositar o máximo de confiança.

**5. Necessidade de enfrentar oposições ideológicas:** mesmo que o projeto se tenha iniciado 6 anos após o fim da ditadura, a Enfermeira Rosário Horta relata que a Igreja e o poder político local exerceram uma forte oposição ao trabalho de planeamento familiar realizado em Fareginhas. Como vimos na história dos cuidados materno-infantis em Portugal, o conservadorismo político e a ideologia religiosa impediram que os indicadores acompanhassem o progresso médico, já que o nascimento e a reprodução eram tidos como fenómenos sagrados, da esfera privada, que deveriam ter o mínimo possível de intervenção médica.

**6. Progresso positivo da saúde em Portugal:** finalmente, olhando para os indicadores e para o material legal ligado à saúde, podemos perceber o quão Portugal evoluiu nessa área, principalmente a partir do início dos anos 70. Segundo a vivência da Enfermeira Rosário Horta, fica claro que esse progresso foi real e que era notório para os profissionais envolvidos. A entrevistada relata um ambiente de grande motivação e vontade de mudar a realidade e predisposição para estar “em constante adaptação”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No ponto de partida da presente investigação, foram colocadas duas questões: quais foram as medidas adotadas por Portugal que levaram a uma acentuada e rápida diminuição da taxa de mortalidade infantil e quais as razões internas e influências externas que contribuíram para um investimento reforçado na área da saúde materno-infantil?

Após realização das várias pesquisas necessárias à redação desta dissertação, é possível responder a ambas as questões, ou pelo menos elaborar um esboço de resposta.

Como vimos, o Estado Novo tinha verdadeiras preocupações ligadas à forte mortalidade infantil. Apesar do país se encontrar bastante isolado e “orgulhosamente só”, era feita uma comparação com os indicadores de saúde materno-infantil dos restantes países europeus e as conclusões eram alarmantes. Em 1940, a mortalidade infantil rondava os 150‰ em Portugal, comprometendo o desenvolvimento do país, já que esse resultado representava cerca de 40 anos de atraso em relação a boa parte dos países europeus. Mas a saúde não está ligada apenas ao lado mais humano do desenvolvimento, já que é em grande parte um instrumento do desenvolvimento económico “A Saúde é uma condição essencial para os cidadãos poderem ter uma vida social e economicamente produtiva”. (George, 2004, p. 16). Esta elevada mortalidade comprometia as ambições eugenistas do regime, que queria, à semelhança de outros regimes totalitaristas do século XX, aumentar a população com elementos saudáveis e aptos para o trabalho. Com a Segunda Grande Guerra e o aumento do mercado exportador português, o estado via como indispensável garantir o aumento demográfico, para garantir a mão de obra necessária ao enriquecimento do país.

Perante os interesses de carácter económico, e também sob pressão de vários médicos, são criadas as primeiras verdadeiras maternidades portuguesas, ainda nos anos 30. Estes novos serviços de saúde mudaram o paradigma da saúde materno-infantil. Constituíram soluções adequadas para apoiar mães e recém-nascidos, sem que fossem internados juntamente com doentes infectocontagiosos, mas também sem estarem no seu próprio domicílio, longe de qualquer assistência médica. As maternidades abriram várias possibilidades, para melhorar os conhecimentos médicos, mas também para fornecer o local seguro para as parturientes. A partir de aqui, as intervenções foram se desenrolando, em simultâneo com uma progressiva

melhoria das condições de vida. No entanto, as condições favoráveis à melhoria da saúde materno-infantil foram negativamente balanceadas pela ideologia política e a grande influência da Igreja Católica. O regime de Salazar tinha a família como um dos seus pilares de sustentação e não queria correr o risco de perturbar a harmonia familiar ao afastar a mulher do seu lar durante alguns dias, a cada nascimento. Por essa razão, mas também pela existência de um número limitado de equipamentos, o parto ao domicílio continuou a ser promovido, sendo um dos preceitos para a ação do próprio Instituto Materno. Estes avanços e retrocessos fizeram com que Portugal melhorasse os seus indicadores de saúde, mas tivesse mesmo assim muita dificuldade em atingir o nível da maioria dos países europeus.

Só a partir de 1974, com o fim da ditadura, foi possível acelerar os progressos e impulsionar os projetos que começavam a surgir. A criação do Sistema Nacional de Saúde, um dos grandes projetos da recente democracia, foi um marco assinalável, ao qual a diminuição da taxa de mortalidade infantil está bastante ligada. Com o acesso tendencialmente gratuito e universal aos serviços de saúde, foi possível melhorar o estado de saúde geral da população e instituir definitivamente um sólido acompanhamento das grávidas e recém-nascidos. Por outro lado, o planeamento familiar generalizou-se e tornou-se facilmente acessível. O livre acesso foi também acompanhado por formação e divulgação junto das comunidades, trabalho desenvolvido em grande parte pela APF, mas também pelas equipas dos centros de saúde.

Houve assim uma intervenção multifocal, que passou também pelo plano nacional de vacinação, pelo aumento geral de rendimentos e aumento da escolarização. Não é possível medir o impacto que cada tipo de intervenção teve sobre a taxa de mortalidade infantil, já que não foram aplicadas isoladamente, mas é inegável que todos os aspetos que tiveram um contributo na melhoria das condições de vida, influenciaram positivamente o indicador em estudo. O fato de usar o plural no título da dissertação – caminhos para a diminuição da mortalidade infantil – é um intento de ilustrar que não se tratou de um percurso linear, mas sim de várias estradas diferentes. Como também referiu a Enfermeira Rosário Horta, a saúde materno-infantil era de fato uma preocupação, que não só resistiu às diversas mudanças de poder político, mas que estava presente de forma mais ou menos evidente, em muitas ações de saúde e educativas.

No que diz respeito à hipótese de existirem eventuais influências externas, tal como colocada

na segunda questão de partida, a investigação mostrou algumas evidências disso. Primeiro, a intervenção na área da mortalidade infantil foi motivada por comparação com países vizinhos. Havendo uma tal discrepância, causa um sinal de alerta, que levou à abertura do estado novo para iniciar algumas ações. A criação das maternidades teve também como ponto de referência a Europa central, principalmente a Suíça, que acabou por servir de modelo para a construção da primeira maternidade do Porto. Por último, podemos falar de uma forte influência por parte das agências das Nações Unidas. Alma-Ata e Ottawa tiveram um efeito benéfico na saúde portuguesa, já que levaram à criação de projetos com financiamento, que viriam a ser aplicados em Portugal. Podemos lembrar o projeto de planeamento familiar que aconteceu em Fareginhas e que recebeu apoio financeiro e técnico por parte das Nações Unidas. Este projeto não foi único no nosso país, sendo que, após o fim da ditadura, aumentaram os fluxos de financiamentos externos, tanto das Nações Unidas como da Comunidade Europeia. Estes aportes monetários permitiram melhorar a qualidade de vida de uma forma geral, mas geralmente também vinham acompanhados de novos conhecimentos teóricos, que contribuíram para aumentar o nível de formação dos profissionais da área da saúde pública, incluindo a saúde materno-infantil.

Atualmente, os países ocidentais ou ditos desenvolvidos apresentam taxas de mortalidade infantil bastante baixas, ligadas principalmente a causas endógenas ou biológicas, que não dependem diretamente de causas sociais clássicas. Poderá obviamente abrir-se a discussão acerca de causas ambientais, que são prejudiciais à saúde de um modo geral. O planeamento familiar tem também funções diferentes. Com a disseminação dos meios contraceptivos, o trabalho nesta área focaliza-se bastante na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e na educação sexual nos jovens. É uma área também importante para auxiliar mulheres ou casais que enfrentam dificuldades reprodutivas e que necessitam de apoio médico, o que também constitui planeamento familiar.

Em suma, pode dizer-se que o presente trabalho respondeu às premissas iniciais, mas que é essencialmente um ponto de partida para um estudo mais aprofundado. Neste caso, optou-se por uma metodologia focalizada essencialmente em tratamento de bibliografia, primária e secundária, que permitiu desenhar uma linha cronológica que acompanhou a evolução do indicador de mortalidade infantil. Com esta resenha histórica, que abordou diversos setores,

fica uma porta aberta para desenvolver um estudo com maior componente empírica, baseado em entrevistas a figuras de relevo nas políticas de saúde da segunda metade do século passado: médicos, enfermeiros, trabalhadores sociais, legisladores, políticos e elementos da sociedade civil poderiam ser entrevistados a fim de reescrever uma história na primeira pessoa.

Por fim, é-me importante lembrar que esta dissertação foi também motivada por propósitos não académicos, sendo que um deles era abordar um caso de sucesso, que pudesse ser um símbolo positivo para a sociedade portuguesa. Na minha opinião, existe uma postura de negativismo, veiculada por meios de comunicação social e outras vias mais informais, que reporta para uma tendência para desvalorização do trabalho feito em Portugal. Se é inquestionável que é possível retirar lições dos erros cometidos, não deixa de ser verdade que também podemos evoluir através de sucessos do passado, não forçosamente através da reprodução de ações, mas essencialmente seguindo o mesmo quadro de valores. Neste caso, sobressaem aspetos como a perseverança, de Alfredo da Costa por exemplo, que sempre lutou pela criação da maternidade, a multidisciplinaridade e a solidariedade, valores que sempre estiveram nas entrelinhas durante a entrevista da Enfermeira Rosário Horta.



## BIBLIOGRAFIA

### Fontes Primárias:

Organização das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Nova York.

Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova York.

Comité d'Aide au Développement. (2006). *Document d'Orientation sur l'Action à Mener dans le Domaine des Droits de l'Homme et du Développement*. OCDE, Paris.

Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Taxa De Mortalidade, relatório 11 de abril de 2003*. Lisboa.

Organização Mundial de Saúde. (1978). *Declaração de Alma Ata: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde*. Alma-Ata: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa: Promoção da Saúde nos Países Industrializados*. Ottawa: OMS.

Organização das Nações Unidas. (2001). *United Nations Millennium Declaration. Cimeira do Milénio*. Lisboa: United Nations Information Centre.

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. OMS.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2003). *Rapport Mondial sur le Développement Humain 2003: Les Objectifs du Millénaire pour le développement, Un pacte entre les pays pour vaincre la pauvreté humaine*. Nova York: PNUD.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2015). *Human Development Report 2015: Work for Human Development*. New York.

Decreto-Lei 19692, de 05 de Maio 1931

Decreto-Lei nº 32171, de 29 de Julho de 1942

Decreto-Lei nº 41371, de 27 de Setembro 1971

Lei nº 56/79, de 15 de Setembro 1979

Decreto-lei nº25936, 12 de Outubro 1935, base IV

Decreto-lei nº 32651. 2 de fevereiro 1943 “Diário do Governo. I Série, nº 26

Decreto-Lei nº 32171, de 29 de Julho de 1942

V Constituição Portuguesa de 1933

Constituição da República Portuguesa de 1976

Fontes Secundárias:

- Almeida, A. N. (2004). *Fecundidade e Contraceção*. Lisboa: ICS.Imprensa de Ciências Sociais.
- Amaro, R. R. (1978). A Agricultura Portuguesa e a Integração Europeia: a experiência do passado (EFTA) e a perspectiva do futuro (CEE). *Análise Social*, 54, pp. 279-310.
- Andresen-Leitão, N. (2004). O Convidado Inesperado: Portugal e a Fundação da EFTA, 1956-1960. *Análise Social*, 171, pp. 285-312.
- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ariès, P. (1988). *A Criança e a Vida Familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Relógio de Água Editores.
- Bandeira, M. L. (2004). *Demografia: Objectos, teorias e métodos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Barreto, A. (1994). Portugal, a Europa e a Democracia. (I. d. Lisboa, Ed.) *Análise Social*, 129, pp. 1051-1069.
- Barreto, A. (1996). *Tempo de Mudança*. Lisboa: Relógio d'Água Editores.
- Brito, J. M. (1989). *Industrialização portuguesa no pós-guerra (1948-1965) : o condicionamento industrial*. Lisboa: Dom Quixote.
- Cabral, M. V. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Instituto de Ciências Sociais. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Carapinheiro, G., & Pinto, M. (1987). Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80. *Sociologia, Problemas e Práticas*(1), pp. pp. 71-109.
- Carneiro, M. d. (2003). *Ajudar a Nascer: Parteiras, Saberes Obstétricos e Modelos de Formação*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Carreira, H. M. (1996). *O Estado e a Saúde*. Lisboa: Jornal O Público.
- Corbin, A. (1982). *Le Miasme et la Jonquille*. Paris: Flammarion.
- EFTA. (1976). *A Associação Europeia de Comércio Livre : estrutura, regras e funcionamento*. Genebra: Secretariado da EFTA.
- Estêvão, J. (2004). *Desenvolvimento Económico e Mudança Institucional: o papel do Estado*. ISEG-UTL, Departamento de Economia, Lisboa.

- George, F. (2004). *Histórias de Saúde Pública*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Giddens, A. (2000). *O Mundo na Era da Globalização*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gomes, B. S. (1992). *Fareginhas, Memória de um Projecto*. Lisboa: Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Gorjão, V. (2002). *Mulheres em Tempos Sombrios. Oposição Feminina ao Estado Novo*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, ICS-UL.
- Herz, M., & Hoffmann, A. R. (2004). *Organizações Internacionais: História e Prática*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kennedy, G. (2008). *Adam Smith, Um Filósofo Moral e a sua Economia Política*. Lisboa: Actual Editora.
- Kumar, S., Kumar, N., & Vivekadhish, S. (2016). Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals: Addressing Unfinished Agenda and Strengthening Sustainable Development and Partnership. *Indian Journal of Community Medicine*, 41, 1-4.
- Laget, M. (1982). *Naissances, l'Accouchement Avant l'Âge de la Clinique*. Paris: Editions du Seuil.
- Last, J. M. (1988). *Um Dicionário de Epidemiologia*. Oxford : Oxford University Press .
- Lopes, J. d. (1964). A integração económica europeia : implicações sociais em Portugal. *Análise Social*, pp. 780-801.
- Lupton, D. (1995). *he imperative of health : public health and the regulated body*. Londres: Sage.
- MacDonald, J. (1993). *Primary health care : medicine in its place*. Londres: Earthcan Publications.
- Miguel, J. (2008). A Saúde em Tempos de Transição (1968-1974). *Centro Nacional de Cultura, Grémio Literário e Círculo Eça de Queiroz*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2002). A Vacinação e a sua História. *Cadernos da DGS*, 2.
- Nazareth, J. M. (1982). *Explosão demográfica e planeamento familiar : subsídios para uma política de defesa da vida em Portuga*. Lisboa: Presença.
- Nazareth, J. M. (2010). *Demografia - A Ciência da População* (4 ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Pereira, P. C. (2006). Portugal e o Início da Construção Europeia (1947–1953). *Nação e Defesa*(N.º 115), pp. 235-255.

- Pimentel, I. F. (2000). *História das Organizações Femininas no Estado Novo*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Porter, D. (1998). *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London: Routledge.
- Reis, J. C. (2005). *O que é a Saúde?* Lisboa: Vega.
- Ribeiro, S. (1973). *O Mercado Comum, a Integração e Portugal*. Lisboa: Editoril Estampa.
- Rocha, E. (1981). Especialização e crescimento económico: alguns aspectos do caso português no período de 1960-74. *Análise Social*, 66, pp. 293-313.
- Rollo, M. F. (1998). *Salazar e a Construção Europeia* (Vol. nº 18). Lisboa: Edições Cosmos.
- Sakellarides, C. (2005). *De Alma a Harry : crónica da democratização da saúde*. Coimbra: Almedina.
- Santos, B. S. (Junho de 1997). Por uma Conceção Multicultural dos Direitos Humanos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*(48).
- Sen, A. (2003). *Desenvolvimento como Liberdade*. Lisboa: Gradiva.
- Stiglitz, J. (2002). *Globalization and its Discontents*. New York: W.W. Norton Comany.
- Vieira da Silva, M. (2012). Políticas Públicas de Saúde, Tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*(69), pp. pp. 121-128.

Sites Internet consultados:

APF: <http://www.apf.pt/quem-somos/historia>, consultado a 12 de Agosto 2016, às 15.30

Pordata: <http://www.pordata.pt>, consultado a 5 de Junho 2016, às 10.45

Outros:

Barreto, A. (2007). *Portugal, um Retrato Social*. Série documental, Lisboa: RTP

## ANEXOS

### Anexo A: Decreto-Lei n.º 41371, de 27 de Setembro 1971 – Reforma “Gonçalves Ferreira”

1406

I SÉRIE — NÚMERO 228

O disposto neste número revoga e substitui o n.º 3 do artigo 58.º do Estatuto da Caixa Nacional de Pensões e o n.º 3 da norma xxxvi da Portaria n.º 21 799, de 17 de Janeiro de 1966.

#### (Pagamento das contribuições)

6 — As contribuições referidas no n.º 4 serão pagas juntamente com as devidas em relação a invalidez, velhice e morte, à ordem da Caixa responsável pelas prestações correspondentes a estas modalidades, designadamente à da Caixa Nacional de Pensões, tratando-se de beneficiários de caixas de previdência e abono de família, com a ressalva prevista no n.º 3.

#### (Prestações asseguradas)

7 — A continuação voluntária do pagamento de contribuições nas modalidades de doença e de maternidade confere direito às correspondentes prestações em espécie, em favor dos beneficiários e seus familiares, que residam no continente ou nas ilhas adjacentes, nas mesmas condições que os beneficiários e seus familiares na situação de contribuições obrigatórias.

#### (Caixa competente para a concessão das prestações)

8 — Na aplicação do disposto no número anterior os beneficiários e seus familiares ficam adstritos à caixa distrital de previdência e abono de família incumbida da prestação dos serviços de acção médico-social na área da residência daqueles, salvo quando a última contribuição obrigatória tenha respeitado a outra caixa com serviços médicos privativos, pela qual poderão optar se residirem na área de acção destes serviços.

#### (Salário base para efeito de comparticipação)

9 — Para efeito da comparticipação dos beneficiários no custo do internamento hospitalar, será tido em consideração para determinação do salário médio aquele sobre que incidirem as contribuições referidas no n.º 4.

#### (Regime transitório dos actuais beneficiários admitidos à continuação voluntária de contribuições)

10 — Dentro do prazo de seis meses, a contar da data de entrada em vigor da presente portaria, podem os beneficiários que se encontrem actualmente em regime de continuação voluntária do pagamento de contribuições:

- a) Solicitar a extensão desse regime às modalidades de doença e maternidade, sendo dispensados de novo exame médico, devendo, porém, quando o respectivo salário base seja inferior a 1500\$ mensais, simultaneamente requerer a alteração do mesmo salário para quantitativo não inferior a esse montante;
- b) Requerer a actualização do salário base de contribuições, aplicando-se ao novo quantitativo o disposto nos n.ºs 12 e 13.

#### (Prorrogação transitória do prazo de requerimento de continuação voluntária de contribuições)

11 — Poderá ser autorizada a continuação voluntária do pagamento de contribuições para o conjunto das modalidades de invalidez, velhice e morte, incluindo pensões de sobrevivência, com a faculdade de extensão às de doença e maternidade no caso de haverem sido abrangidos

pelo seguro de doença na situação de contribuição obrigatória, aos beneficiários que contem, pelo menos, um ano de inscrição e seis meses de contribuições e tenham deixado de ser abrangidos obrigatoriamente pelas caixas referidas no n.º 1, desde que requeiram nesse sentido à direcção da caixa competente dentro do prazo de seis meses, a contar da entrada em vigor da presente portaria e sejam declarados aptos em exame médico.

#### (Retroacção facultativa de contribuições voluntárias)

12 — As contribuições dos beneficiários a que se referem os n.ºs 10 e 11 são devidas a partir do primeiro dia do mês seguinte àquele em que seja deferido o respectivo requerimento, sendo-lhes facultado retrotrair o início das relativas às modalidades de invalidez, velhice e morte a qualquer data subsequente à da última contribuição obrigatória e posterior a 31 de Janeiro de 1966, devendo as contribuições retrotraídas ser liquidadas, por uma só vez ou em prestações, no prazo máximo de um ano após a data da comunicação do deferimento.

#### (Limite superior do salário base)

13 — Para determinação do salário base de contribuições dos beneficiários referidos nos n.ºs 10 e 11 serão compreendidas no limite superior previsto no n.º 5 as remunerações efectivamente auferidas até 10 000\$ mensais, ainda que tenham excedido o limite superior das retribuições sujeitas a desconto.

#### (Cessaçao da continuação facultativa de contribuições)

14 — A autorização da continuação voluntária do pagamento de contribuições para as modalidades de doença e maternidade é dependente da manutenção da relativa às de invalidez, velhice e morte, a qual, porém, não é prejudicada pela cessaçao daquela.

#### (Entrada em vigor)

15 — A presente portaria entra em vigor em 1 de Janeiro de 1972.

O Ministro das Corporações e Previdência Social, *Baltasar Leite Rebelo de Sousa*.

## MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

### Decreto-Lei n.º 413/71

de 27 de Setembro

1. Pelo presente diploma são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, a fim de se ajustar a sua orgânica aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, e atender à instante necessidade de intensificação e desenvolvimento das actividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a condenação das iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações.

O princípio enunciado na base I da referida lei, de que a política de saúde e assistência tem por objectivo o combate à doença e a prevenção e reparação das ca-

rências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição e que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.

Ao alargamento de funções e objectivos pretendidos não pode deixar de corresponder a renovação dos meios de acção, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e consequente instalação de carreiras profissionais, cobrindo os serviços centrais e locais, e a unidade de planeamento e direcção das actividades por que se efectiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde e à integração da política de assistência no contexto mais vasto da política social globalmente considerada.

A complexidade dos problemas de saúde e de acção social não se compadece com improvisações de índole administrativa ou técnica, nem permite soluções definitivas a partir de esquemas rígidos. É forçosa a prudência na escolha dos caminhos que se reputam tecnicamente mais perfeitos, sem prejuízo de, nos sectores já estudados e experimentados, se adoptarem as medidas de execução adequadas.

O Estatuto da Saúde e Assistência fixou as bases gerais em que deve assentar a política naqueles domínios e o seu regime jurídico. O presente diploma, que estabelece a orgânica dos serviços, parte dos seguintes corolários fundamentais:

- a) Os princípios e os métodos de administração da saúde pública e da estratégia sanitária, informadores da estruturação dos serviços, condicionam o funcionamento destes à disciplina do planeamento e à verificação regular da eficiência do trabalho realizado;
- b) A reconversão da orgânica actual, de acentuadas características individualistas, deve conduzir a uma estrutura de serviços subordinados a uma política unitária de saúde e assistência com capacidade bastante para, progressivamente, por si e em ligação com outros serviços e instituições, assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social;
- c) O aperfeiçoamento e a intensificação das medidas atinentes à preparação do pessoal técnico, a incluir em quadros devidamente hierarquizados sob a forma de carreiras profissionais, constituem meio indispensável para a eficiência dos serviços;
- d) Em correlação com a acção de saúde pública, os serviços assistenciais têm por objectivo a integração social da infância, juventude e população idosa ou diminuída carecidas de auxílio e o incremento da promoção comunitária e social da população, sempre atendendo à dignidade da pessoa humana e à família como agrupamento social imprescindível ao desenvolvimento integral do homem.

2. Os serviços de prevenção da doença e de promoção da saúde, apesar da importância fundamental que têm para o desenvolvimento social e económico da Nação, não ocupam ainda a posição que lhes compete no conjunto

dos serviços de saúde; tanto no Ministério da Saúde e Assistência como noutros Ministérios. O facto torna-se ainda mais assinalável por ser nestes serviços que o índice de rendimento é maior e, por conseguinte, ser neles que importa investir com carácter prioritário, para mais rápida melhoria das actuais condições sanitárias do País.

Por virtude do seu já assinalado carácter complexo, quer no aspecto das modalidades que reveste, quer das entidades que a prestam, a acção médico-social, sanitária e assistencial carece de ser planificada, orientada e executada com a preocupação fundamental de evitar gastos desnecessários e duplicações de esforços, de maneira a conseguir o rendimento máximo dos meios disponíveis.

3. Ao Ministro da Saúde e Assistência compete dirigir a política do sector, definindo as suas directrizes e planos gerais de actuação e coordenando as respectivas actividades.

Dado, porém, que esta coordenação transcende o próprio Ministério da Saúde e Assistência, pois engloba muito especialmente o das Corporações e Previdência Social, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 446/70, de 23 de Setembro, o Conselho Superior de Acção Social, ao qual cabe promovê-la, no âmbito dos dois Ministérios, na base da consideração dos problemas que lhes são comuns.

4. Além do Conselho Superior de Acção Social, instituem-se, no âmbito do próprio Ministério, dois órgãos de excepcional importância, com funções de estudo, investigação e planeamento, a fim de habilitar as entidades responsáveis a tomarem as suas decisões baseadas nos conhecimentos científicos e técnicos mais evoluídos em cada momento e na orientação que a metodologia da administração de saúde pública recomenda.

A função científica e técnica, completada por estudos de campo, é confiada ao Instituto Nacional de Saúde, ao qual incumbe uma nova e mais ampla actuação do que a do actual Instituto Superior de Higiene do Dr. Ricardo Jorge. As atribuições deste passam, assim, a ter âmbito mais vasto, de forma a abarcar problemas novos ou agravados na época actual. Ficarão a caber-lhe não só a investigação — a empreender e coordenar, no âmbito de todo o Ministério, nos diversos ramos da epidemiologia, e não apenas no domínio laboratorial, para o que se prevêem vários centros de investigação e de estudo —, mas ainda a acção de laboratório de saúde pública e de controlo de medicamentos, bem como a prospeção, recolha e inventário de toda a informação científica e técnica e a sua divulgação pelos diferentes serviços que hão-de aplicar esses conhecimentos.

O planeamento dos programas e das estruturas de saúde pública e assistenciais, a sua permanente actualização e a proposta de soluções que permitam harmonizar os serviços em convenientes integrações aos vários níveis competirão a um gabinete de estudos e planeamento. Dele se exigem as maiores responsabilidades na concepção e na colheita e ordenamento dos dados que hão-de servir de base às decisões e à orientação superior das actividades do Ministério, para o que se lhe facultam os meios e as colaborações necessárias.

5. Mantém-se, na nova orgânica, as três Direcções-Gerais, uma vez que, apesar do desenvolvimento que se pretende no campo da saúde pública, a necessidade de enquadramento em técnicas de actuação diferenciadas dos hospitais e de algumas modalidades de assistência não aconselha, por agora, a integração dos diferentes serviços

num mesmo órgão, sem embargo de a Direcção-Geral de Saúde vir a ocupar lugar relevante na direcção das actuações periféricas.

6. Na região, esta direcção será, em princípio, assegurada por uma inspecção coordenadora, constituída por representantes das Direcções-Gerais de Saúde, dos Hospitais e da Assistência Social, com vista às tarefas de coordenação e vigilância indispensáveis na área geográfica, que dispõe de todos os serviços gerais e especializados.

Por seu turno, no distrito, idêntico objectivo de unidade na actuação se pretende atingir por meio de conselhos distritais de coordenação, com representação dos serviços hospitalares e dos diversos serviços médico-sociais, a que se poderão juntar representantes de outro departamento.

Finalmente, no concelho, a unidade de execução obtém-se por via de uma comissão coordenadora e assenta na competência genérica dos centros de saúde, organismos polivalentes que, dirigidos pela autoridade sanitária, coordenarão as actuações dos vários sectores, hoje dispersos e individualizados, que a evolução previsível indique deverem manter-se interligados ou ser por eles progressivamente abrangidos.

7. Procura-se, por outro lado, quer no concelho, quer no distrito, coordenar as actividades dos serviços que devam ainda manter autonomia orgânica com as actividades nucleares dos centros de saúde. Constituem-se, para isso, unidades de trabalho (unidades de saúde) para a disciplina das actividades dos centros, actuais dispositivos hospitalares, dispensários ou afins e serviços de apoio administrativo, e comete-se à autoridade sanitária a responsabilidade pela orientação e funcionamento harmónico de tais unidades.

8. Estes objectivos implicam considerável reforço de estruturas, que a orgânica agora decretada opera na Direcção-Geral de Saúde.

Não poderia, aliás, deixar de assim suceder, na medida em que é a essa Direcção-Geral que correspondem, capitalmente, as funções, consideradas prioritárias, de prevenção da doença e promoção da saúde, exercidas no contacto directo com as populações.

Ponderou-se, aliás, com o devido cuidado, a redistribuição de competências entre as três Direcções-Gerais, de forma a completar-se o conjunto de medidas orgânicas que se destina a garantir a equilibrada e harmoniosa cooperação entre serviços.

9. Chegou a admitir-se que, para respeitar o rigor da lógica e as subordinações tecnicamente acertadas, se houvesse de extinguir à Direcção-Geral dos Hospitais, englobando os seus serviços na Direcção-Geral de Saúde. E, porém, necessário conjugar as orientações que em teoria se poderiam afigurar as melhores com os condicionamentos e exigências de ordem prática; e a análise da situação presente — sobretudo pelo que toca ao estado actual da organização e administração das estruturas hospitalares — conduziu a considerar prematura tal fusão. Onde, contudo, se entendeu vantajoso e possível observar, desde já, aquela orientação, como é o caso dos pequenos estabelecimentos hospitalares ao nível concelhio, tomaram se, entretanto, as medidas aconselháveis.

Confinou-se, com efeito, a competência da Direcção-Geral dos Hospitais às fronteiras dos hospitais centrais

e regionais, estes agora denominados «distritais». Transferem-se para a órbita da Direcção-Geral de Saúde as funções de tratamento que possam ser exercidas pelos centros de saúde. Com esta libertação de responsabilidades e a valiosa cooperação dos serviços médico-sociais da Previdência, que podem ser encaminhados no sentido de trabalharem coordenadamente com os do Ministério da Saúde e Assistência, tal como vem acontecendo com a colaboração das beneméritas Misericórdias, ganha a Direcção-Geral dos Hospitais maior possibilidade de desempenhar as funções que se lhe assinalam como adequadas e, do mesmo passo, obtém-se uma mais funcional prestação dos serviços médicos extra-hospitalares.

10. Em lugar da actual Direcção-Geral da Assistência, cria-se a Direcção-Geral da Assistência Social. Não é, porém, uma mera mudança de designação o que se tem em vista. Pretende-se, antes, abranger e disciplinar algumas importantes funções do domínio da política social que não se encontram cobertas por outros departamentos do Estado. Procura-se, mais concretamente, contribuir para a integração social dos indivíduos, pela sua educação e participação na vida da comunidade, tendo em especial atenção a infância e a juventude, e a população idosa, ocorrendo às suas carências e diminuições, e aproveitando, sempre que possível, o enquadramento familiar para o fomento do bem-estar individual e colectivo. Tais actividades implicam, em grau acentuado, além da coordenação com todos os serviços de desenvolvimento comunitário e promoção social, a sua conjugação com as dos sectores médico-sociais. Sem que esse motivo seja bastante para deixarem de ser exercidas pelos correspondentes órgãos ou pessoal especializados, reconhecer-se-á a vantagem da sua íntima ligação com as actividades exercidas, tanto no âmbito da Direcção-Geral de Saúde e da Direcção-Geral dos Hospitais como, ainda, no dos serviços correspondentes ou afins do Ministério das Corporações e Previdência Social e de outros departamentos do Estado. Dada a progressiva expansão do âmbito e actividades da Previdência e as óbvias inter-relações, é de prever mesmo que a assistência social venha no futuro a constituir com aquele sector um conjunto de serviços nitidamente definido e diferenciado.

A competência básica de promoção das referidas medidas de política social ficará a ser exercida por um instituto da família e acção social.

11. Por este diploma é criada uma secretaria-geral, a que competem funções de orientação, coordenação e apoio técnico-administrativo, designadamente no âmbito da reforma administrativa e das técnicas de organização e métodos de trabalho. Compreende serviços de contencioso, inspecção, aprovisionamento, instalações e equipamento, organização e métodos de trabalho e administrativos.

Tem-se em vista, com esta criação, preencher uma importante lacuna da actual orgânica do Ministério, relativa à coordenação ao nível dos serviços centrais. E pretende-se, do mesmo passo, no seguimento da orientação estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 622/70, dispor do necessário «instrumento propulsor da reforma administrativa no respectivo Ministério e simultaneamente principal ponto de apoio da acção ministerial».

12. Sob a rubrica de serviços especiais, englobam-se os órgãos jurisdicionais, constituídos pelas comissões arbitrais de assistência e os serviços sociais do Ministério.

13. A organização dos quadros do pessoal obedeceu ao princípio de que este deverá estar integrado em carrei-

ras profissionais devidamente hierarquizadas, que constam de diploma próprio.

A instituição destas será progressiva, atentas as dificuldades de recrutamento, por carência quantitativa ou qualitativa de pessoal necessário, sendo certo, porém, que virá a ser importante motivo de atracção de candidatos, a todos os níveis dos serviços, com especial relevância para os afastados dos grandes centros, presentemente os mais desprovidos e que devem considerar-se com prioridade. Nos anos próximos, mercê do esforço que vai continuar a conceder-se à intensiva formação de pessoal, e com o estímulo que se espera conferir, pelas condições das carreiras, ao recrutamento de novos elementos, ir-se-á, certamente, obtendo maiores disponibilidades de técnicos das várias categorias, cuja colocação fica assegurada ou em lugares de carreiras já criadas ou por virtude do progressivo desenvolvimento dos centros de saúde, nos quais igualmente se adopta o princípio da integração em carreiras profissionais. Findo o período de instalação dos centros, os respectivos quadros virão a integrar-se no quadro geral dos serviços locais (distritais e concelhios).

14. O impulso e a disciplina que a nova orgânica imprimirá aos serviços e os consequentes benefícios de ordem geral a esperar das medidas agora promulgadas justificam plenamente o esforço financeiro progressivo resultante da sua aplicação, o qual não deixará de traduzir-se também num maior índice de rendimento dos recursos empregados pela Nação no sector da saúde e assistência social.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pela 1.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta a eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

## 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 especificadamente 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 da 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-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 decreto.

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.

## TITULO II

**Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência**

## CAPITULO 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 do 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.

## SECÇÃO II

**Secretaria-geral**

## ARTIGO 12.º

**Secretaria-Geral e seus serviços**

1. A 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 especificadamente 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) Gabinete de Organização;
- f) Repartição de Serviços Administrativos.

3. A Secretaria-Geral é dirigida por um secretário-geral, que 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.

ARTIGO 13.º

**Serviços de 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 a inquéritos disciplinares 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 e 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 corrente nos estabelecimentos e serviços, em ordem 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 estabeleci-

mentos 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.

ARTIGO 17.º

**Gabinete de Organização**

1. Compete ao Gabinete de Organização:

- a) Promover o estudo e divulgação dos princípios e técnicas de organização;
- b) Propor as medidas tendentes à permanente actualização da estrutura e do funcionamento dos serviços, bem como à racionalização e simplificação do trabalho administrativo;
- c) Proceder aos estudos preparatórios relativos à utilização da informática no âmbito do Ministério.
- d) Colaborar nos estudos e diligências tendentes a racionalizar a instalação e o equipamento dos serviços;
- e) 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 Pessoal e Administração Geral**

1. Compete especialmente à Repartição de Pessoal e Administração Geral:

- 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;

- e) 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.
2. Incumbirá também à Repartição de Pessoal e Administração Geral:
- a) Executar o expediente geral da Secretaria-Geral e o que lhe seja cometido pelo Gabinete do Ministro;
- b) 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.
3. A Repartição é constituída por três 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 do Dr. Ricardo Jorge, abreviadamente Instituto Nacional de Saúde, em substituição do Instituto Superior de Higiene do 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 interessem 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, referendado 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 40 642, de 27 de Dezembro de 1955;
- c) A Comissão Técnica dos Novos Medicamentos, criada pelo Decreto n.º 41 448, de 12 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 médio, 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 sua 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 das 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 interessem 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, exercida por serviços de protecção materno-infantil, de saúde escolar e de medicina do trabalho;
- h) Tomar medidas de promoção 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 41 497, 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 melhoramento 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. A 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 *contrôle* de reservatórios e vectores de agentes patogénicos;
- i) A higiene da alimentação;
- j) O *contrôle* 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 h) 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 Vecto-

res, a respectiva competência continuará a ser exercida pelos Serviços de Higiene Rural e Defesa Anti-Seasonática, 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 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.

ARTIGO 33.º

**Inspeção Superior de Medicina Social**

1. A 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. A Direcção de Serviços de Profilaxia 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 sistemáticos da população e, em especial:

- a) Realizar prospeções e inquéritos epidemiológicos sobre a prevenção das doenças infecciosas de carácter endémico ou 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 prorrogação da doença;
- d) Preparar e executar programas de vacinação preventiva contra as doenças infecciosas e propor a obrigatoriedade da vacinação quando as circunstâncias o justificarem;
- 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 desinfecção 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 destinem;
- 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 prospeções 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, alergias, 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 intuitos 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.

27 DE SETEMBRO DE 1971

1417

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 terapéutica, 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 para o afastamento do meio escolar do pessoal discente, ou outro, durante o período medicamente aconselhável;
- g) Pronunciar-se quanto aos aspectos especializados da preparação do pessoal necessário 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 do 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 tècnicamente 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 Mental:

- 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 e 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 perìodicamente 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) Apreçar 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 neles interessados, 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

**Inspecção Superior do Exercício Profissional**

1. A Inspecção 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;
  - j) 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.

2. Para o exercício da sua competência, a Inspecção 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) Inspecção Técnica do Exercício de Enfermagem;
- d) Inspecção Técnica do Exercício de Profissões Paramédicas e Auxiliares.

3. A Direcção de Serviços do Exercício da Medicina é dirigida pelo inspector superior do Exercício Profissional.

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

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 das alíneas j) e k) 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 antigénicos ou abortivos;
- d) A proibição de venda e apreensão dos produtos fabricados em contravenção das disposições legais e sempre que a defesa da saúde pública o justifique.

6. As Inspecções 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

**Alteração de serviços e da sua competência**

1. Quando as circunstâncias o aconselharem, o esquema de serviços 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 inspecções 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. O Serviço de Educação Sanitária é dirigido por funcionário de categoria não inferior a técnico de 1.ª 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 Profilaxia 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 outros serviços;
- d) Declarar a idoneidade das unidades hospitalares subordinadas à sua competência e interditar o

seu funcionamento, total ou parcial, quando não obedecerem 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 com 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 inspeccionar 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, bem como o ensino da enfermagem, providenciando no sentido da elevação do seu nível técnico;
- g) Orientar e fiscalizar os serviços que nos 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 Hospitalar.

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 categoria não inferior a técnico de 1.ª classe.

ARTIGO 40.º

**Inspeção Superior de Administração Hospitalar**

1. A 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, designadamente:

- a) O estabelecimento de padrões de organização interna e de 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 economato 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;
  - 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 450.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 inspec-tor 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 aceleração 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 psí-

- quicas, 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. Compe 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 ou 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, reverte, 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 e órgãos locais a que se refere o número anterior são os centros de saúde e as inspecções coordenadoras, bem como os conselhos e comissões coordenadores.
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 efectiva promoção da 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 locais 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**

**Inspecções coordenadoras**

**ARTIGO 51.º**

**Constituição**

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**

**Subordinação hierárquica**

As inspecções coordenadoras das regiões são hierárquicamente subordinadas à Direcção-Geral de Saúde e apoiadas administrativamente pelos respectivos centros de saúde distritais, sem prejuízo de os despachos correrem pela correspondente Direcção-Geral, consoante 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 da 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 gra-

tuito 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, conside-

rando-se tais serviços extintos, continuando, porém, os que transitória e mantenha 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) 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) 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, os directores de saúde são coadjuvados, respectivamente, por dois e por um delegado de saúde de 1.ª classe, 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, efectuadas 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.

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.

## SECÇÃO II

**Serviços sociais**

## ARTIGO 62.º

**Regulamentação e objectivos**

Os serviços sociais regem-se por legislação própria e têm por objectivo a promoção do bem-estar do pessoal dos serviços do Ministério.

## CAPÍTULO V

**Pessoal**

## ARTIGO 63.º

**Disposições gerais**

1. São criadas carreiras profissionais para o pessoal do Ministério da Saúde e Assistência.

2. A definição das diversas carreiras, graduação e condições de ingresso, bem como o regime de intercomunicação dos quadros, constarão de diploma próprio.

3. O recrutamento, acesso, distribuição e hierarquização do pessoal do Ministério da Saúde e Assistência obedecem às normas relativas às carreiras profissionais, quando aplicáveis, e às constantes dos artigos seguintes.

## ARTIGO 64.º

**Quadros, categorias e formas de provimento**

1. As categorias e o número de lugares de cada categoria são os estabelecidos nos quadros das tabelas anexas ao presente diploma.

2. Os quadros constantes da tabela A entram imediatamente em vigor.

3. Os quadros constantes da tabela B entrarão em vigor nos termos que sejam determinados em portarias dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

4. Enquanto não estiverem preenchidos os quadros constantes da tabela B, e para satisfazer necessidades urgentes de pessoal, além do compreendido nos quadros da tabela A, poderá este ser admitido e remunerado por conta de dotações destinadas a pagamento de serviços, respeitando-se, porém, nas admissões, as categorias e remunerações constantes dos quadros.

## ARTIGO 65.º

**Primeiro preenchimento dos quadros**

1. O pessoal pertencente aos quadros aprovados por lei à data da entrada em vigor deste diploma será colocado em lugares dos novos quadros correspondentes a idênticas funções ou para os quais possua qualificação adequada e sem redução de direitos adquiridos, por despacho ministerial, publicado no *Diário do Governo*, independentemente de quaisquer formalidades, incluindo o visto do Tribunal de Contas.

2. O pessoal a que se refere o número anterior que não possa ser provido nos novos quadros, por falta de lugares adequados ou bastantes, continuará a prestar serviço nas



suas actuais situações ou em funções de categoria equivalente que lhe sejam cometidas, salvo se puder ingressar ou ter acesso nas carreiras profissionais.

3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores deste artigo, aplicar-se-ão as mesmas regras ao pessoal não pertencente aos quadros que for necessário ou conveniente aos serviços, exceptuado o que não possua as habilitações exigidas para o provimento dos novos lugares, que poderá manter-se fora dos quadros, nas actuais situações.

4. O pessoal actualmente requisitado no Gabinete de Estudos criado pelo Decreto-Lei n.º 42 210, de 13 de Abril de 1959, transita para o Gabinete de Estudos e Planeamento, nas condições em que estiver, até ser provido em lugar do quadro do mesmo Gabinete ou de outro serviço do Ministério, com observância do disposto neste artigo, ou regressar ao lugar de origem.

5. Para aplicação do disposto no presente artigo, o Ministro poderá transferir os funcionários de um serviço para outro, desde que o novo serviço não se encontre instalado a mais de 30 km do actual, salvo acordo do interessado.

#### ARTIGO 66.º

##### Provimento dos lugares

1. O preenchimento de lugares que não haja de obedecer às regras do artigo anterior será feito segundo as normas de provimento constantes dos números seguintes.

2. O secretário-geral, os directores-gerais e o director do Gabinete de Estudos e Planeamento são livremente nomeados pelo Presidente do Conselho e pelo Ministro de entre pessoas especialmente qualificadas para o desempenho dos cargos.

3. O director da Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical é nomeado nos termos estabelecidos no seu diploma orgânico.

4. Os directores e subdirectores ou adjuntos do Instituto Nacional de Saúde e dos demais institutos são livremente nomeados pelo Ministro de entre pessoas especialmente qualificadas para o desempenho dos cargos.

5. Os inspectores superiores, inspectores de saúde e directores de serviços são providos nos termos e condições previstos nas carreiras profissionais ou entre o pessoal dirigente e técnico superior dos quadros dos serviços centrais ou locais, de harmonia com a preparação de base necessária para o desempenho das funções, quando a natureza técnica destas assim o exija.

6. Os presidentes das comissões arbitrais de Lisboa e Porto serão magistrados nomeados pelo Ministro, em comissão de serviço, por um triénio sucessivamente renovável.

7. Os chefes de repartição serão nomeados de entre diplomados com um curso superior.

8. O pessoal integrado em carreiras profissionais é provido de acordo com as normas para elas estabelecidas.

9. No provimento do restante pessoal dirigente e do pessoal técnico não abrangido por carreiras profissionais observar-se-ão as condições estabelecidas para estas relativamente a lugares de idêntica categoria.

10. Os chefes de secção serão nomeados de entre diplomados com um curso superior ou de entre os primeiros-oficiais ou funcionários administrativos de categoria equivalente com, pelo menos, cinco anos de efectivo serviço no cargo, classificado de *Muito bom*.

11. O provimento dos primeiros-oficiais e segundos-oficiais será feito, mediante concurso de prestação de provas,

de entre os funcionários da categoria imediatamente inferior.

12. O provimento de pessoal administrativo de categoria inferior a segundo-oficial obedece às normas gerais em vigor, sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 18.º

13. O pessoal auxiliar poderá ser provido, mediante delegação ministerial, por despacho dos directores-gerais ou funcionários equiparados, devendo, no acesso, atender-se à antiguidade, salvo se puder observar-se o critério de selecção por habilitações devidamente comprovadas.

#### ARTIGO 67.º

##### Regimes de provimento

1. O provimento dos lugares dos quadros far-se-á por contrato ou em comissão de serviço, em regime de nomeação provisória, a qual poderá, salvo nos casos expressamente estabelecidos por lei, ser convertida em definitiva findos três anos de bom e efectivo serviço no cargo.

2. A nomeação será logo definitiva quando recair em funcionário que já tenha provimento definitivo.

3. O provimento dos lugares de categoria igual ou inferior à da letra S será feito nos termos da lei geral.

#### ARTIGO 68.º

##### Regimes de trabalho

1. Os regimes de trabalho nas várias categorias e modalidades de provimento observarão, em princípio e consoante os casos, as regras gerais em vigor para a administração pública.

2. O Ministro pode, porém, determinar, por despacho, regimes especiais quanto a certas categorias de pessoal, designadamente para assegurar o melhor aproveitamento das disponibilidades de pessoal técnico e de pessoal de investigação, estudo ou ensino, tendo em atenção a necessidade de o utilizar em mais do que um serviço, do Ministério da Saúde e Assistência ou de outros Ministérios.

3. A excepção permitida pelo número anterior não atende, em caso algum, a quaisquer limitações derivadas do exercício de profissões no sector privado.

4. Os despachos de autorização de acumulações serão revistos de cinco em cinco anos, em ordem a apreciar-se se subsistem motivos de utilidade para os serviços que os justifiquem, ou se se alteraram, relativamente à existência de pessoal técnico recrutável, as condições que os motivaram.

#### ARTIGO 69.º

##### Transferências

É permitida aos funcionários, se houver conveniência de serviço, a transferência entre os diversos quadros de pessoal e entre lugares do mesmo quadro, desde que satisfaçam às condições normais de provimento de cada um deles.

#### ARTIGO 70.º

##### Pessoal do Gabinete de Estudos e Planeamento

1. Além do pessoal compreendido no mapa anexo, o Ministro pode requisitar, para prestarem serviço no Gabinete de Estudos e Planeamento, funcionários com a categoria dos cargos que estejam a desempenhar na altura da requisição, ainda que neles providos interinamente ou em comissão de serviço.

2. A estes cargos poderão regressar, nas mesmas condições, logo que sejam dispensados dos seus serviços no Gabinete.

3. Os funcionários requisitados nos termos do n.º 1 deste artigo não abrem vaga, mas os cargos em que estão providos poderão ser preenchidos provisoriamente.

**ARTIGO 71.º**

**Pessoal dos serviços dotados de autonomia**

1. Os quadros de pessoal dirigente dos serviços e estabelecimentos dotados de autonomia administrativa são aprovados por portaria dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assistência.

2. Os quadros de pessoal não dirigente são aprovados por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, com a concordância do Ministro das Finanças quando os encargos com o pessoal excedam um terço do orçamento de cada um dos serviços ou estabelecimentos.

3. Os quadros-tipo anexos aos diplomas que criaram ou regulamentaram carreiras profissionais nos diversos estabelecimentos de saúde são alterados de harmonia com o disposto no regulamento geral das carreiras profissionais para os serviços do Ministério da Saúde e Assistência.

4. Por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, serão fixados os períodos em que os serviços ou estabelecimentos deverão rever os seus quadros de pessoal.

5. As colocações de pessoal que mude de categoria por motivo de revisão de quadros obedecerão ao disposto no artigo 63.º

6. Ao pessoal mencionado no presente artigo são aplicáveis, como regimes gerais de provimento, trabalho e transferência, os estabelecidos pelos artigos 66.º a 69.º, salvo quanto aos serviços e estabelecimentos com regimes especiais.

**ARTIGO 72.º**

**Admissão eventual de pessoal**

1. Para atender a necessidades eventuais, poderão os estabelecimentos e institutos com autonomia admitir, em regime de prestação de serviços, o pessoal indispensável, o qual será dispensado logo que cesse o motivo da admissão.

2. A admissão será precedida ou confirmada por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, quando o serviço se prolongue além de vinte dias, e a remuneração do pessoal admitido nos termos do número anterior não poderá exceder a estabelecida para o pessoal de igual categoria.

**ARTIGO 73.º**

**Identificação do pessoal e poder de inspecção**

1. Os funcionários do Ministério da Saúde e Assistência e dos serviços dele dependentes são identificados por cartões de identidade passados pela Secretaria-Geral, de acordo com diferenciações que atendam às várias categorias e correspondentes funções.

2. Os funcionários em exercício de inspecção ou fiscalização devidamente identificados têm acesso a todos os locais em que tenham de exercer a sua competência, podendo recorrer para o efeito, se necessário, ao concurso das autoridades policiais e administrativas.

3. Cometem o crime previsto e punido pelo artigo 188.º do Código Penal os que se oponham à entrada ou ao livre exercício das atribuições dos funcionários indicados no número anterior, depois de devidamente identificados.

**CAPÍTULO VII**

**Disposições especiais sobre serviços**

**ARTIGO 74.º**

**Novas designações, integrações orgânicas e extinções de serviços**

1. A Direcção-Geral da Assistência passa a denominar-se Direcção-Geral da Assistência Social.

2. Passam a designar-se hospitais distritais os actuais hospitais regionais, e bem assim os que, tendo actualmente a qualificação de sub-regionais, venham a ser qualificados como distritais em despacho do Ministro da Saúde e Assistência, tendo em conta o seu esquema de serviços.

3. Podem coexistir no mesmo distrito mais do que um hospital distrital, sendo as respectivas áreas fixadas por despacho.

4. Passam a designar-se hospitais concelhios os actuais hospitais sub-regionais.

5. O Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto de Assistência Psiquiátrica e o Instituto de Assistência aos Leprosos passam a depender da Direcção-Geral de Saúde, nos termos estabelecidos pelo presente decreto-lei e diplomas complementares.

6. Nos termos que vierem a ser estabelecidos por diploma dos Ministros da Educação Nacional e da Saúde e Assistência, os serviços do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil transitarão para a Direcção-Geral de Saúde, sem prejuízo da sua dependência do Ministério da Educação Nacional quanto à investigação científica e às funções pedagógicas.

7. São extintos:

- a) O Instituto Superior de Higiene do Dr. Ricardo Jorge, cujos direitos e obrigações transitam para o Instituto Nacional de Saúde;
- b) Os Institutos de Assistência à Família, de Assistência aos Menores e de Assistência aos Inválidos, transitando os respectivos direitos e obrigações para o Instituto da Família e Acção Social;
- c) O Centro de Inquérito Assistencial, cujos direitos e obrigações transitam para o Instituto da Família e Acção Social.

8. Os estabelecimentos e serviços que dependiam tecnicamente dos Institutos referidos nas alíneas b) e c) do número anterior ou a eles estavam agregados passam a depender, nas mesmas condições, do Instituto da Família e Acção Social.

**ARTIGO 75.º**

**Extinção das comissões regionais de assistência**

1. São extintas as actuais comissões regionais de assistência dependentes da Direcção-Geral da Assistência.

2. Exceptuam-se as comissões distritais das ilhas adjacentes, que continuam a regular-se pelo Decreto-Lei n.º 36 262, de 5 de Maio de 1947, até que seja dado cumprimento ao disposto no n.º 3 do artigo 98.º

3. O património das comissões extintas reverterá, por despacho ministerial, para as Misericórdias ou outras instituições de assistência do respectivo concelho ou para os centros de saúde distritais, no caso do número anterior.

4. As instituições para as quais revertam os patrimónios referidos no número anterior não serão responsáveis por encargos que excedam o valor dos bens recebidos.

## ARTIGO 76.º

**Personalidade e autonomia de serviços e estabelecimentos**

1. Têm personalidade jurídica e dispõem de autonomia administrativa e técnica os seguintes serviços:

- a) Instituto Nacional de Saúde;
- b) Instituto da Família e Acção Social;
- c) Centros de saúde distritais.

2. Enquanto não forem integrados nos serviços centrais, mantêm autonomia administrativa e técnica os serviços, institutos e estabelecimentos que dela disponham à data da publicação deste diploma.

3. Os serviços e estabelecimentos com personalidade jurídica e autonomia administrativa podem adquirir imóveis, a título gratuito ou oneroso, para a sua instalação ou necessários à realização dos seus fins, bem como administrá-los, receber subsídios e aceitar heranças, legados e doações, e gozam de todas as isenções e regalias inerentes à sua condição de serviços públicos.

## ARTIGO 77.º

**Inventário geral dos estabelecimentos oficiais de saúde e assistência**

Em portaria a publicar dentro de noventa dias após a entrada em vigor deste diploma, relacionar-se-ão os estabelecimentos oficiais de saúde e assistência e estabelecer-se-ão as normas gerais a que fica sujeito o seu funcionamento.

## ARTIGO 78.º

**Criação de serviços e estabelecimentos**

A criação de serviços ou estabelecimentos será feita, ouvido o Gabinete de Estudos e Planeamento, por decreto do Ministro da Saúde e Assistência referendado pelo das Finanças.

## ARTIGO 79.º

**Instalação de serviços e estabelecimentos**

1. Ouvido o Gabinete de Estudos e Planeamento, o Ministro da Saúde e Assistência pode, por portaria, estabelecer um período para instalação de novos serviços e estabelecimentos de saúde e assistência, bem como para remodelar, ampliar ou introduzir serviços novos nos estabelecimentos já existentes.

2. O período de instalação dos serviços ou estabelecimentos a que se refere o número anterior será, no máximo, de dois anos, podendo, porém, o Ministro, em casos excepcionais devidamente justificados, autorizar a prorrogação por mais um ano.

3. Durante o período de instalação, o funcionamento dos novos serviços ou estabelecimentos obedecerá ao regime fixado nos artigos 80.º a 84.º

## ARTIGO 80.º

**Cobertura de encargos**

As despesas com o funcionamento dos serviços ou estabelecimentos instalados nos termos do artigo anterior

serão satisfeitas, mediante despacho ministerial, por conta das dotações globais ou dos subsídios que lhes forem atribuídos ou ainda pelas disponibilidades verificadas em quaisquer receitas dos organismos em que forem criados.

## ARTIGO 81.º

**Receitas e despesas no período de instalação**

1. Todas as receitas provenientes de rendimentos próprios ou de subsídios do Estado darão entrada na Caixa Geral de Depósitos, Crédito e Previdência, em conta especial, à ordem dos responsáveis pela administração.

2. Mensalmente, será apresentado a visto ministerial um balancete, do qual será enviada cópia à Direcção-Geral da Contabilidade Pública e donde constarão o saldo da conta de depósito, as receitas liquidadas e as cobradas, e as despesas autorizadas e pagas no mês anterior; as despesas previstas para o mês seguinte àquele em que é apresentado o balancete.

3. As despesas de instalação ou manutenção dos serviços de valor inferior a 40 contos e as de carácter urgente podem ser autorizadas pela respectiva gerência, ficando sujeitas a confirmação ministerial pela inscrição no balancete mensal; as superiores àquela importância carecem de autorização ministerial.

4. Quando as circunstâncias o justificarem, o Ministro pode mandar substituir o regime a que se refere o n.º 2 pela elaboração de orçamentos anuais e apresentação de contas de gerência.

5. Para abono das remunerações ao pessoal, serão elaboradas folhas com indicação dos despachos que autorizaram a sua admissão.

## ARTIGO 82.º

**Admissão de pessoal no período de instalação**

1. Durante o período de instalação, o Ministro da Saúde e Assistência poderá autorizar livremente a admissão do pessoal indispensável ao funcionamento dos serviços, sem prejuízo, porém, das exigências das habilitações de base e do limite de idade, estabelecidas para lugares de idênticas categorias dos quadros ou das carreiras profissionais.

2. As admissões serão feitas em regime de prestação eventual de serviço, salvo se recaírem em funcionários públicos ou administrativos, caso em que serão feitas em comissão de serviço.

3. O despacho de admissão estabelecerá a competente remuneração, tendo em conta o vencimento fixado para idênticas categorias dos quadros ou carreiras.

4. As admissões caducam, findo o período de instalação, se os admitidos não vierem a ingressar nos quadros do respectivo serviço ou estabelecimento.

## ARTIGO 83.º

**Regime de previdência**

O pessoal admitido nos termos do artigo 82.º será inscrito na Caixa Geral de Aposentações e poderá beneficiar do regime da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado.

## ARTIGO 84.º

**Aprovação de quadros e distribuição de pessoal**

1. Os quadros do pessoal serão aprovados por decreto conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde e Assis-

tência antes do termo do período fixado para a instalação.

2. O pessoal admitido durante o período de instalação que se encontrar em exercício à data da publicação dos quadros poderá ser distribuído pelos lugares iguais ou equivalentes constantes dos mesmos, mediante despacho ministerial, independentemente de visto e posse.

#### ARTIGO 85.º

##### Comissões instaladoras

O Ministro da Saúde e Assistência pode determinar, em portaria, a constituição de comissões encarregadas da gerência, reforma ou instalação de certos serviços ou estabelecimentos ou ramos de serviços sob a sua jurisdição, fixando, por despacho, as remunerações dos seus componentes, com o acordo do Ministro das Finanças.

#### ARTIGO 86.º

##### Alteração de serviços

1. A concentração, conversão, alteração ou extinção dos serviços e estabelecimentos previstos no presente diploma far-se-ão, ouvido o Gabinete de Estudos e Planeamento, por decreto do Ministro da Saúde e Assistência, referendado pelo Ministro das Finanças.

2. Os encargos dos serviços transferidos continuarão a ser satisfeitos até final do ano económico pelas rubricas em que tinham cabimento.

3. Nos decretos que extingam serviços ou estabelecimentos será fixado o destino dos respectivos bens.

### TÍTULO III

#### Disposições gerais, transitórias e finais

#### ARTIGO 87.º

##### Médicos municipais

1. As atribuições dos médicos municipais serão exercidas por intermédio dos centros de saúde, ou postos de saúde, logo que sejam instalados nas respectivas áreas.

2. Na criação dos partidos médicos ou delimitação das suas áreas será obrigatoriamente ouvido o director de saúde do respectivo distrito.

3. As câmaras municipais podem celebrar acordos com os centros de saúde distritais para garantirem a prestação de cuidados médicos à população do seu concelho.

#### ARTIGO 88.º

##### Cessação de arrendamentos

1. Os serviços e estabelecimentos oficiais podem propor ao Ministro que seja requerido o despejo, no todo ou em parte, dos prédios de que são proprietários, desde que estes sejam necessários ao desenvolvimento das suas actividades.

2. O arrendatário terá direito a indemnização, nos termos do n.º 1 do artigo 1099.º do Código Civil.

#### ARTIGO 89.º

##### Internamento e tratamento hospitalar

Para efeitos de internamento e tratamento hospitalar, mantém-se a hierarquia de serviços estabelecida no Estatuto Hospitalar, promulgado pelo Decreto-Lei n.º 48 357, de 27 de Abril de 1968.

#### ARTIGO 90.º

##### Instalação dos centros de saúde

1. Enquanto não forem criados os centros de saúde distritais, compete à comissão instaladora, constituída pela portaria de 22 de Julho de 1970, publicada no *Diário do Governo*, 2.ª série, de 12 de Agosto de 1970, a instalação e gerência dos centros de saúde concelhios.

2. Aos centros de saúde concelhios já criados ou a criar é aplicável o regime estabelecido nos artigos 79.º a 84.º do presente diploma.

#### ARTIGO 91.º

##### Extinção das delegações e subdelegações de saúde

1. As delegações e subdelegações de saúde serão extintas logo que nos respectivos concelhos sejam criados centros de saúde, para os quais transitam as suas funções.

2. Os delegados e subdelegados de saúde das delegações e subdelegações extintas que por não reunirem as condições estabelecidas para o ingresso na carreira médica de saúde pública não possam nela ser integrados mantêm os seus vencimentos, prestando, contudo, serviço nos centros de saúde do respectivo concelho nas valências que a autoridade sanitária determinar, salvo se preferirem ingressar no grau 2 da referida carreira.

#### ARTIGO 92.º

##### Extinção dos dispensários de higiene social

1. Os dispensários de higiene social serão extintos logo que nos respectivos concelhos sejam criados centros de saúde, para os quais transitam as suas funções, direitos e obrigações.

2. O pessoal dos dispensários extintos transita para os correspondentes centros de saúde.

#### ARTIGO 93.º

##### Extinção dos dispensários de higiene social de Lisboa, Porto e Coimbra

1. Criados os respectivos centros de saúde distritais, serão extintos, quando for julgado conveniente, por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, os Dispensários Centrais de Higiene Social de Lisboa e do Porto e o Dispensário de Higiene Social de Coimbra.

2. Transitam para os correspondentes centros de saúde distritais as funções, direitos e obrigações dos dispensários extintos.

3. O pessoal dos dispensários extintos transita para os respectivos centros de saúde distritais.

#### ARTIGO 94.º

##### Processamento de subsídios

1. Até ao fim do corrente ano económico, a Direcção-Geral dos Hospitais continuará a processar os subsídios concedidos ou a conceder aos hospitais concelhios.

2. A Direcção-Geral da Assistência Social processará ao Instituto da Família e Acção Social os duodécimos a vencer atribuídos aos Institutos de Assistência à Família, da Assistência aos Menores e da Assistência aos Inválidos e ao Centro de Inquérito Assistencial.

3. O Instituto da Família e Acção Social elaborará o seu orçamento, a vigorar até ao fim do corrente ano, com os saldos apurados no exercício dos institutos extintos com a entrada em vigor do presente decreto-lei.

**ARTIGO 95.º**

**Abono de vencimentos**

O pessoal ao serviço do Ministério à data da entrada em vigor deste diploma continuará a ser abonado dos respectivos vencimentos até lhe ser aplicado o disposto no artigo 65.º

**ARTIGO 96.º**

**Provisão de lugares de direcção**

Até ao provimento normal dos lugares de direcção previstos, poderá o Ministro da Saúde e Assistência cometer o exercício interino de funções, em comissão de serviço pelo período máximo de um ano, a funcionários do Ministério que tenham exercido funções de direcção ou chefia.

**ARTIGO 97.º**

**Revogações**

1. São revogadas as disposições contidas nos seguintes diplomas legais:

- a) Decreto n.º 20 285, de 7 de Setembro de 1961;
- b) Decreto-Lei n.º 31 913, de 12 de Março de 1942;
- c) Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945, mantendo-se transitóriamente em vigor os artigos 66.º a 70.º, aplicáveis às delegações e subdelegações de saúde até à sua completa extinção, bem como os referentes às instituições particulares de assistência, enquanto não for publicado o seu novo regulamento;
- d) Decreto-Lei n.º 38 931, de 4 de Julho de 1951;
- e) Decreto-Lei n.º 41 401, de 27 de Novembro de 1957;
- f) Decreto-Lei n.º 42 210, de 12 de Abril de 1959;
- g) Decreto-Lei n.º 43 754, de 24 de Junho de 1961;
- h) Decreto-Lei n.º 43 792, de 14 de Julho de 1961;
- i) Decreto-Lei n.º 43 853, de 10 de Agosto de 1961;
- j) Decreto-Lei n.º 44 277, de 13 de Abril de 1962;
- k) Decreto-Lei n.º 44 320, de 30 de Abril de 1962;
- l) Decreto-Lei n.º 45 148, de 20 de Julho de 1963;
- m) Decreto-Lei n.º 45 294, de 4 de Outubro de 1963;
- n) Decreto-Lei n.º 46 310, de 27 de Abril de 1965;
- o) Decreto-Lei n.º 48 166, de 27 de Dezembro de 1967;
- p) Decreto-Lei n.º 102/71, de 24 de Março.

2. O Regulamento Geral de Saúde e de Beneficência Pública, de 24 de Dezembro de 1901, considera-se revogado a partir do momento em que for publicado o regulamento a que se refere o artigo seguinte.

**ARTIGO 98.º**

**Regulamentação, interpretação e entrada em vigor deste decreto-lei**

1. O presente diploma será regulamentado, no prazo de três meses, por decreto do Ministro da Saúde e Assistência.

2. O Ministro resolverá, por despacho, ouvido o Gabinete de Estudos e Planeamento, as dúvidas que se suscitarem na execução e aplicação do presente diploma e, bem assim, tomará as demais providências necessárias ao seu efectivo e completo cumprimento.

3. A integração dos serviços oficiais de saúde e assistência das ilhas adjacentes na orgânica estabelecida por este diploma será feita nos termos e prazos a fixar em portaria dos Ministros do Interior e da Saúde e Assistência.

4. Este decreto-lei entra em vigor no dia 1 do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros. — *Marcello Caetano — João Augusto Dias Rosas — Baltasar Leite Rebelo de Sousa.*

Promulgado em 22 de Setembro de 1971.

Publique-se.

O Presidente da República, AMÉRICO DEUS RODRIGUES THOMAZ.

**QUADRO I**  
**Gabinete do Ministro**

Número de lugares	Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
3	Motorista de 1.ª classe . . . . .	S	—
1	Correio . . . . .	U	—
3	Continuo de 1.ª classe . . . . .	V	(a)

(a) O contínuo encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação mensal de 100\$.

**QUADRO II**  
**Secretaria-Geral**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Secretário-geral . . . . .	B	—
1	1	Engenheiro inspector superior . . . . .	C	(a)
3	3	Director de serviço . . . . .	D	(b)
2	2	Chefe de repartição . . . . .	F	(c)
<b>Pessoal técnico</b>				
2	2	Engenheiro-chefe . . . . .	E	—
1	1	Arquitecto-chefe . . . . .	E	—
4	4	Inspector técnico . . . . .	F	—
1	1	Consultor jurídico de 1.ª classe . . . . .	F	—
1	1	Engenheiro de 1.ª classe . . . . .	F	—
1	1	Arquitecto de 1.ª classe . . . . .	F	—
2	3	Técnico de 1.ª classe . . . . .	F	—
1	2	Consultor jurídico de 2.ª classe . . . . .	H	—
1	1	Arquitecto de 2.ª classe . . . . .	H	—
3	5	Técnico de 2.ª classe . . . . .	H	—
3	3	Subinspector técnico . . . . .	J	—
5	5	Agente técnico de 1.ª classe . . . . .	J	—
1	1	Desenhador-chefe . . . . .	L	—
2	2	Desenhador de 1.ª classe . . . . .	M	—
2	2	Desenhador de 2.ª classe . . . . .	O	—
1	1	Solicitador . . . . .	—	(d)
<b>Pessoal administrativo</b>				
4	4	Chefe de secção . . . . .	J	—
7	7	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
7	9	Segundo-oficial . . . . .	N	—
9	11	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
13	17	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
30	30	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
1	1	Motorista de 2.ª classe . . . . .	U	—
1	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
1	2	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Let n.º 49 410	Observações
A	B			
2	2	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(g)
3	4	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
2	3	Servente . . . . .	Y	—
—	1	Paquete . . . . .	—	—
<b>Serviços especiais</b>				
<b>Comissões arbitrais de assistência</b>				
4	4	Juízes . . . . .	D	—

(a) Ao engenheiro inspector superior cabe orientar, especialmente, os Serviços de Instalações e Equipamento, para o que perceberá uma gratificação mensal de 1000\$.  
 (b) Os directores de serviço destinam-se, respectivamente, aos Serviços de Contencioso, de Inspecção e de Aprovisionamento.  
 (c) Um dos chefes de repartição destina-se ao Gabinete de Organização e Métodos de Trabalho.  
 (d) Será remunerado por gratificação mensal de 1500\$.  
 (e) O contínuo de 1.ª classe encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação mensal de 100\$.

**NOTA**

Ao funcionário encarregado de secretariar o secretário-geral, designado por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, será abonada a gratificação mensal de 1000\$.

**QUADRO III**  
**Gabinete de Estudos e Planeamento**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Let n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director . . . . .	B	—
1	1	Subdirector . . . . .	C	—
<b>Pessoal técnico</b>				
1	2	Investigador . . . . .	D	—
1	2	Técnico especialista . . . . .	E	—
5	5	Técnico de 1.ª classe . . . . .	F	—
3	4	Técnico de 2.ª classe . . . . .	H	—
—	—	Técnico de 3.ª classe . . . . .	I	(a)
1	3	Técnico auxiliar de programação de 3.ª classe . . . . .	J	—
4	5	Técnico auxiliar de programação de 2.ª classe . . . . .	K	—
—	—	Técnico auxiliar de programação de 1.ª classe . . . . .	L	(a)
<b>Pessoal administrativo</b>				
1	1	Chefe da secretaria . . . . .	J	—
1	1	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
1	1	Segundo-oficial . . . . .	N	—
2	2	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
4	6	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
—	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
1	1	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
1	1	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(b)
1	1	Servente . . . . .	Y	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—

(a) A admissão é condicionada às vagas existentes nas classes superiores. Decorrido um ano de bom e efectivo serviço, o provimento efectua-se na classe imediatamente superior.  
 (b) O contínuo de 1.ª classe encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação mensal de 100\$.

**NOTA**

Ao funcionário encarregado de secretariar o director, designado por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, será abonada a gratificação mensal de 1000\$.

**QUADRO IV**  
**Instituto Nacional de Saúde**  
**Sede**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Let n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director . . . . .	B	—
—	1	Subdirector . . . . .	C	—
1	1	Secretário . . . . .	F	—
<b>Pessoal técnico</b>				
—	8	Investigador . . . . .	B C D	(a)
6	10	Técnico especialista . . . . .	E	(b)
6	14	Assistente de 1.ª classe . . . . .	F	(b)
7	16	Assistente de 2.ª classe . . . . .	H	—
3	6	Estagiário . . . . .	I	—
3	6	Técnico auxiliar de laboratório de 1.ª classe . . . . .	J	—
6	8	Técnico auxiliar de laboratório de 2.ª classe . . . . .	K	—
7	10	Preparador de 1.ª classe . . . . .	N	—
12	30	Preparador de 2.ª classe . . . . .	O	—
8	12	Ajudante de laboratório . . . . .	R	—
5	12	Auxiliar de laboratório . . . . .	U	—
<b>Pessoal administrativo</b>				
—	1	Primeiro-bibliotecário-arquivista . . . . .	H	—
1	1	Chefe de serviços administrativos . . . . .	J	—
1	2	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
2	3	Segundo-oficial . . . . .	N	—
1	1	Primeiro-ajudante de bibliotecário . . . . .	N	—
3	4	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
4	10	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
3	—	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
1	2	Fiel . . . . .	S	—
1	2	Motorista de 2.ª classe . . . . .	U	—
—	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
1	1	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
—	1	Porteiro . . . . .	V	—
1	1	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(c)
2	4	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
10	10	Serventuário . . . . .	X	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—
<b>Pessoal fabril ou equiparado</b>				
—	1	Agente técnico de engenharia electrotécnica de 1.ª classe . . . . .	J	—
—	1	Agente técnico de engenharia mecânica de 1.ª classe . . . . .	J	—
—	1	Mecânico-chefe . . . . .	O	—
—	1	Electricista . . . . .	O	—
—	1	Carpinteiro . . . . .	Q	—
—	1	Ajudante de mecânico . . . . .	S	—

(a) Não indicadas três categorias, consoante o investigador tenha duas diuturnidades de dez anos, uma diuturnidade de dez anos, ou não tenha diuturnidades. Os investigadores que desempenharem funções de chefes de departamento terão uma gratificação mensal de 1000\$.  
 (b) Os técnicos especialistas ou assistentes de 1.ª classe que desempenharem funções de chefes de secção terão uma gratificação mensal de 500\$.  
 (c) Será abonado de 100\$ de gratificação mensal como encarregado do serviço de contínuos.

**NOTA**

O oficial que desempenhar funções de tesoureiro terá um abono para falhas de 500\$ mensais.

**QUADRO V**  
**Instituto Nacional de Saúde**  
**Delegação**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director . . . . .	C	—
<b>Pessoal técnico</b>				
—	1	Investigador . . . . .	B C D	(a)
—	4	Técnico especialista . . . . .	E	—
4	6	Assistente de 1.ª classe . . . . .	F	—
4	6	Assistente de 2.ª classe . . . . .	H	—
3	4	Técnico auxiliar de laboratório de 1.ª classe . . . . .	J	—
4	6	Técnico auxiliar de laboratório de 2.ª classe . . . . .	K	—
2	4	Preparador de 1.ª classe . . . . .	N	—
7	10	Preparador de 2.ª classe . . . . .	O	—
5	5	Ajudante de laboratório . . . . .	R	—
10	15	Auxiliar de laboratório . . . . .	U	—
<b>Pessoal administrativo</b>				
—	1	Chefe de serviços administrativos . . . . .	J	—
—	1	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
1	1	Segundo-oficial . . . . .	N	—
1	2	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
1	5	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
2	—	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
1	1	Motorista de 2.ª classe . . . . .	U	—
1	1	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
1	2	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
2	2	Serventuário . . . . .	X	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—

(a) Vão indicadas três categorias, consoante o investigador tenha duas diuturnidades de dez anos, uma diuturnidade de dez anos, ou não tenha diuturnidades.

**NOTA**

O oficial que desempenhar funções de tesoureiro terá um abono para falhas de 300\$ mensais.

**QUADRO VI**  
**Direcção-Geral de Saúde**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director-geral . . . . .	B	—
4	3	Inspector superior . . . . .	C	(a) (b)
3	4	Inspector de saúde . . . . .	C	(c)
4	8	Director de serviço . . . . .	D	(d)
1	1	Chefe de repartição . . . . .	F	—
<b>Pessoal técnico</b>				
3	3	Inspector técnico . . . . .	F	—
6	8	Técnico de saúde pública de 1.ª classe . . . . .	F	—
6	10	Técnico de saúde pública de 2.ª classe . . . . .	H	—

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
7	12	Técnico de saúde pública de 3.ª classe . . . . .	I	—
2	4	Estagiário de saúde pública . . . . .	J	—
6	6	Visitadora sanitária . . . . .	Q	(o)
<b>Pessoal administrativo</b>				
3	3	Chefe de secção . . . . .	J	—
4	6	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
8	12	Segundo-oficial . . . . .	N	—
12	18	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
12	20	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
22	22	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
—	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
2	2	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
3	1	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(f) (g)
1	1	Serventuário de 1.ª classe . . . . .	V	—
4	4	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
—	3	Serventuário de 2.ª classe . . . . .	X	—
2	2	Servente . . . . .	Y	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—

- (a) Os inspectores superiores que dirijam serviços terão uma gratificação mensal de 1000\$.
- (b) Será extinto o primeiro lugar de inspector superior que vagar.
- (c) Quando o regime do presente diploma for aplicado às libras adjacentes, as funções de inspector de saúde das respectivas regiões serão desempenhadas pelo da região de Lisboa.
- (d) O provimento de quatro lugares de director de serviço depende da organização na Direcção Geral de Saúde de serviços próprios, em substituição dos actuais do Instituto Maternal, do Instituto de Assistência Psiquiátrica, dos Serviços de Higiene Rural e Defesa Anti-Sazonática e dos Serviços de Saúde Escolar.
- (e) Lugares a extinguir quando vagarem.
- (f) Serão extintos os dois primeiros lugares que vagarem.
- (g) O contínuo de 1.ª classe encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação mensal de 100\$.

**NOTA**

Ao funcionário encarregado de secretariar o director-geral, designado por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, será abonada a gratificação mensal de 1000\$.

**QUADRO VII**  
**Parque Sanitário**

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
1	1	Encarregado de garagem e oficinas . . . . .	N	—
1	1	Encarregado de material sanitário e armazém . . . . .	N	—
1	1	Mecânico-chefe . . . . .	O	—
2	2	Fiel de 1.ª classe . . . . .	S	—
3	3	Ajudante de fiel . . . . .	T	—
2	2	Mecânico . . . . .	T	—
4	4	Artífice . . . . .	U	—
16	16	Motorista de 2.ª classe . . . . .	U	—
3	3	Guarda de 1.ª classe . . . . .	V	—
1	1	Lavador-lubrificador . . . . .	V	—
3	3	Serventuário de 1.ª classe . . . . .	V	—
3	3	Serventuário de 2.ª classe . . . . .	X	—
3	3	Lavador de automóveis . . . . .	X	—
1	1	Auxiliar de artífice . . . . .	X	—
2	2	Roupeira . . . . .	Y	—
1	1	Costureira . . . . .	Y	—

**NOTA**

O funcionário que chefiar o restante pessoal auxiliar perceberá a gratificação mensal de 100\$.

27 DE SETEMBRO DE 1971

1433

QUADRO VIII

Direcção-Geral dos Hospitais

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director-geral . . . . .	B	—
4	2	Inspector superior . . . . .	C	(a) (b)
3	3	Director de zona hospitalar . . . . .	C	(c)
5	6	Director de serviço . . . . .	D	(d)
1	1	Chefe de repartição . . . . .	F	—
<b>Pessoal técnico</b>				
2	2	Inspector técnico . . . . .	F	—
9	12	Técnico de 1.ª classe . . . . .	F	—
12	15	Técnico de 2.ª classe . . . . .	H	—
—	—	Técnico de 3.ª classe . . . . .	I	(e)
1	1	Técnico de serviço social de 1.ª classe . . . . .	J	(e)
2	3	Técnico auxiliar de enfermagem de 1.ª classe . . . . .	J	—
1	2	Técnico auxiliar contabilista de 1.ª classe . . . . .	J	—
1	1	Técnico de serviço social de 2.ª classe . . . . .	K	—
5	6	Técnico auxiliar de enfermagem de 2.ª classe . . . . .	K	—
1	2	Técnico auxiliar contabilista de 2.ª classe . . . . .	K	—
—	—	Técnico auxiliar de 3.ª classe . . . . .	M	(e)
<b>Pessoal administrativo</b>				
2	2	Chefe de secção . . . . .	J	—
4	5	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
5	6	Segundo-oficial . . . . .	N	—
8	8	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
7	9	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
7	10	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
—	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
2	2	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
1	1	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(f)
—	1	Serventuário de 1.ª classe . . . . .	V	—
2	2	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
—	3	Serventuário de 2.ª classe . . . . .	X	—
2	2	Servente . . . . .	Y	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—

(a) Os actuais lugares de inspector superior de Gestão e de Serviços Farmacéuticos serão extintos quando vagarem.  
 (b) Os inspectores superiores que dirijam serviços terão uma gratificação mensal de 1000\$.  
 (c) Lugares a extinguir quando vagarem.  
 (d) Três dos directores de serviço indicados na coluna A e quatro dos indicados na coluna B exercerão funções, como representantes da Direcção-Geral, nas inspecções coordenadoras de região. Os lugares só serão providos à medida que vagarem os de director de zona hospitalar.  
 Quando o regime do presente diploma for aplicado às ilhas adjacentes, as funções do director de serviço para as respectivas regiões serão desempenhadas pelo da região de Lisboa.  
 (e) A admissão é condicionada às vagas existentes nas classes superiores. Decorrido um ano de bom e efectivo serviço, o provimento efectua-se na classe imediatamente superior.  
 (f) O contínuo de 1.ª classe encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação de 100\$.

NOTA

Ao funcionário encarregado de secretariar o director-geral, designado por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, será abonada a gratificação mensal de 1000\$.

QUADRO IX

Direcção-Geral da Assistência Social

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
1	1	Director-geral . . . . .	B	—
1	1	Inspector superior . . . . .	C	(a)
4	5	Director de serviço . . . . .	D	(b)
1	1	Chefe de repartição . . . . .	F	—
<b>Pessoal técnico</b>				
2	2	Técnico de 1.ª classe . . . . .	F	—
2	3	Técnico de 2.ª classe . . . . .	H	—
—	—	Técnico de 3.ª classe . . . . .	I	(c)
1	1	Técnico auxiliar contabilista de 1.ª classe . . . . .	J	—
2	3	Técnico auxiliar contabilista de 2.ª classe . . . . .	K	—
—	—	Técnico auxiliar contabilista de 3.ª classe . . . . .	M	(c)
<b>Pessoal administrativo</b>				
2	2	Chefe de secção . . . . .	J	—
2	4	Primeiro-oficial . . . . .	L	—
7	6	Segundo-oficial . . . . .	N	(d)
8	8	Terceiro-oficial . . . . .	Q	—
8	10	Escriturário-dactilógrafo de 1.ª classe . . . . .	S	—
19	20	Escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe . . . . .	U	—
<b>Pessoal auxiliar</b>				
—	1	Telefonista de 1.ª classe . . . . .	U	—
2	2	Telefonista de 2.ª classe . . . . .	V	—
2	1	Contínuo de 1.ª classe . . . . .	V	(d) (e)
1	—	Porteiro . . . . .	V	(f)
—	1	Serventuário de 1.ª classe . . . . .	V	—
1	2	Contínuo de 2.ª classe . . . . .	X	—
—	3	Serventuário de 2.ª classe . . . . .	X	—
1	2	Servente . . . . .	Y	—
—	—	Paquete . . . . .	—	—
2	—	Auxiliar de limpeza . . . . .	—	(f)

(a) O Inspector superior terá uma gratificação de 1000\$ pela direcção do Serviço de Assuntos Jurídicos.  
 (b) Três dos directores de serviço indicados na coluna A e quatro dos indicados na coluna B destinam-se a representar a Direcção-Geral nas inspecções coordenadoras de região.  
 (c) A admissão é condicionada às vagas existentes nas classes superiores. Decorrido um ano de bom e efectivo serviço, o provimento efectua-se na classe imediatamente superior.  
 (d) Será extinto o primeiro lugar que vagar.  
 (e) O contínuo de 1.ª classe encarregado de dirigir o restante pessoal auxiliar terá uma gratificação mensal de 100\$.  
 (f) A extinguir quando vagarem.

NOTA

Ao funcionário encarregado de secretariar o director-geral, designado por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, será abonada a gratificação mensal de 1000\$.

QUADRO X

Serviços locais

Número de lugares		Cargos	Vencimento segundo o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 49 410	Observações
A	B			
<b>Pessoal dirigente</b>				
18	18	Director de saúde . . . . .	D	(a)
13	73	Delegado de saúde de 1.ª classe . . . . .	F	(b)
50	211	Delegado de saúde de 2.ª classe . . . . .	H	—



**Anexo B:** Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro 1979 – Criação do Serviço Nacional de Saúde

**Lei n.º 56/79  
de 15 de Setembro**

**Serviço Nacional de Saúde**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea d) do artigo 164.º e do n.º 2 do artigo 169.º da Constituição, o seguinte:

**SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

**TÍTULO I**

**Disposições gerais**

**ARTIGO 1.º**

É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.

**ARTIGO 2.º**

O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma, que, na dependência da Secretaria de Estado da Saúde e actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população.

**ARTIGO 3.º**

1 - Compete ao Governo a definição e coordenação global da política de saúde.  
2 - À Administração Central de Saúde, prevista no artigo 24.º deste diploma, incumbe dirigir o SNS e superintender na execução das suas actividades.

**ARTIGO 4.º**

1 - O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e rege-se-á por normas regulamentares a estabelecer.  
2 - O acesso ao SNS é também garantido aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, aos apátridas e aos refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal.

**ARTIGO 5.º**

Ao direito à protecção da saúde assegurado pelo SNS corresponde o dever, que a todos incumbe, de a defender e promover, nos termos da Constituição.

**ARTIGO 6.º**

1 - A garantia consagrada no artigo 4.º compreende o acesso a todas as prestações abrangidas pelo SNS e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.  
2 - O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

**ARTIGO 7.º**

O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.

**TÍTULO II**

**Dos utentes**

**ARTIGO 8.º**

É reconhecida aos utentes a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde, dentro dos condicionalismos referidos na parte final do n.º 1 do artigo 6.º e das normas de distribuição racional e regionalização dos serviços.

**ARTIGO 9.º**

1 - É garantido aos utentes, nas relações com o SNS, o respeito pela sua dignidade e a preservação da intimidade da sua vida privada.

2 - Igualmente são reconhecidos aos utentes os direitos decorrentes da sua integração no agregado familiar e na comunidade a que pertençam.

**ARTIGO 10.º**

É assegurado aos utentes o direito ao sigilo por parte do pessoal do SNS relativamente aos factos de que tenha conhecimento em razão do exercício das suas funções, salvo intervindo decisão judicial ou justa causa de revelação, nos termos legais.

**ARTIGO 11.º**

A violação dos direitos garantidos aos utentes faz incorrer o infractor em responsabilidade disciplinar por falta grave, para além da responsabilidade civil ou criminal que ao caso couber.

**ARTIGO 12.º**

Para além do disposto no artigo anterior, os utentes, sempre que sejam lesados nos seus direitos pelos órgãos ou pessoal do SNS, têm direito a ser indemnizados pelos danos causados, nos termos da lei reguladora da responsabilidade civil extracontratual do Estado no domínio dos actos de gestão pública.

**ARTIGO 13.º**

1 - Os utentes podem ainda apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sempre que se considerem lesados nos seus direitos.

2 - As reclamações, queixas, petições e sugestões devem ser dirigidas à entidade responsável pelo estabelecimento ou serviço a que se refiram, sem prejuízo do direito de reclamação hierárquica, nos termos legais.

**TÍTULO III**

**Dos cuidados de saúde**

**ARTIGO 14.º**

Os utentes do SNS têm direito, em termos a regulamentar, às seguintes prestações:

- a) Cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença;
- b) Cuidados médicos de clínica geral e de especialidades;
- c) Cuidados de enfermagem;
- d) Internamento hospitalar;
- e) Transporte de doentes quando medicamento indicado;
- f) Elementos complementares de diagnóstico e tratamento especializados;
- g) Suplementos alimentares dietéticos;
- h) Medicamentos e produtos medicamentosos;
- i) Próteses, ortóteses e outros aparelhos complementares terapêuticos;
- j) Apoio social, em articulação com os serviços de segurança social.

**ARTIGO 15.º**

1 - O acesso às prestações enunciadas no artigo anterior é assegurado, em princípio, pelos estabelecimentos e serviços da rede oficial do SNS.

2 - Enquanto não for possível garantir a totalidade das prestações pela rede oficial, o acesso será assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excepcionalmente, mediante reembolso directo dos utentes.

**ARTIGO 16.º**

1 - Os cuidados de saúde enunciados no artigo 14.º compreendem cuidados primários e cuidados diferenciados.

2 - Compreendem-se nos cuidados primários:

- a) Os destinados à prevenção da doença e promoção da saúde e os cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo os de clínica geral, materno-infantis e de planeamento familiar, escolares e geriátricos, incluindo os domiciliários;
- b) Cuidados de especialidades, abrangendo nomeadamente as áreas da oftalmologia, da estomatologia, da otorrinolaringologia e da saúde mental;

- c) Internamentos que não impliquem cuidados diferenciados;
- d) Elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo a reabilitação;
- e) Cuidados de enfermagem, incluindo os de visita domiciliária.

3 - Compreendem-se nos cuidados diferenciados o internamento hospitalar e os actos ambulatoriais especializados para diagnóstico e terapêutica e reabilitação e ainda as consultas externas de especialidades.

4 - São compreendidos nos cuidados de nível primário e de nível diferenciado os cuidados de urgência na doença e no acidente.

5 - Os serviços prestadores de cuidados de saúde deverão ainda proceder ao registo de dados estatísticos e à análise epidemiológica.

6 - A prestação dos cuidados de urgência na doença e no acidente previstos no n.º 4 entende-se sem prejuízo do direito de regresso em relação às entidades seguradoras ou outras, no caso responsáveis.

#### ARTIGO 17.º

O acesso aos cuidados diferenciados está condicionado a prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência.

### TÍTULO IV

## Da organização e funcionamento

### CAPÍTULO I

#### Princípios gerais

#### ARTIGO 18.º

1 - O SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispendo de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados.

2 - O SNS será apoiado por estabelecimentos e actividades de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde.

#### ARTIGO 19.º

Aos órgãos do SNS compete, no seu conjunto, assegurar a distribuição racional, a hierarquização técnica e o funcionamento coordenado dos serviços, definir a complementaridade de valências e promover a descentralização decisória e a participação dos utentes no planeamento e na gestão dos serviços.

#### ARTIGO 20.º

Aos órgãos centrais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Estudo e proposta da política de saúde;
- b) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;
- c) Elaboração de normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços;
- d) Inspeção técnica e avaliação de resultados;
- e) Tomada de decisões necessárias à organização e funcionamento do SNS;
- f) Coordenação dos diferentes sectores de actividade;
- g) Elaboração de normas sobre a celebração de convénios com entidades não integradas no SNS e a outorga de convénios de âmbito nacional;
- h) Participação em actividades interministeriais;
- i) Formação e investigação no campo da saúde;
- j) Tutela e fiscalização da actividade privada no âmbito do sector da saúde.

#### ARTIGO 21.º

1 - Aos órgãos regionais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Execução da política de saúde;
- b) Administração e gestão de serviços, registo de dados e análise epidemiológica;
- c) Inspeção;
- d) Contrôlo do exercício profissional;
- e) Planeamento e avaliação da prestação de serviços e das actividades de saúde;

- f) Formação e investigação do campo da saúde;
- g) Celebração de convénios de âmbito regional com entidades não integradas no SNS, de acordo com as normas elaboradas pelos órgãos centrais.

2 - Poderão constituir-se órgãos de âmbito mais alargado que o dos previstos no número anterior, designadamente para os seguintes efeitos:

- a) Utilização de serviços comuns;
- b) Compatibilização de planos e de programas;
- c) Coordenação e supervisão técnica.

#### ARTIGO 22.º

Aos órgãos locais cabem, especialmente, as seguintes atribuições:

- a) Administração e gestão de serviços, nos casos em que tal se justifique;
- b) Coordenação das unidades prestadoras de cuidados primários;
- c) Registo e análise de dados estatísticos.

#### ARTIGO 23.º

1 - É assegurado aos utentes e aos profissionais da saúde o direito de participação no planeamento e na gestão dos serviços.

2 - O direito consagrado no número anterior exerce-se, a nível central, pela participação no Conselho Nacional de Saúde, previsto no artigo 25.º deste diploma, e, a nível regional e local, pela participação nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, previstos, respectivamente, nos artigos 39.º e 40.º deste diploma, para além da participação em órgãos de serviços, em termos a regulamentar.

3 - A representação dos utentes nos conselhos regionais de saúde e nas comissões concelhias de apoio, bem como a representação dos profissionais de saúde, será assegurada por membros designados pelas autarquias e pelas organizações sindicais interessadas, em termos a regulamentar.

### CAPÍTULO II

#### **Dos órgãos centrais**

##### SECÇÃO I

#### ARTIGO 24.º

São órgãos centrais do SNS:

I) De natureza consultiva:

O Conselho Nacional de Saúde.

II) De natureza instrumental:

- a) O Departamento de Ensino e Investigação;
- b) O Departamento de Assuntos Farmacêuticos;
- c) O Departamento de Estudos e Planeamento;
- d) O Departamento de Gestão Financeira;
- e) A Inspeção dos Serviços de Saúde.

III) De natureza executiva:

A Administração Central de Saúde.

##### SECÇÃO II

#### ARTIGO 25.º

1 - O Conselho Nacional de Saúde é um órgão consultivo da Secretaria de Estado da Saúde e visa a unidade de planeamento da política de saúde.

2 - O Conselho Nacional de Saúde tem um presidente designado pela Assembleia da República pelo período da legislatura e os seguintes vogais:

- a) O presidente da Administração Central de Saúde;
- b) O Presidente do Conselho de Segurança Social;
- c) Um representante do MEC;
- d) Um representante do Ministério das Finanças e do Plano;
- e) Um representante de cada região autónoma;

- f) Um representante de cada região de saúde;
- g) Um representante da Ordem dos Médicos;
- h) Um representante dos sindicatos dos enfermeiros;
- i) Dois representantes dos restantes profissionais de saúde a designar pelos respectivos sindicatos;
- j) Cinco representantes dos utentes do SNS.

3 - Os representantes dos utentes são designados pela Assembleia da República no início e pelo período de cada legislatura.

4 - Os representantes das regiões autónomas são designados pelas respectivas assembleias regionais.

#### ARTIGO 26.º

1 - Ao Conselho Nacional de Saúde compete, especialmente, pronunciar-se sobre a definição e a orientação superior da política de saúde, dar parecer sobre as questões que pelo Ministro dos Assuntos Sociais ou pelo Secretário de Estado da Saúde lhe sejam cometidas e intervir nas actividades de responsabilidade interministerial relacionadas com o sector da saúde.

2 - Para efeitos do disposto na parte final do número anterior, são constituídas, no âmbito do Conselho Nacional de Saúde, comissões interministeriais especializadas, presididas por um representante da Secretaria de Estado da Saúde, e em que participam representantes de outros departamentos ministeriais para intervirem, nomeadamente, nos seguintes domínios:

- a) Política demográfica;
- b) Alimentação e nutrição;
- c) Política de habitat, poluição e saneamento de meio;
- d) Formação profissional;
- e) Saúde ocupacional;
- f) Política do medicamento.

3 - Às comissões referidas no número anterior compete propor as medidas necessárias à execução coordenada da política de saúde.

4 - A composição das comissões será fixada em diploma regulamentar.

5 - No Conselho Nacional de Saúde poderão participar técnicos ou entidades de serviços públicos ou privados cuja colaboração seja julgada necessária.

#### SECÇÃO III

#### ARTIGO 27.º

Ao Departamento de Ensino e Investigação compete:

- a) Promover e coordenar as actividades de ensino e investigação no campo da saúde, da responsabilidade do Ministério dos Assuntos Sociais, e propor as medidas destinadas à articulação e uniformização de objectivos de idênticas actividades dependentes de outros Ministérios;
- b) Promover, assegurar e desenvolver a documentação e informação científica e técnica.

#### ARTIGO 28.º

Ao Departamento de Assuntos Farmacêuticos compete:

- a) Intervir nas áreas do licenciamento, produção, importação, comercialização, comprovação, informação e consumo de medicamentos, matérias-primas para uso farmacêutico e produtos parafarmacêuticos;
- b) Conceder o licenciamento dos estabelecimentos relacionados com a produção e comercialização de medicamentos.

#### ARTIGO 29.º

Ao Departamento de Estudos e Planeamento compete:

- a) Elaborar, acompanhar e avaliar os planos sectoriais de desenvolvimento, incluindo a determinação das necessidades em recursos humanos;

- b) Proceder à avaliação global da situação mediante um sistema de informação de saúde;
- c) Estudar e propor as medidas convenientes no campo da economia da saúde;
- d) Assegurar, em geral e no âmbito do sector, as funções previstas no artigo 12.º da Lei n.º 31/77, de 23 de Maio.

#### ARTIGO 30.º

Ao Departamento de Gestão Financeira compete:

- a) Elaborar o orçamento e a conta do SNS;
- b) Acompanhar e avaliar sistematicamente a execução orçamental;
- c) Definir e unificar os planos de contas do SNS e controlar a respectiva gestão económico-financeira.

#### ARTIGO 31.º

À Inspeção dos Serviços de Saúde compete:

- a) Inspeccionar as actividades dos órgãos e serviços integrados no SNS;
- b) Inspeccionar o funcionamento das instituições não oficiais e formas de actividade privada no sector da saúde;
- c) Propor medidas correctivas adequadas;
- d) Realizar inquéritos, sindicâncias e processos disciplinares que lhe sejam determinados.

#### SECÇÃO IV

#### ARTIGO 32.º

À Administração Central de Saúde compete dirigir o SNS segundo a política superiormente definida, coordenar os diferentes sectores de actividade, elaborar normas de funcionamento de estabelecimentos e serviços e de celebração de convénios, outorgar em convénios de âmbito nacional e, em geral, tomar as decisões que não sejam da competência específica do Ministro dos Assuntos Sociais, do Secretário de Estado da Saúde ou de quaisquer outros órgãos.

#### ARTIGO 33.º

1 - A Administração Central de Saúde compreende os seguintes departamentos, dirigidos por directores:

- a) O Departamento de Cuidados Primários;
- b) O Departamento de Cuidados Diferenciados;
- c) O Departamento de Recursos Humanos.

2 - O Departamento de Cuidados Primários actua nas seguintes áreas:

- a) Cuidados gerais de saúde enunciados nos n.os 2, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma;
- b) Contrôlo das doenças transmissíveis e das doenças crónico-degenerativas;
- c) Saúde ocupacional;
- d) Higiene dos alimentos e da nutrição;
- e) Higiene do meio ambiente;
- f) Educação para a saúde.

3 - O Departamento de Cuidados Diferenciados actua na área dos cuidados hospitalares, curativos e de reabilitação, enunciados nos n.os 3, 4 e 5 do artigo 16.º deste diploma.

4 - O Departamento de Recursos Humanos actua nas seguintes áreas:

- a) Recrutamento, selecção e formação do pessoal;
- b) Gestão das carreiras profissionais;
- c) Exercício profissional.

#### ARTIGO 34.º

Os departamentos compreendidos na Administração Central de Saúde prosseguem uma gestão participada por objectivos e exercem uma actividade técnico-normativa assente em estudo e avaliação permanentes.

ARTIGO 35.º

A Administração Central de Saúde é dirigida por um conselho directivo composto pelos directores-gerais dos seus departamentos, que elegem anualmente entre si o presidente.

ARTIGO 36.º

1 - Junto da Administração Central de Saúde funcionam os seguintes gabinetes de apoio dirigidos por directores, equiparados a directores-gerais:

- a) Gabinete de Instalações e Equipamento;
- b) Gabinete de Informática;
- c) Gabinete Jurídico;
- d) Gabinete de Produtos Biológicos.

2 - O Gabinete de Instalações e Equipamento tem as seguintes atribuições:

- a) Programação dos estabelecimentos de saúde e fiscalização da respectiva execução;
- b) Normalização de instalações e equipamentos de saúde;
- c) Segurança das instalações e manutenção dos equipamentos;
- d) Estudos de mercado e normalização de equipamentos.

3 - O Gabinete de Informática tem as seguintes atribuições:

- a) Organização e racionalização administrativa;
- b) Coordenação da documentação e informação.

4 - O Gabinete Jurídico tem as seguintes atribuições:

- a) Elaboração de pareceres jurídicos;
- b) Preparação de legislação.

5 - O Gabinete de Produtos Biológicos tem as seguintes atribuições:

- a) Orientação das actividades relacionadas com o sangue, suas fracções e produtos homólogos, vacinas e soros;
- b) Orientação das actividades relacionadas com tecidos e órgãos.

6 - A Administração Central de Saúde é ainda apoiada por uma repartição administrativa.

CAPÍTULO III

**Dos órgãos regionais e locais**

ARTIGO 37.º

1 - A área de competência dos órgãos regionais será fixada de acordo com a regionalização do País que vier a ser aprovada.

2 - A área de competência dos órgãos locais será a do concelho.

ARTIGO 38.º

1 - São órgãos regionais do SNS as administrações regionais de saúde, directamente dependentes da Administração Central de Saúde, e gozando de autonomia administrativa.

2 - Às administrações regionais de saúde cabem as funções especificadas no artigo 21.º deste diploma.

ARTIGO 39.º

1 - As administrações regionais de saúde integram os estabelecimentos e serviços de saúde oficiais dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais existentes nas respectivas áreas territoriais e coordenam-se com os estabelecimentos e serviços de âmbito supra-regional.

2 - Os estabelecimentos e serviços dependentes de outros departamentos ministeriais, de empresas públicas ou de empresas nacionalizadas, com excepção dos dependentes de departamentos militares, integrar-se-ão nas administrações regionais de saúde à medida que a estrutura do SNS entre em funcionamento nas respectivas regiões.

ARTIGO 40.º

As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho directivo e compreendem um sector de cuidados primários, um sector de cuidados diferenciados e sectores de apoio técnico e administrativo e dispõem, como órgãos consultivos, de um conselho regional de saúde e de uma comissão técnica.

ARTIGO 41.º

São órgãos locais do SNS as direcções dos centros de saúde concelhios, gozando da competência que lhes for delegada pela respectiva administração regional de saúde e dispondo, como órgãos consultivos, de comissões concelhias de apoio.

CAPÍTULO IV

**Dos serviços prestadores dos cuidados de saúde**

ARTIGO 42.º

1 - São serviços prestadores de cuidados primários os centros comunitários de saúde.

2 - São serviços prestadores de cuidados diferenciados os hospitais gerais, os hospitais especializados e outras instituições especializadas.

3 - Os serviços prestadores de cuidados dependem das administrações regionais de saúde, sem prejuízo de autonomia que lhes for fixada por lei.

ARTIGO 43.º

1 - Os serviços prestadores de cuidados primários e os serviços prestadores de cuidados diferenciados estruturam-se e complementam-se de forma articulada quanto ao seu funcionamento.

2 - Nas áreas de especialidades previstas na alínea b) do n.º 2 do artigo 16.º as mesmas equipas asseguram a prestação de cuidados nos serviços referidos no número anterior.

3 - Será sempre assegurada a continuidade e a articulação dos cuidados primários e dos cuidados diferenciados.

4 - Para efeitos dos números anteriores, a coordenação do funcionamento articulado dos cuidados de saúde cabe ao competente órgão regional.

TÍTULO V

**Do estatuto do pessoal**

ARTIGO 44.º

O pessoal do SNS desempenha uma relevante função social ao serviço do homem e da comunidade. Tem a qualidade de funcionário público ou de agente, sem prejuízo de poder beneficiar de estatuto especial.

ARTIGO 45.º

1 - Ao pessoal do SNS que tenha a qualidade de funcionário é assegurado o regime de carreira.

2 - O pessoal que tenha a qualidade de agente não pode beneficiar de tratamento mais favorável do que o estabelecido para o pessoal referido no número anterior.

ARTIGO 46.º

1 - O regime de serviço do pessoal será estabelecido de acordo com as necessidades de funcionamento dos serviços e dos utentes e com a responsabilidade profissional dos quadros.

2 - O regime de serviço pode ser de tempo completo ou de tempo completo prolongado.

3 - Em qualquer das modalidades previstas no número anterior o regime de serviço será, em princípio, em dedicação exclusiva, com impossibilidade do exercício de quaisquer outras funções públicas ou privadas. O respectivo estatuto regulará as condições de exercício da actividade privada fora do horário de serviço e fixará uma remuneração suplementar para a modalidade de dedicação exclusiva.

4 - Em casos especiais a definir pode ainda autorizar-se o regime de tempo parcial ou o regime de contratação.



5 - Os serviços de funcionamento permanente ou de urgência obedecem a organização e esquema especiais de regime de serviço.

6 - São proibidas as acumulações de lugares no SNS, salvo se se verificar inerência de funções, carência de pessoal devidamente habilitado para o exercício de funções ou complementaridade de actividades.

#### ARTIGO 47.º

1 - A avaliação da capacidade para o ingresso e acesso às várias categorias na carreira compreende as seguintes modalidades:

- a) Avaliação mediante concurso;
- b) Avaliação permanente do exercício e treino em serviço;
- c) Avaliação após curso ou estágio de pós-graduação.

2 - As modalidades enunciadas no número anterior podem ser consideradas isoladas ou conjuntamente, de acordo com as características das várias profissões.

#### ARTIGO 48.º

1 - O grau da carreira é independente do exercício efectivo de funções e do regime de serviço.

2 - O exercício efectivo de funções pressupõe o correspondente grau da carreira.

#### ARTIGO 49.º

As remunerações do pessoal do SNS são estabelecidas em função do grau na carreira e do regime de prestação de serviço.

### TÍTULO VI

#### **Do financiamento**

#### ARTIGO 50.º

Incumbe ao Estado mobilizar os recursos financeiros indispensáveis ao SNS, de modo a assegurar a sua progressiva implantação e realização.

#### ARTIGO 51.º

O Governo proporá anualmente à Assembleia da República a afectação ao SNS de uma dotação orçamental que tome em conta a evolução do produto nacional bruto.

### TÍTULO VII

#### **Da articulação com o sector privado**

#### ARTIGO 52.º

O SNS articula-se com a existência e funcionamento de instituições não oficiais e formas de actividade privada no âmbito do sector da saúde, sujeitas à disciplina e controle do Estado, nos termos da Constituição.

#### ARTIGO 53.º

1 - Podem ser estabelecidos convénios entre o SNS e instituições não oficiais ou entidades privadas, designadamente no campo da hospitalização e dos meios de diagnóstico, nos casos em que a rede de serviços oficial não assegure os cuidados de saúde, mediante normas a estabelecer pela Administração Central de Saúde.

2 - Em casos de necessidade pública, pode o Governo, pelo Ministro dos Assuntos Sociais, proceder à afectação ao SNS do uso de instalações hospitalares ou para-hospitalares devolutas ou manifestamente subaproveitadas e respectivos equipamentos, em termos a regulamentar, ou proceder à expropriação dessas instalações e equipamentos, mediante indemnização.

### TÍTULO VIII

#### **Disposições transitórias e finais**

#### ARTIGO 54.º

1 - O exercício do direito e o acesso às prestações, a estrutura interna, a competência, o modo e o regime de funcionamento dos órgãos e serviços, bem como a regulamentação do estatuto do pessoal, constarão de diplomas especiais.

2 - Os diplomas referidos no número anterior estabelecerão ainda as formas e momento da integração dos órgãos e serviços existentes à data da sua publicação,

nomeadamente direcções-gerais e serviços médico-sociais, na estrutura agora instituída.

3 - As formas e o prazo de concretização da proibição estabelecida no n.º 6 do artigo 45.º deste diploma serão também objecto de regulamentação especial.

ARTIGO 55.º

A actuação do SNS na área da saúde ocupacional prevista na alínea c) do n.º 2 do artigo 33.º deste diploma será objecto de regulamentação especial, que fixará também a responsabilidade das empresas nos encargos decorrentes das actividades de medicina do trabalho nas próprias empresas.

ARTIGO 56.º

O SNS articular-se-á com o Serviço Nacional de Ambulâncias e com o Serviço Nacional de Bombeiros nos termos que vierem a ser definidos em portaria conjunta dos Ministros competentes.

ARTIGO 57.º

1 - O SNS e os órgãos competentes da segurança social estabelecerão entre si as formas de coordenação de actividades em todos os sectores em que haja interligação de saúde com segurança social.

2 - De acordo com o número anterior, a celebração de convenções internacionais de segurança social que envolvam compromissos no campo da saúde dependerá de parecer prévio da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 58.º

1 - O SNS entra gradualmente em funcionamento nos termos e nos distritos que forem fixados por resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro dos Assuntos Sociais, dando-se prioridade às zonas mais carenciadas.

2 - Nas restantes zonas deverão promover-se desde já, sob a orientação da Administração Central de Saúde, as acções de planeamento e as medidas indispensáveis à melhoria das estruturas existentes e à sua integração no SNS.

ARTIGO 59.º

Os beneficiários de esquemas de protecção na doença privativos de sector de actividades ou de estratos profissionais determinados integrar-se-ão, na parte referente a cuidados de saúde, no esquema de prestações do SNS, à medida que a sua estrutura entre em funcionamento nos respectivos distritos.

ARTIGO 60.º

Enquanto não se implantar em todo o País o Serviço Nacional de Saúde, são considerados utentes todos os indivíduos que residam nas sucessivas áreas de implantação, sem prejuízo de, em casos de urgência, se permitir o acesso de residentes noutras áreas.

ARTIGO 61.º

O regime de carreira previsto no n.º 1 do artigo 44.º será regulado por decreto-lei, sem prejuízo do que vier a ser estabelecido em estatuto da função pública.

ARTIGO 62.º

O SNS para os Açores e Madeira será objecto de diploma especial informado pelos princípios constantes das presentes normas e pelos que decorrem da autonomia dessas regiões.

ARTIGO 63.º

O SNS será extensivo ao território de Macau, tendo em conta as condições específicas estabelecidas no seu estatuto próprio.

ARTIGO 64.º

1 - Até à publicação do decreto-lei previsto no n.º 1 do artigo 37.º, e para a determinação da área territorial abrangida pelos órgãos regionais, o distrito será considerado para todos os efeitos como unidade regional.

2 - Os distritos poderão ser agrupados com vista à utilização comum de serviços e à hierarquização dos serviços prestadores.

3 - Enquanto não forem definidas as regiões de saúde, a representação prevista na alínea f) do n.º 2 do artigo 25.º será assegurada pelas administrações distritais de saúde, que, de entre si, designarão seis elementos, tendo em conta uma equitativa representação geográfica.

4 - Pode constituir-se mais do que uma administração distrital de saúde nos distritos que abrangem grandes centros urbanos, mediante portaria do Secretário de Estado da Saúde, sob proposta da Administração Central de Saúde.

ARTIGO 65.º

1 - O Governo elaborará, no prazo de seis meses a contar da publicação da presente lei, os decretos-leis necessários à sua execução.

2 - No mesmo prazo será elaborado o Formulário Nacional de Medicamentos, tendo em vista a racionalização do consumo e a valorização do sector nacional, público e privado.

3 - A implantação do SNS deverá iniciar-se no prazo de três meses após a entrada em vigor daqueles diplomas.

Aprovada em 28 de Junho de 1979.

O Vice-Presidente, em exercício, António Arnaut.

Promulgado em 21 de Julho de 1979.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES. - O Primeiro-Ministro, Maria de Lourdes Ruivo da Silva Matos Pintasilgo.

## Anexo C: Decreto-lei nº25936, 12 de Outubro 1935, base IV - organização nacional "Defesa da Família"

12 DE OUTUBRO DE 1935

1477

## MINISTÉRIO DO INTERIOR

Direcção Geral de Saúde

## Decreto-lei n.º 25:936

Num traço de limpida e sã moral, estabelece a Constituição Política que ao Estado cumpre assegurar a «constituição e defesa da família como fonte de conservação e desenvolvimento da raça». «Em ordem à defesa da família — acrescenta o texto constitucional — pertence ao Estado e às autarquias locais proteger a maternidade», que o mesmo é dizer a fecundidade física e moral dos lares portugueses.

Para tanto devem o Estado, as autarquias e as instituições públicas ou particulares cooperar com a família, a fim de lhe facilitar a constituição forte, a defesa moral e o preenchimento dos seus deveres e responsabilidades.

Esta cooperação pode resultar já, indirectamente, da própria actividade administrativa que favorece as condições gerais de salubridade, promove a melhoria económica da vida familiar, acomoda a tributação aos seus encargos legítimos, ou evita a corrupção dos costumes que no vigor da família tem inevitável reflexo; já de uma assistência directa, higiénica, social e moral, praticamente traduzida em ensinamentos e socorros prestados às mãis, e ainda na cooperação dada à obra educativa ou de correcção por intermédio de estabelecimentos oficiais, ou dos particulares favorecidos e auxiliados pelo Estado.

Para que a linha doutrinária do texto constitucional não sofra desvio ao sabor de erróneas concepções, hoje tam vulgarizadas, sob a mesma aparência de assistência familiar ou social, convém ter presentes as suas ideias fundamentais: toda a acção do Estado, das autarquias ou das instituições particulares, em ordem à defesa da família, visará a cooperar com a própria família, e não a substituí-la; a facilitar o cumprimento dos seus deveres, e não a amortecer a sua responsabilidade económica e social; e, pelo que respeita à assistência directa às famílias, ao Estado incumbe, de preferência a exercê-la, «promover e auxiliar» a formação dos organismos de solidariedade que a deverão prestar. A função dos organismos oficiais, exemplar e orientadora, deverá conservar, quanto à satisfação directa das necessidades, um carácter supletório.

Tais os princípios da Constituição Política, cuja superioridade harmónica com as tradições de solidariedade da nossa terra não devemos consentir seja abastardada pela imitação ou importação de um providencialismo estatista de origens suspeitas. E, uma vez assentes, importa ensaiar a sua aplicação prática, chamando a cooperar na salutar cruzada todas as energias nacionais.

No intuito de chamar a atenção das autarquias, das Casas do Povo, das Misericórdias, das Irmandades, de todas as instituições de assistência ou caridade, das próprias famílias e, de um modo geral, de todos os homens bons de Portugal, para as responsabilidades especiais que a assistência à maternidade impõe em ordem à defesa da família e por ela das gerações de amanhã, pensa o Governo em promover uma acção de propaganda adequada, que poderá chamar-se *Jornada das Mães de Família*.

Seguidamente, e como fruto que espera colhêr dessa propaganda, fomentará aplicações práticas acomodadas aos diversos meios locais.

No capítulo especial de protecção à maternidade, o Governo, ou a instituição agora encarregada de dirigir a actuação do Estado neste objectivo, procurará auxiliar e

favorecer pequenos postos de consulta e de orientação, especialmente destinados a ministrar às mãis, grávidas, parturientes ou lactantes os ensinamentos de profilaxia ou puericultura e os socorros de urgência de que mais carecerem e os quais lhes deverão, quanto possível, ser prestados no próprio domicílio.

O bem da família chega a ser contrariado pela adopção sistemática das maternidades, dos hospitais e das creches. Têm essas instituições o seu cabimento social, quando delas se não abuse, sobrecarregando-as, em casos normais, com responsabilidades económicas, sociais e morais pertencentes à família e de que esta não pode alhear-se sem detrimento seu.

Referindo-nos neste lugar mais especialmente às maternidades, não se julga favorável ao bem da família o internamento sistemático das mãis, nos casos de gravidez ou parto, cuja anormalidade não reclame cuidados ou intervenções especiais. Não é somente ao problema médico que se torna mester atender. O abandono do lar, mesmo temporário, é com frequência portador de graves inconvenientes para a integridade moral da família e tanto basta para que deva quanto possível evitar-se.

Neste como noutros aspectos de tam importante problema haverá a prática de acomodar-se às condições especiais dos nossos meios citadinos ou rurais, para que a actuação a exercer se torne conveniente, e social e moralmente proveitosa.

Com este elevado intuito:

Usando da faculdade conferida pela 2.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º É instituída uma organização nacional denominada *Lar Português*, que se destina a difundir os princípios e a preparar os meios e providências práticas, em ordem à defesa da família. A direcção da organização será composta do Presidente do Conselho, Ministros do Interior, da Instrução Pública e da Justiça e Sub-Secretário de Estado das Corporações e Previdência Social.

Art. 2.º A orientação, os trabalhos e os objectivos do *Lar Português* constam das bases anexas ao presente decreto e que dêle fazem parte integrante.

Art. 3.º Os organismos oficiais de saúde ou assistência, as autarquias locais e os funcionários dos respectivos quadros são obrigados a prestar aos trabalhos e fins da organização a cooperação técnica e o auxílio material que dependerem dos seus serviços e recursos; outrossim poderá a organização requisitar a favor dos seus trabalhos os serviços profissionais dos médicos civis ou militares de qualquer organismo do Estado ou das autarquias locais.

Art. 4.º As iniciativas particulares destinadas a preencher alguns dos objectivos da organização serão auxiliadas e favorecidas pelo Estado, por meio de isenções, subsídios e participação no custo das obras ou serviços realizados, nos termos que em regulamento especial se determinarem.

Art. 5.º Ficam autorizados os Ministros do Interior e das Finanças a efectuar dentro do orçamento as transferências de verbas necessárias à imediata execução do presente decreto.

Publique-se e cumpra-se como nêle se contém.

Paços do Governo da República, 12 de Outubro de 1935. — ANTÓNIO ÓSCAR DE FRAGOSO CARMONA — António de Oliveira Salazar — Henrique Linhares de Lima — Manuel Rodrigues Júnior — Abílio Augusto Valdez de Passos e Sousa — Anibal de Mesquita Guimarães — Armindo Rodrigues Monteiro — Duarte Pacheco — José Silvestre Ferreira Bossa — Eusébio Tamagnini de Matos Encarnação — Sebastião Garcia Ramires — Rafael da Silva Neves Duque.

Bases a que se refere o artigo 2.º do decreto-lei n.º 25:936

#### BASE I

A defesa da família, dentro dos princípios da Constituição Política da República, supõe garantido o direito de ela se constituir e de realizar os seus fins próprios de procriação e educação da prole, de aperfeiçoamento e amparo de todos os seus membros. Harmónicos com este direito e garantia estão o dever e responsabilidade que sobre a família impendem de procurar obter pelos recursos da sua própria actividade e previdência, valorizada esta pela associação, a sua constituição sadia, o sustento e educação dos seus elementos e a própria defesa do seu ambiente moral.

#### BASE II

Ao Estado e às autarquias locais incumbe respeitar e favorecer, na sua actividade política e administrativa, o desenvolvimento da função e acção familiar, já abstenendo-se de medidas que a contrariem ou ameacem, já cooperando directamente com ela, pelo afastamento das causas que a perturbam ou enfraquecem, ou pelo auxílio e assistência prestados para a realização de algum dos fins que à mesma competem.

#### BASE III

A Constituição Política prevê a cooperação do Estado com a família:

- a) Na sua constituição independente e em condições de salubridade;
- b) Na defesa da sua economia, pela instituição do casal de família, pela incidência dos impostos em harmonia com os encargos legítimos, e pela adopção do salário familiar;
- c) No desempenho dos deveres de educação e correcção da prole, pela fundação de estabelecimentos oficiais e fomento de outros particulares que facilitem à família o cumprimento desses deveres;
- d) Na protecção à maternidade;
- e) Nas providências destinadas a evitar a corrupção dos costumes.

#### BASE IV

Em ordem a proteger a maternidade, além da cooperação derivada de se adoptarem medidas gerais de higiene e salubridade pública, o Estado promoverá, fomentará e auxiliará as seguintes formas de assistência:

- a) Combate às causas de degenerescência física, especificadamente o alcoolismo e a sífilis;
- b) Difusão das noções de higiene da gravidez e de profilaxia preventiva contra os mórboos que podem pôr em risco a vida ou a resistência orgânica dos nascituros;
- c) A assistência e socorro especial por ocasião do parto;
- d) Difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura, e a instituição de socorros especiais tendentes a reduzir a mortalidade infantil, derivada da ignorância ou insuficiência económica;
- e) Combate a todos os erros, aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação.

#### BASE V

Os socorros às grávidas e parturientes deverão de preferência ser prestados no próprio domicílio, tendo em atenção as condições e possibilidades regionais.

O Estado e autarquias locais favorecerão a instalação, nos bairros dos centros urbanos e nas freguesias rurais, de pequenas consultas destinadas a proporcionar às mães de família os ensinamentos, cuidados higiénicos

e socorros de urgência de que carecerem durante a gravidez, parto e lactação.

Uma das formas de auxílio será a comparticipação do Estado e das autarquias no custo das pequenas instalações sanitárias e no dos transportes destinados a assegurar a visita periódica de médicos ou enfermeiras, ou a transferência das doentes nos casos em que o internamento em hospitais ou maternidades seja de exigir.

#### BASE VI

Com o fim de persuadir a necessidade de promover e intensificar a protecção especial à maternidade e difundir os princípios contidos nestas bases, a organização criada pelo decreto de que estas fazem parte determinará a realização oportuna de jornadas de propaganda denominadas *Jornadas das Mães de Família*, para cuja execução será instituída, sob proposta do Ministro do Interior, uma comissão de propaganda, que por seu turno proporá as delegações distritais e concelhias.

Dessa comissão farão parte, além de elementos técnicos de reconhecida competência, os representantes das misericórdias e dos organismos de assistência particular junto da Câmara Corporativa, aos quais compete propor os elementos que por parte das mesmas entidades deverão fazer parte das delegações distritais e concelhias.

#### BASE VII

Serão oficialmente reconhecidas como colaboradores da organização em defesa da família as enfermeiras visitadoras propostas pelas instituições particulares que tomarem a seu cargo algum dos objectivos especiais de protecção à maternidade, e ainda as propostas pela comissão de propaganda ou suas delegações distritais e concelhias. Na admissão das visitadoras deverá atender-se à sua competência técnica e, com o maior rigor, ao seu comportamento e idoneidade moral.

Ministério do Interior, 12 de Outubro de 1935.— O Ministro do Interior, *Henrique Linhares de Lima*.

## MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Direcção Geral da Contabilidade Pública

Decreto n.º 25:937

Com fundamento no disposto no artigo 2.º do decreto n.º 24:914, de 10 de Janeiro de 1935, e mediante proposta aprovada pelo Ministério das Finanças, nos termos do mesmo artigo;

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º É aberto no Ministério das Finanças, a favor do mesmo Ministério, um crédito especial da quantia de 80.000\$, que constituirá a dotação da alínea a) «Para a aquisição de um automóvel» de um novo, n.º 2) «De semoventes» do artigo 129.º, capítulo 8.º, do orçamento do Ministério das Finanças decretado para o ano económico de 1934-1935.

Art. 2.º É anulada igual quantia de 80.000\$ nos 50 por cento a que se refere o decreto n.º 25:299, da verba de 13.000.000\$, inserida no n.º 1) do artigo 9.º, capítulo 1.º, do referido orçamento.

Art. 3.º É autorizado o Ministério das Finanças a fazer a entrega, ao representante da casa Buick, do automóvel em uso no mesmo Ministério.

Este crédito foi registado na Direcção Geral da Contabilidade Pública e a minuta do presente decreto foi examinada e visada pelo Tribunal de Contas, como pre-

Anexo D: Decreto-lei nº 32651. 2 de fevereiro 1943 “Diário do Governo. I Série, nº 26 - Instituto Maternal

Têrça-feira 2 de Fevereiro de 1943

I Série — Número 26



# DIÁRIO DO GOVÊRNO

PREÇO DÊSTE NÚMERO — 1\$50

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e à assinatura do *Diário do Governo*, deve ser dirigida à Administração da Imprensa Nacional. As publicações literárias de que se recebem 3 exemplares anunciam-se gratuitamente.

ASSINATURAS	
As 3 séries . . . . .	Ano 1943 . . . . .
A 1.ª série . . . . .	80\$
A 2.ª série . . . . .	80\$
A 3.ª série . . . . .	80\$
Semestre . . . . . 130\$	
. . . . . 45\$	
. . . . . 45\$	
. . . . . 45\$	
Para o estrangeiro e colónias acresce o porte do correio	

O preço dos anúncios (pagamento adiantado) é de 2\$50 a linha, acrescido do respectivo imposto do selo. Os anúncios a que se referem os §§ 1.º e 2.º do artigo 2.º do decreto n.º 10-112, de 24-IX-1924, têm 40 por cento de abatimento.

## SUMÁRIO

### Ministério do Interior:

Decreto-lei n.º 32:651 — Cria o Instituto Maternal.

### Ministério da Marinha:

Declaração de ter sido autorizada a transferência de uma verba dentro do capítulo 4.º do orçamento do Ministério.

### Ministério dos Negócios Estrangeiros:

Portaria n.º 10:325 — Fixa os abonos para despesas com o pessoal assalariado das embaixadas e legações.

Portaria n.º 10:326 — Fixa os abonos para despesas com o pessoal assalariado dos consulados.

### Ministério das Obras Públicas e Comunicações:

Portaria n.º 10:327 — Substitue a actual redacção do capítulo III da tarifa de despesas acessórias adoptada em todas as linhas férreas do continente.

## MINISTÉRIO DO INTERIOR

### Sub-Secretariado da Assistência Social

#### Decreto-lei n.º 32:651

1. O problema das maternidades viveu entre nós, durante largos anos, somente das aspirações de alguns mestres da obstetrícia.

Até 1927 pouco mais existia em Lisboa, para recolha de gestantes ou parturientes, além da velha enfermaria de Santa Bárbara, dos Hospitais Civis de Lisboa, cujas deficiências inspiraram páginas de amargurado anseio ao notável professor que a teve como único recurso de ensino e assistência.

E não era melhor a situação nas outras terras do País. Em 1931 abriu-se em Lisboa a Maternidade Magalhães Coutinho, que dispõe actualmente de uma lotação de 130 a 140 camas e de instalações para ensino da especialidade.

A aspiração de uma maternidade-centro de assistência médico-social, alimentada desde 1914, veio a realizar-se pela construção e abertura da Maternidade Alfredo da Costa, em 5 de Dezembro de 1932.

E, volvidos cinco anos, podia o Governo, no relatório do decreto-lei n.º 29:030, de 30 de Setembro de 1938, ufanar-se de «mais uma realização séria do Estado Novo», a Maternidade Júlio Diniz, do Pôrto.

Neste mesmo ano foram melhoradas as instalações da enfermaria de Santa Bárbara, elevada desde então à categoria de pequena maternidade.

2. Ao mesmo passo que se ampliavam as instalações foi evoluindo a própria doutrina sobre a função médico-social das maternidades.

Deixaram estas de ser olhadas como simples casas de abrigo de pejudas ou câmaras de parturição, para serem havidas como centros promotores e orientadores das várias formas de assistência materno-infantil.

Não deve esta alcançar somente as curtas horas do nascimento, mas a vigilância da gravidez e do puerpério, cuja acção preventiva visa a defender e melhorar os frutos da descendência humana. E maior amplitude nos revela se do terreno da técnica passamos aos aspectos sociais.

A mãe não pode considerar-se isolada, mas no quadro familiar e no meio social a que pertence, e, por isso, dentro das condições e possibilidades que estes oferecem as suas responsabilidades maternas.

Normalmente o domicílio é o lugar próprio para o nascimento dos filhos. Esse acontecimento caracteriza e favorece a intimidade do lar; o bem da família reclama que essa louvável prática se mantenha, e a melhor técnica não exige que a maternidade se converta em substituto obrigatório do seio familiar. Mas neste não deve a mãe ficar privada dos cuidados de que possa carecer.

A mãe grávida, puerpera ou lactante aconselhou a boa higiene maternal, em todos os tempos, repouso e alimentação convenientes; estas condições normais são, porém, frequentemente perturbadas ou impedidas pela desordem da vida moderna, que umas vezes gera a deficiência económica do lar e outras sacrifica a nobre função materna a fins secundários ou simplesmente mundanos.

Para assegurar à mãe cuidada vigilância higiénica deverão as maternidades instituir, como extensão social do socorro de internamento, a assistência ao parto no domicílio.

Através de postos de consulta e vigilância pre-natal e post-natal, disseminados nos grandes agregados urbanos e nas povoações rurais, será promovido o internamento nos casos anormais ou quando faltar o domicílio.

A protecção jurídica ao nascituro, estatuída na lei civil, tornar-se-á illusória se não fôr acompanhada de uma protecção higiénica e social. Se às mãis abandonadas ou repelidas pelo próprio meio familiar não fôr oferecido o discreto amparo de um *hospício maternal*, serão facilmente assaltadas pelas ideias negras do desespero, do aborto ou do infanticídio.

Como modalidades de assistência post-natal serão promovidas ou auxiliadas, na medida do possível, obras complementares, entre as quais figuram os *abrigos de convalescentes*, para mãis carecidas de repouso ou tratamento especial durante o puerpério, as *cantinas maternas* e *creches-lactários*, destinadas a orientar as mãis lactantes e a prestar-lhes o socorro de alimentação de que elas ou os filhos recém-nascidos possam carecer.

Nenhuma destas modalidades deverá, porém, esquecer a sua verdadeira função de *escola de mães*, de coooperadora da família, e não de substituto da sua missão social.

A creche-lactário, que, em vez de orientar e estimular a mãe lactante a completar a geração do filho, começada nas suas entranhas, pela criação ao seu próprio peito — como o impõe a natureza e o recomenda a melhor higiene — a instigasse, directa ou indirectamente, a substituir o aleitamento natural pelo artificial, viria prestar, higiénica e socialmente, um mau serviço.

Toda a assistência tutelar da maternidade deverá ter em vista a correcção das deficiências económicas e morais, que impelem ao abandono das regras de higiene natural e à própria demissão das responsabilidades familiares.

3. Esta função médico-social, atribuída às maternidades e instituições com ela coordenadas, não é mais do que a insistência na doutrina fixada no decreto-lei n.º 25:936, de 17 de Outubro de 1935, que determinou a Organização Nacional Defesa da Família, e no decreto-lei n.º 29:030, que instituiu a Maternidade Júlio Diniz.

A preferência pela assistência domiciliária, nos casos normais, consta da base v anexa ao primeiro dos citados decretos, onde se lê:

Os socorros às grávidas e parturientes deverão de preferência ser prestados no próprio domicílio, tendo em atenção as condições e possibilidades regionais. O Estado e autarquias locais favorecerão a instalação, nos bairros dos centros urbanos e nas freguesias rurais, de pequenas consultas destinadas a proporcionar às mães de família os ensinamentos, cuidados higiénicos e socorros de urgência de que carecerem durante a gravidez, parto e lactação. Uma das formas de auxílio será a comparticipação do Estado e das autarquias no custo das pequenas instalações sanitárias e no dos transportes destinados a assegurar a visita periódica de médicos ou enfermeiras, ou a transferência das doentes nos casos em que o internamento em hospícios ou maternidades seja de exigir.

Esta doutrina foi ainda expressamente consignada no texto do artigo 3.º do segundo dos referidos decretos, nestes termos:

Só deverão ser internadas as grávidas e parturientes nos precisos casos em que se verifique a absoluta necessidade de hospitalização, preferindo, portanto, a assistência domiciliária, sempre que possa dispensar-se o internamento.

E no texto dos artigos 5.º e 6.º d'este mesmo decreto se encontram por igual determinadas várias formas complementares de assistência social, tais como: «defesa dos direitos das mães e filhos abandonados, de acôrdo com os serviços das tutorias de infância e da Obra de Defesa da Família» (artigo 5.º), «fornecer às grávidas e mães que criem os filhos, quando sejam reconhecidamente pobres, um refôrço de alimentação ou dieta adequada, como complemento necessário dos cuidados clínicos que se lhes ministrem» (artigo 6.º).

Como porém o peso das idéas feitas e das rotinas criadas torna difícil a passagem da doutrina à prática, importa rever o funcionamento desta e de outras maternidades, com o fim de as sujeitar a uma orientação doutrinária comum e de obter a coordenação da sua actividade com a de outras instituições de assistência materno-infantil e com as finalidades atribuídas à organização nacional Defesa da Família.

Com este intuito se estabelece no Instituto Maternal

agora criado uma centralização executiva, em aplicação dos princípios fixados no decreto-lei n.º 31:666, de 22 de Novembro de 1941, cujo alcance, para os fins do presente decreto, importa esclarecer.

4. Por parte da Direcção Geral de Saúde, de algumas Juntas de Província, Câmaras e Misericórdias têm sido envidados, nos últimos anos, louváveis esforços na promoção da assistência infantil, e a estes se têm juntado os de muitas iniciativas particulares.

Como mais de uma vez se tem afirmado, não pertence normalmente ao Estado e às autarquias, provinciais ou concelhias, a prestação directa da assistência, e por isso a criação do Instituto levará naturalmente a congregar sob a sua direcção as modalidades de carácter materno-infantil actualmente na dependência administrativa do Estado ou das autarquias; será porém respeitada a autonomia das instituições particulares que a actividade do Instituto, longe de prejudicar, visa a favorecer.

Quanto a estas, o Instituto deverá actuar, como centro propulsor da sua difusão, de harmonia com as directrizes superiores e tendo em vista obter uma acção assistencial mais extensa e um rendimento quanto possível perfeito.

O mesmo pensamento dominador de uma centralização directiva leva a congregar no Instituto as três maternidades actualmente existentes em Lisboa: Alfredo da Costa, Magalhães Coutinho e Santa Bárbara. Tem esta última mantido as honras de maternidade de ensino, que, aliás, não merecia, pela deficiência das suas instalações, mesmo após a ampliação e melhoria conseguidas há poucos anos.

E, pois, concedido à Faculdade de Medicina poder ministrar o ensino da obstetria na Maternidade Magalhães Coutinho, que, para esse efeito, possui instalações adequadas, e sob a superintendência do professor da respectiva cadeira.

Na Maternidade Alfredo da Costa, criada para centro médico-social, serão instaladas as secções centrais do Instituto e os serviços indispensáveis à efectivação dos fins previstos no artigo 1.º do presente decreto.

Sem necessidade de tomar partido pela admissão da ginecologia como secção independente ou como subdivisão da cirurgia geral, basta levar em conta o interesse prático das investigações ginecológicas para lhes dar lugar próprio no quadro dos serviços de um instituto de assistência maternal. Os laboratórios privativos de análises clínicas e histológicas serão abertos a todos os investigadores d'este ramo de ciência médica.

Considera-se também indispensável o aperfeiçoamento de algumas especialidades, como a incubação de débeis, a alimentação especial dos prematuros e outras com justo cabimento num instituto orientador.

5. Como serviços novos figuram os cursos estagiários de enfermeiras puericultoras e os estágios para aperfeiçoamento de médicos.

O maior âmbito da assistência a prestar a nascituros e nascidos justifica a mudança do título vulgar de parturientes.

Na verdade, se a assistência à maternidade não pode julgar-se completa nem perfeita com os auxílios prestados no acto do nascimento, também à competência da enfermeira assistente não pode bastar o conhecimento prático dos cuidados que nesse transe importam à mãe e ao filho, mas deve abranger na especialização a assistência a prestar antes, durante e depois do parto.

Mas de pouco valeria ainda que a enfermeira possuísse toda a técnica, se viesse a faltar-lhe o sentido das responsabilidades como mensageira da vida e defensora da gloriosa dignidade maternal.

E, porque este sentido quasi inteiramente se perdeu em muitas profissionais, interessa ao futuro da grei empregar urgentemente todos os esforços para a sua recuperação.

Tal é o fecundo objectivo dos cursos estagiários de enfermeiras puericultoras que se confiam à direcção do Instituto.

A organização de estágios para aperfeiçoamento e especialização de médicos em obstetria, ginecologia e puericultura encontra a sua natural justificação no desenvolvimento que as necessidades reclamam destas modalidades de assistência.

Na organização das secções ou serviços que vierem a ser atribuídos às Maternidades Magalhães Coutinho e Santa Bárbara a direcção do Instituto terá em vista a distribuição conveniente das grávidas, parturientes, infectadas, abortantes e abortadas.

As actividades externas do Instituto serão exercidas em Lisboa em cooperação com os serviços de assistência infantil atribuídas à Misericórdia pelo decreto-lei n.º 32:255.

6. Assegurada a unidade de orientação, julga-se de igual vantagem desconcentrar a actividade do Instituto, pela criação de delegações no Pôrto e em Coimbra.

A delegação do Pôrto é constituída pela concentração de serviços ou instituições de assistência materno-infantil já existentes.

Reconhecido o mérito da sua louvável actividade precursora, importa intensificá-la e desenvolvê-la. As instalações do Dispensário dos Pobres do Pôrto, de tam meritórias tradições no socorro infantil, é dado aproveitamento adequado às necessidades desta assistência naquela cidade e aos fins para que foi construído. Do agrupamento da delegação virão ainda a fazer parte outras instituições infantis sob a administração das autarquias locais, sem prejuízo dos subsídios de cooperação que delas continuarão a receber.

A delegação ficará também agregada a Maternidade Júlio Diniz, continuando sujeita, na parte respeitante ao ensino, à superintendência do professor da respectiva Faculdade e, na parte administrativa e de extensão assistencial, à direcção delegada do Instituto.

Por forma idêntica poderá vir a ser instituída a delegação de Coimbra, mas a concentração a realizar para esse efeito reclama prévio estudo, que se confia à comissão instaladora do Instituto.

7. A previsão de tam vasto plano de assistência à maternidade e à primeira infância não significa que se julgue possível a sua imediata execução integral, antes esta se deseja condicionada pelas possibilidades tanto económicas como de pessoal convenientemente preparado.

A execução das directrizes a que fica submetido o labor assistencial do Instituto e das actividades coordenadas ou complementares é tarefa de valor técnico e de interesse público suficiente para absorver a atenção especializada de alguns homens, e por isso se julga inconveniente e defesa a sua acumulação com a de outros cargos, à excepção da função docente nas maternidades em que fica permitido exercê-la.

8. Finalmente, mantém o presente decreto, em termos que se afiguram exequíveis, o princípio moralizador, consignado no artigo 10.º do referido decreto-lei n.º 29:030, de reverterem para os fins da assistência social as receitas provenientes de serviços prestados a pensionistas.

Considera-se abusiva a prática de fazer das instituições de assistência clínicas para abomados, com prejuízo

ou manifesto abandono dos mais pobres; e não é menos condenável a condescendência — com que tantas vezes se procura iludir a primeira — de fazer passar como pobres muitos que têm meios suficientes, e por isso deviam contribuir, de harmonia com as suas posses, para tornar menos onerosa a assistência pública e mais extensa e perfeita a devida aos verdadeiros indigentes.

No intuito de obviar a semelhantes adulterações da função assistencial se determina que fique sujeita a inquérito a situação económica dos assistidos e revertam para as instituições as receitas colhidas em pagamento de serviços.

Atenua-se porém a rigidez do princípio na parte respeitante aos honorários, clínicos ou cirúrgicos, por serviços prestados a pensionistas que paguem integralmente os preços da respectiva tabela, dos quais poderá ser atribuída uma percentagem ao médico que os tiver prestado. Desta maneira se poderá obter uma distribuição mais equitativa de trabalho e oferecer estímulo conveniente à valorização das aptidões profissionais.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pela 2.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º É criado o Instituto Maternal, com as seguintes finalidades:

1.ª Efectivar e coordenar a prestação de assistência médico-social à maternidade e à primeira infância;

2.ª Organizar e dirigir investigações científicas tendentes a melhorar a assistência referida no número anterior;

3.ª Organizar e manter estágios de aperfeiçoamento de médicos em toconomia, ginecologia e puericultura;

4.ª Organizar e dirigir cursos estagiários de enfermeiras puericultoras;

5.ª Colaborar no combate às causas de degenerescência física e às aberrações e crimes contrários aos deveres naturais e morais da procriação e, bem assim, na difusão das noções fundamentais de higiene e puericultura.

§ 1.º A assistência à maternidade respeitará o princípio consignado no artigo 3.º do decreto-lei n.º 29:030, de 30 de Setembro de 1938, e será normalmente exercida através de postos de consulta pre-natal e post-natal e de socorro ao domicílio, os quais receberão dos serviços instalados na sede e delegações do Instituto, ou nas maternidades agregadas, a orientação técnica e a cooperação assistencial que se tornar indispensável.

§ 2.º Os serviços de investigação poderão ser facultados a voluntários que, dentro da disciplina dos regulamentos internos, se propuserem estudos adequados às finalidades do Instituto.

§ 3.º Os estágios de aperfeiçoamento terão a duração de três anos, seguirão o regime de internato e o ingresso dos candidatos será efectuado por meio de concurso.

§ 4.º Os cursos estagiários de enfermeiras puericultoras serão organizados quanto possível em regime de internato e nêles terão ingresso enfermeiras que pretendam obter a especialização.

Art. 2.º O Instituto terá a sua sede em Lisboa, na Maternidade Alfredo da Costa, e delegações no Pôrto e em Coimbra.

§ único. A delegação do Pôrto será constituída pelo Instituto de Puericultura, criado pelo decreto-lei n.º 28:030, de 28 de Janeiro de 1932, pelo actual Dispensário do Pôrto para crianças pobres e por outras instituições de assistência materno-infantil administradas pelas autarquias da mesma cidade. A delegação terá a sua sede no edificio do referido Dispensário, que, para esse efeito, será liberto de quaisquer serviços estranhos.



Art. 3.º Consideram-se agregadas ao Instituto as Maternidades Magalhães Coutinho e Santa Bárbara e à sua delegação no Pôrto a Maternidade Júlio Diniz.

§ 1.º De futuro poderão vir a ser agregadas outras maternidades ou instituições de assistência infantil.

§ 2.º O Instituto exercerá a sua actividade em coordenação com a organização nacional Defesa da Família e em cooperação com as instituições particulares que se propuserem a realização das finalidades 1.ª e 5.ª do artigo 1.º

Art. 4.º Enquanto as Faculdades de Medicina de Lisboa e Pôrto não possuírem instalações próprias para o ensino da obstetricia poderá o mesmo ser ministrado em Lisboa, na Maternidade Magalhães Coutinho e, no Pôrto, na Maternidade Júlio Diniz.

§ único. A superintendência técnica dos serviços destinados ao ensino competirá aos professores das respectivas cadeiras, sem prejuízo da disciplina administrativa e da função assistencial das maternidades.

Art. 5.º O Instituto gozará de personalidade jurídica e autonomia administrativa e será dirigido por um director e um sub-director, nomeados pelo Ministro, em comissão, renovável, de cinco anos. As delegações do Instituto terão um director e as maternidades agregadas directores ou sub-directores, conforme a sua categoria, sendo aqueles e estes nomeados pelo Ministro, sob proposta do director do Instituto.

Art. 6.º As funções de director e sub-director são in cumuláveis com quaisquer outros cargos ou funções públicas, e, pelo menos, um dêles terá residência na sede do Instituto e exercerá a superintendência administrativa dos serviços na mesma instalados.

Art. 7.º O director do Instituto tomará parte nos organismos de consulta ou orientação superior em que sejam versados assuntos de assistência à maternidade e à primeira infância.

Art. 8.º Constituem receita do Instituto:

1.º A remuneração de serviços prestados, pagos pelos assistidos, suas famílias, autarquias ou outras entidades responsáveis;

2.º Os espólios dos doentes que venham a falecer em algum dos estabelecimentos agregados e não reclamados no prazo de três meses por quem de direito;

3.º O produto de doações, heranças ou legados deixados em seu favor;

4.º Os subsídios do Estado ou das autarquias.

§ 1.º Das importâncias de honorários clínicos ou cirúrgicos, pagos integralmente ao preço das tabelas aprovadas, sairá, para o médico que tiver prestado os respectivos serviços, a percentagem fixada pelo Ministro.

§ 2.º Junto do Instituto e suas delegações serão criadas secções do inquérito assistencial previsto no artigo 6.º do decreto-lei n.º 31:666, de 22 de Novembro de 1941, sem prejuízo do disposto no § 4.º do artigo 2.º do decreto-lei n.º 32:255, de 12 de Setembro de 1942.

Art. 9.º O Ministro do Interior nomeará uma comissão instaladora do Instituto, com os poderes seguintes:

a) Propor a adaptação, remodelação e revisão dos estatutos, funções e quadros das instituições que, nos termos do § único do artigo 2.º e do artigo 3.º, ficam concentradas no Instituto ou a êle agregadas, e bem assim a organização e orientação dos novos serviços ou modalidades necessárias à realização dos seus fins;

b) Propor o regime de administração, os regulamentos, programas e instruções que se tornarem indispensáveis, os quais poderão entrar em vigor, mediante despacho ministerial, por um período de experiência;

c) Exercer a direcção e gerência da Maternidade Alfredo da Costa durante a fase da sua reorganização, até ser nomeada a direcção do Instituto;

d) Propor a nomeação das pessoas que interinamente devem exercer a direcção das delegações e as direcções

e sub-direcções referidas na segunda parte do artigo 5.º, e bem assim a do pessoal indispensável ao funcionamento dos actuais ou novos serviços;

e) Propor as medidas necessárias para instalar a delegação do Instituto em Coimbra.

Art. 10.º Tanto na remodelação prevista na alínea a) do artigo anterior, como na organização do Instituto e nomeação do seu pessoal, serão tidas em conta as disposições aplicáveis dos decretos-leis n.ºs 31:666, de 22 de Novembro de 1941, e 31:913, de 12 de Março de 1942, e as normas seguintes:

1.º Os chefes dos serviços de obstetricia e ginecologia serão livremente escolhidos pelo Ministro numa lista de profissionais da especialidade organizada pela Ordem dos Médicos, ou por meio de concurso, quando o Ministro assim o entender;

2.º Os médicos que estiverem acumulando a chefia de serviços nas maternidades com qualquer função pública deverão optar por esta ou pelo cargo que na revisão dos serviços das maternidades lhes vier a competir. São considerados rescindidos, por conveniência de serviço, em 30 de Junho de 1943 os contratos de médicos assistentes ou internos e os de enfermeiras, não renovados até essa data pelo ingresso nas novas categorias e quadros a criar em substituição dos actuais;

3.º A delegação do Instituto no Pôrto ficam competindo as funções de assistência social previstas nos artigos 5.º e 6.º do citado decreto-lei n.º 29:030, para o que lhe será entregue a receita consignada no referido artigo 6.º, além de outras que para tal fim venham a ser atribuídas;

4.º A economia administrativa das Maternidades Magalhães Coutinho e Santa Bárbara continua a cargo dos Hospitais Civis, se outra coisa não for determinada na organização definitiva do Instituto;

5.º A fim de ser prestada a assistência prevista nas cláusulas da Concordata, serão construídas ou adaptadas, na sede do Instituto e nas demais instituições agregadas, as instalações convenientes;

6.º Durante o período de organização e remodelação serão especialmente aplicáveis ao Instituto, suas delegações e novos serviços os artigos 7.º, 8.º e 9.º do citado decreto-lei n.º 31:913.

Publique-se e cumpra-se como nêles se contém.

Paços do Governo da República, 2 de Fevereiro de 1943. — ANTONIO OSCAR DE FRAGOSO CARMONA — António de Oliveira Salazar — Mário Pais de Sousa — Adriano Pais da Silva Vaz Serra — João Pinto da Costa Leite — Manuel Ortins de Bettencourt — Duarte Pacheco — Francisco José Vieira Machado — Mário de Figueiredo — Rafael da Silva Neves Duque.

## MINISTÉRIO DA MARINHA

### 6.ª Repartição da Direcção Geral da Contabilidade Pública

De harmonia com as disposições do artigo 7.º do decreto-lei n.º 25:299, de 6 de Maio de 1935, se publica que S. Ex.ª o Sr. Ministro da Marinha, por seu despacho de 25 do corrente mês, autorizou, nos termos do § 2.º do artigo 17.º do decreto com força de lei n.º 16:670, de 27 de Março de 1929, a transferência da importância de 141.820 do n.º 5) para o n.º 1) do artigo 82.º de capítulo 4.º do orçamento do Ministério da Marinha para o ano económico corrente.

6.ª Repartição da Direcção Geral da Contabilidade Pública, 27 de Janeiro de 1943. — O Chefe da Repartição, Raimundo Sérgio de Quintanilha e Mendonça.

Anexo E: Decreto-Lei nº 32171, de 29 de Julho de 1942 – regulação da profissão médica

Quarta-feira 29 de Julho de 1942

I Série — Número 175



# DIÁRIO DO GOVERNO

PREÇO DÊSTE NÚMERO — \$60

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e à assinatura do <i>Diário do Governo</i> , deve ser dirigida à Administração da Imprensa Nacional. As publicações literárias de que se recabam 2 exemplares anunciam-se gratuitamente.	<b>ASSINATURAS</b>		O preço dos anúncios (pagamento adiantado) é de 2\$50 a linha, acrescido do respectivo imposto do selo. Os anúncios a que se referem os §§ 1.º e 2.º do artigo 2.º do decreto n.º 10.119, de 24-IX-1924, têm 40 por cento de abatimento.	
	As 3 séries . . . . .	Ano 240\$		Semestre . . . . . 130\$
	A 1.ª série . . . . .	80\$		" . . . . . 43\$
	A 2.ª série . . . . .	80\$		" . . . . . 43\$
	A 3.ª série . . . . .	80\$	" . . . . . 43\$	
	Para o estrangeiro e colónias acresce o porte do correio			

## SUMÁRIO

### Ministério da Justiça:

**Decreto-lei n.º 32:171** — Insere várias disposições atinentes a regular a actividade da profissão médica e estabelece as necessárias medidas para a repressão do exercício ilegal da medicina.

### Ministério das Colónias:

**Decreto n.º 32:172** — Autoriza os governadores das colónias de Cabo Verde, Guiné e Macau e os governadores gerais das colónias de Angola e Moçambique a abrir créditos para ocorrerem a encargos não previstos e insuficientemente dotados nas tabelas de despesa dos respectivos orçamentos gerais em vigor.

## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

### Decreto-lei n.º 32:171

Usando da faculdade conferida pela 2.ª parte do n.º 2.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º O exercício da medicina só é permitido às pessoas legalmente habilitadas inscritas na Ordem dos Médicos e tendo registado o respectivo diploma de habilitação profissional, nos termos da lei.

Art. 2.º Os médicos que exerçam a profissão com inobservância do estabelecido na lei sobre a necessidade de inscrição na respectiva Ordem e de fazer registar o seu diploma de habilitação profissional, assim como aqueles que usem o título de especialista fora das condições legais, incorrem na pena de prisão até seis meses e na multa de 500\$ a 2.000\$.

Art. 3.º Com a profissão de médico é incompatível a de farmacêutico ou qualquer outra como tal julgada pela Ordem dos Médicos.

§ 1.º A infracção ao disposto neste artigo é punida com multa de 1.000\$ a 5.000\$, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar.

§ 2.º Na mesma pena incorrem os médicos que infringirem o disposto no artigo 6.º do decreto n.º 17:636, de 19 de Novembro de 1929.

Art. 4.º No exercício da sua profissão devem os médicos cooperar com os serviços sanitários para defesa da saúde pública, competindo-lhes para esse fim:

1.º Participar, no prazo de quarenta e oito horas, às respectivas autoridades sanitárias os casos de moléstias contagiosas especificadas como de declaração obrigatória na tabela oficial e das quais tomarem conhecimento no exercício da clínica;

2.º Verificar e certificar gratuitamente os óbitos das pessoas a que tenham prestado assistência médica, devendo na respectiva certidão indicar-se a moléstia e causa da morte e preenchendo-se para tanto o competente boletim. Para este efeito considerar-se-á como assistente o

médico que preceituou ou dirigiu o tratamento da doença, até à morte, ou que tenha visitado ou dado consulta ao enfermo dentro da semana que precedeu o óbito;

3.º Participar à autoridade competente todos os casos de falecimento de indivíduos a que não prestarem assistência médica nos termos do número precedente e cujo óbito tenham verificado. Nas cidades de Lisboa, Pôrto e Coimbra a comunicação será feita às autoridades sanitárias, que ordenarão a remoção do cadáver para o necrotério do respectivo Instituto de Medicina Legal, nos termos da legislação dos serviços médico-legais;

4.º Promover com a possível urgência a intervenção da autoridade sanitária local em todos os casos de moléstias contagiosas consideradas graves e de fácil difusão ou de verificação de óbito determinado por essas doenças, abstendo-se em tais casos de passar a respectiva certidão;

5.º Indicar na certidão de óbito a necessidade de enterramento urgente e antes do prazo legal em caso de epidemia ou moléstia contagiosa que assim o exija ou de outra qualquer circunstância que interesse à saúde pública, devendo preceituar, na ausência da respectiva autoridade sanitária, as condições de isolamento, transporte e inumação do cadáver;

6.º Prestar, em casos de epidemia, os seus serviços profissionais, assistindo aos epidemiados e cooperando com as autoridades sanitárias nas medidas profiláticas necessárias e tendentes a evitar a difusão da doença, sem prejuízo do direito a honorários por parte de quem tenha recursos para os satisfazer;

7.º Cooperar com as autoridades na execução das medidas destinadas a reprimir o abuso de estupefacientes;

8.º Prestar informações no que seja do seu conhecimento à autoridade sanitária local sobre factos e circunstâncias que possam interessar à saúde pública, e bem assim responder, quando consultados pelas estâncias sanitárias, sobre matéria de higiene ou qualquer inquérito médico;

9.º Obedecer às determinações das autoridades sanitárias, sem prejuízo do compromisso deontológico.

§ 1.º O facultativo que fizer a participação a que se refere o n.º 1.º d'este artigo deve promover a aplicação dos meios profiláticos adequados e coadjuvar, dentro da sua acção profissional e assistência clínica, a autoridade competente nas disposições que haja a pôr em prática para evitar a difusão de doença e nomeadamente nas medidas de desinfecção e isolamento.

§ 2.º A obrigação de participação a que se refere o n.º 1.º compete, no caso de hospitalização, à direcção do hospital respectivo, civil ou militar, devendo indicar-se o nome e domicílio do enfermo.

Art. 5.º A infracção de quaisquer determinações das autoridades competentes destinadas a evitar a propagação de moléstias contagiosas, bem como do disposto nos n.ºs 4.º, 5.º, 6.º e 7.º do artigo 4.º, é punida com prisão até seis meses e multa de 500\$ a 2.000\$.

Art. 6.º O médico que omitir a participação a que se refere o n.º 1.º do artigo 4.º será condenado em prisão até seis meses e multa de 500\$ a 5.000\$.

Art. 7.º O médico que revelar em prejuízo de outrem e sem justa causa segredo que vier ao seu conhecimento em razão da sua profissão será condenado em prisão até seis meses.

§ 1.º Há justa causa quando a revelação se torne necessária para salvaguardar interesses manifestamente superiores.

Em especial verifica-se a justa causa:

1.º Quando a revelação à autoridade seja imposta por lei, como nos casos dos n.ºs 1.º e 3.º do artigo 4.º;

2.º Quando haja suspeita de qualquer crime público.

§ 2.º O médico não poderá recusar-se a depor em processo penal nos casos indicados no parágrafo anterior, a não ser que a pessoa assistida possa incorrer em responsabilidade penal.

§ 3.º Pelo crime de revelação de segredo profissional só se procederá mediante acusação do ofendido.

Art. 8.º A infracção ao disposto nos n.ºs 2.º e 3.º do artigo 4.º é punida com multa de 100\$ a 500\$, quando, por aplicação de outras disposições, não corresponda ao facto pena mais grave.

Art. 9.º Incorre nas penas do artigo 224.º do Código Penal todo o médico que, com o propósito de impedir ou prejudicar a repressão penal, ateste ou certifique falsamente sobre as causas da morte ou moléstia de qualquer pessoa.

§ único. As autoridades ou funcionários de serviço de saúde que concorrerem para o mesmo resultado, omitindo deveres funcionais, serão condenados até seis meses de prisão e multa de 500\$ a 5.000\$, se não tiver lugar a pena de encobrimento.

Art. 10.º A agravação da pena de aborto a que se refere o § 4.º do artigo 358.º do Código Penal abrange todos os indivíduos que exerçam profissões auxiliares da medicina.

Art. 11.º As receitas serão redigidas em língua portuguesa, usando-se sempre que as circunstâncias o permitam folhas apropriadas em que se contenham impressos o nome e morada do médico que as firme, sem emprêgo de abreviatura, com as doses expressas por extenso e de harmonia com o sistema decimal, datadas, e devendo o seu teor ser escrito a tinta e com letra bem legível, de forma a serem facilmente entendidas pelos farmacêuticos. Quando se prescreva dose menos usual deve esta assinalar-se, quer sublinhando as palavras que a indicarem, quer escrevendo-as não só por extenso mas também por algarismos.

§ 1.º A infracção do disposto neste artigo é punida com multa de 100\$ a 500\$.

§ 2.º Tratando-se de farmacos estupefacientes observar-se-ão as prescrições especiais impostas pelo § 2.º do artigo 6.º do decreto n.º 12:210, de 27 de Agosto de 1926.

Art. 12.º Aquele que, sem qualquer título ou sem título bastante, praticar observação ou tratamento de pessoas por qualquer método ou processo que tenha por fim a cura de estados mórbidos ou incómodos de saúde, ou qualquer outro acto próprio da profissão médica, e bem assim aquele que assumir a direcção de qualquer dos actos compreendidos neste artigo, incorre na pena do § 2.º do artigo 236.º do Código Penal.

§ 1.º Se o crime for praticado com fim de lucro, a multa será elevada ao dobro.

§ 2.º Se do tratamento resultarem conseqüências prejudiciais para a saúde do paciente, aplicar-se-ão, quando mais graves, as penas dos artigos 360.º e 361.º do Código Penal.

§ 3.º Considera-se co-autor do exercício ilegal da medicina o médico que com o seu nome ou a sua respon-

sabilidade encubra de algum modo actos compreendidos nesse exercício ilegal.

§ 4.º Não incorre na pena referida no corpo deste artigo quem preste quaisquer socorros em caso de urgência e quando não seja possível o recurso à assistência médica.

Art. 13.º Não têm título bastante para exercício da medicina e ficam por isso sujeitos às penas cominadas no artigo anterior:

1.º Os médicos que, por condenação penal ou medida disciplinar, estejam inibidos do exercício da profissão;

2.º Os farmacêuticos, a não ser quando prestem socorros de urgência, os droguistas e ervanários;

3.º Todos os indivíduos que, pertencendo às profissões auxiliares da medicina, pratiquem quaisquer actos estranhos à esfera da sua competência, determinada pelos respectivos diplomas e regulamentos da profissão.

§ 1.º Os indivíduos indicados nos n.ºs 2.º e 3.º, além das penas que lhes couberem pelo exercício ilegal da medicina, serão, em caso de reincidência, inibidos do exercício da sua profissão por três anos, contados a partir do termo da prisão.

§ 2.º Os farmacêuticos que cumulativamente exerçam qualquer profissão auxiliar da medicina, mesmo que possuam o respectivo diploma, serão condenados em multa de 1.000\$ a 5.000\$.

Art. 14.º Praticam actos estranhos à sua competência profissional:

1.º As parteiras:

a) Que procedam a operações obstétricas ou utilizem outros instrumentos além dos permitidos em enfermagem obstétrica;

b) Que façam exames ou tratamentos ginecológicos sem imediata direcção médica;

c) Que, fora dos casos de urgência, prescrevam ou administrem por sua iniciativa qualquer medicação de uso interno ou que, nos casos de urgência por motivos de acidentes que precedam, acompanhem ou sigam os partos distócicos respeitantes à parturiente e recém-nascidos, prescrevam medicamentos que não estiverem incluídos na lista que for elaborada pela Direcção Geral de Saúde, mediante parecer dos professores de obstetrícia das Faculdades de Medicina;

2.º Os enfermeiros que, fora dos casos de urgência, procedam a tratamento sem imediata indicação e vigilância de um médico;

3.º Os oculistas que, por meio de escalas optométricas ou qualquer outro processo, procedam à escolha de lentes correctoras de defeitos visuais;

4.º Os ortopedistas que, sem prescrição médica, forneçam aparelhos correctores de vícios anatómicos ou funcionais;

5.º Os mecânicos protésicos que executem trabalhos de cirurgia dentária ou forneçam aparelhos de prótese sem prescrição de médicos estomatologistas ou odontologistas;

6.º Os odontologistas que não se limitem ao exercício de cirurgia e prótese dentária e prescrevam medicamentos de uso interno.

§ 1.º Os estudantes de medicina, enfermeiros, empregados de estabelecimentos destinados ao tratamento de doentes e, de um modo geral, todos os auxiliares dos médicos podem prestar aos doentes os serviços que lhes forem indicados por aqueles sob cuja efectiva direcção trabalhem.

§ 2.º As parteiras são obrigadas a suscitar a imediata intervenção médica sempre que no decurso das gestações, partos ou puerpérios se lhes depare algum parto anormal ou aborto, sob pena de multa de 1.000\$ a 5.000\$; se a intervenção médica se não seguir prontamente devem as parteiras, sob a mesma cominação, participar a ocorrência à Direcção Geral de Saúde no prazo de quarenta e oito horas.

Art. 15.º Todos os indivíduos que com o nome de magnetizadores, ocultistas, videntes, quiromantes, naturistas, fisioterapeutas ou semelhantes empreguem práticas, medicações ou quaisquer processos com os quais procurem suggestionar doentes, e, de um modo geral, todos os charlatães que usem de processos análogos com o mesmo fim, serão condenados na pena a que se refere o artigo 20.º

§ único. Na mesma responsabilidade incorrem os que empreguem processos ou medicamentos secretos.

Art. 16.º É proibido o anúncio ou propaganda de medicamentos ou substâncias medicinais, de águas medicinais ou de quaisquer meios ou métodos de tratamento de doenças quando não autorizados por visto da Direcção Geral de Saúde. A infracção ao disposto neste artigo é punida com multa de 500\$ a 1.000\$.

§ único. O anúncio e propaganda de antigenésicos e abortivos são proibidos, nos termos do artigo 11.º do decreto n.º 17:636, de 18 de Novembro de 1929.

Art. 17.º Os farmacêuticos que fornecerem substâncias medicinais em desacordo com a receita médica serão condenados na pena de prisão até dois anos e multa de 1.000\$ a 5.000\$.

Art. 18.º Os droguistas e ervanários que vendam produtos medicamentosos além dos consentidos por lei incorrem na pena de multa de 500\$ a 2.000\$.

Art. 19.º Os estabelecimentos destinados ao tratamento ou recepção de doentes e de grávidas ou puérperas, quaisquer que sejam os processos empregados, não podem funcionar senão sob a direcção e responsabilidade de profissionais em condições legais de exercer a medicina em Portugal. Os directores são obrigados a participar a existência dos aludidos estabelecimentos à Direcção Geral de Saúde e à Ordem dos Médicos no prazo de sessenta dias. Os estabelecimentos que não estiverem nas condições indicadas neste artigo serão encerrados, mediante requerimento da Ordem dos Médicos, pela polícia de segurança pública.

Art. 20.º Pela forma indicada no artigo anterior será encerrado o consultório médico, seja qual for a sua designação ou modalidade, que funcione sem que seja dirigido por médico ou médicos em condições de exercer a profissão, de harmonia com o presente diploma.

Art. 21.º Precedendo autorização sanitária, é permitida a fabricação e venda de acessórios médicos, tais como cintos e coletes para fins terapêuticos, fundas e peças protésicas, lentes e aparelhos de óptica médica e outros, sendo consentido aos fabricantes ou vendedores darem explicações necessárias à sua aplicação, mas abstendo-se de exercerem qualquer acto susceptível de ser qualificado como tratamento ou para cuja execução seja necessário o conhecimento da fisiopatologia ou defeito orgânico ou funcional a corrigir.

§ 1.º Os objectos indicados no corpo deste artigo cuja fabricação e venda não tenha sido competentemente autorizada serão apreendidos, ficando os fabricantes ou vendedores sujeitos à pena de multa de 2.000\$ a 10.000\$.

§ 2.º Nunca pode ser autorizada a venda de acessórios médicos, ou apresentados como tais, cujas propriedades ou efeitos sejam contrários à moral e aos bons costumes ou capazes de interromper ou perturbar de qualquer modo a marcha fisiológica da gravidez.

A fabricação ou venda de tais objectos acarreta, além da multa cominada no número anterior, o encerramento do estabelecimento industrial que os fabricou e vendeu por quinze a trinta dias.

Art. 22.º Podem os médicos que não façam clínica dirigir laboratórios de preparação de soros, vacinas e produtos congêneres, devidamente instalados, mediante autorização e fiscalização da Direcção Geral de Saúde.

Art. 23.º A Ordem dos Médicos e as associações de carácter científico, integradas ou não na Ordem, de har-

monia com a lei, deverão responder a todas as consultas que os tribunais lhes dirijam sobre questões que interessem ao exercício da profissão médica.

Art. 24.º A Ordem dos Médicos pode exercer o direito de acção judicial ou intervir no decurso de processos judiciais quando isso se justifique pelo uso das suas atribuições de fiscalização e disciplina da profissão, em especial nos casos de ilegal uso de título ou exercício da profissão médica.

§ único. Nestas hipóteses é a Ordem isenta de custas e de quaisquer encargos.

Art. 25.º As acções de honorários dos serviços médicos seguirão os termos do processo sumário, seja qual for o seu valor.

§ único. Nenhuma acção de honorários poderá ser proposta sem parecer do Conselho Geral da Ordem.

Art. 26.º O arrolamento, busca e diligências similares em locais onde o médico exerça a profissão, ou em dependências desses locais, devem ser presididos pelo juiz ou por outra autoridade que os tenha ordenado, ou seu substituto legal.

§ 1.º A autoridade que presidir à diligência convocará, para assistir a ela, o presidente do Conselho Regional da Ordem nas comarcas onde existir tal Conselho, o qual poderá delegar em quaisquer dos outros vogais; e, nas restantes comarcas, o presidente da delegação provincial respectiva, que poderá delegar em qualquer inscrito.

§ 2.º Não podem ser apreendidas as fichas dos doentes, correspondência, papéis ou outros objectos que envolvam segredo profissional, salvo quando se trate de facto criminoso, hipótese em que a apreensão se fará, mas na medida em que tais cousas interessem à prova daquele facto.

§ 3.º A simples imposição de selos não fica dependente da convocação de qualquer das entidades referidas no § 1.º

Art. 27.º Quando algum médico ou auxiliar da medicina for condenado em pena maior por algum crime cometido no exercício da sua profissão, o tribunal declarará-lo incapaz para o exercício da profissão pelo período de cinco a dez anos, que começará a contar-se a partir do termo da pena de prisão.

A disposição deste artigo não prejudica a competência da Ordem dos Médicos para aplicar as sanções mais graves que couberem em face dos seus regulamentos disciplinares.

Art. 28.º O médico que como tal causar, dolosa ou culposamente, um dano injusto a outrem constitue-se na obrigação de o reparar.

Esta obrigação compreende o dano não patrimonial. A indemnização, não podendo apurar-se o preciso equivalente pecuniário do dano, será fixada de harmonia com o disposto no artigo 34.º, § 2.º, do Código do Processo Penal.

§ único. A disposição deste artigo é extensiva aos auxiliares da medicina e àqueles que, embora não possuindo qualquer título ou título bastante, a exerçam.

Art. 29.º Tratando-se da apreciação da responsabilidade civil, a que se refere o artigo anterior, o tribunal deverá pedir o parecer técnico do Conselho Geral da Ordem dos Médicos.

Para tal feito marcará um prazo, que pode ser prorrogado por uma só vez, a requerimento da mesma Ordem. Findo este prazo sem que o parecer seja enviado, prescindir-se-á dele.

Publique-se e cumpra-se como nêlo se contém.

Paços do Governo da República, 29 de Julho de 1942. — ANTONIO OSCAR DE FRAGOSO CARMONA — António de Oliveira Salazar — Mário Pais de Sousa — Adriano Pais da Silva Vaz Serra — João Pinto da Costa

*Leite — Manuel Ortins de Bettencourt — Duarte Pacheco — Francisco José Caeiro — Mário de Figueiredo — Rafael da Silva Neves Duque.*

## MINISTÉRIO DAS COLÓNIAS

Direcção Geral de Fazenda das Colónias

1.ª Repartição

Decreto n.º 32:172

Atendendo ao que foi proposto pelos governadores das colónias de Cabo Verde e Guiné, pelos governadores gerais das colónias de Angola e Moçambique e pelo governador da colónia de Macau sobre a necessidade da abertura de créditos especiais e extraordinários para ocorrerem a encargos não previstos e insuficientemente dotados nos tabelas de despesa dos respectivos orçamentos gerais em vigor e à necessidade de se tomarem outras providências legislativas respeitantes a abonos de vencimentos;

Tendo em vista o disposto no artigo 28.º do Acto Colonial e por motivo de urgência;

Usando da faculdade conferida pelos n.ºs 3.º e 4.º do § 1.º do artigo 10.º da Carta Orgânica do Império Colonial Português e nos termos do § 2.º da mesma disposição, o Ministro das Colónias decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º É autorizado o governador da colónia de Cabo Verde a abrir, observadas as formalidades legais aplicáveis e com contrapartida no saldo positivo das contas de exercício anteriores, um crédito especial de 75.000\$, destinado a reforçar a verba do capítulo 10.º, artigo 228.º, n.º 2), alínea b), da tabela de despesa do orçamento geral da colónia em vigor.

Art. 2.º É autorizado o governador da colónia da Guiné a abrir, observadas as formalidades legais aplicáveis e com contrapartida nos saldos positivos das contas de exercício anteriores, os seguintes créditos especiais:

a) Um de 150.000\$, destinado a reforçar com 50.000\$ e 100.000\$ as verbas do capítulo 10.º, artigo 239.º, n.º 4), alínea b), primeira e segunda parcelas;

b) Um de 19.000\$, destinado ao pagamento do projecto da catedral de Bissau.

Art. 3.º É autorizado o governador geral da colónia de Angola a abrir, observadas as formalidades legais aplicáveis e com contrapartida nos saldos positivos das contas de exercício anteriores, um crédito especial de 100.000,00, destinado a reforçar a verba do capítulo 10.º, artigo 1070.º, n.º 4), alínea c), da tabela de despesa do orçamento geral da colónia em vigor.

Art. 4.º É autorizado o governador geral da colónia de Moçambique a abrir, observadas as formalidades legais aplicáveis e com contrapartida nos saldos positivos

das contas de exercício anteriores, um crédito especial de 600.000\$, destinado a reforçar com 20.000\$, 25.000\$, 220.000\$, 20.000\$, 15.000\$ e 300.000\$, respectivamente, as verbas do capítulo 7.º, artigo 994.º, n.º 3), artigo 995.º, n.º 1), artigo 996.º, n.º 2), e artigo 998.º, n.º 2), e do capítulo 10.º, artigo 1336.º, n.º 2), alínea a), e 4), alínea b), primeira parcela, da tabela de despesa do orçamento geral da colónia em vigor.

Art. 5.º É autorizada na colónia de Macau a utilização do saldo positivo das contas de exercício anteriores para contrapartida do crédito extraordinário de \$ 800.000,00 destinado a despesas de assistência aos refugiados.

Art. 6.º O ajudante de campo do governador da Guiné, a que se refere o artigo 59.º do decreto n.º 31:715, de 8 de Dezembro de 1941, poderá ser substituído, quando o mesmo governador assim o entenda, por um secretário.

§ único. Este secretário será abonado de um vencimento único não superior à totalidade dos fixados para o referido ajudante no capítulo 2.º da tabela de despesa vigente.

Art. 7.º O director dos serviços aéreos da colónia da Guiné, sendo oficial de marinha, poderá, eventualmente e enquanto as exigências do serviço o aconselharem, acumular estas funções com as de capitão dos portos, recebendo por conta da verba orçamentada para este último cargo um vencimento de exercício igual ao do seu cargo de director dos serviços aéreos.

Art. 8.º Os antigos directores de Fazenda adjuntos, os sub-directores de Fazenda e os sub chefes das direcções provinciais de Fazenda da colónia de Angola, ou os funcionários que as suas vezes fizerem, não têm direito a receber, a partir da data em que nessa colónia entrou em vigor o decreto n.º 23:940, de 31 de Maio de 1934, as custas e rasa cobradas pelos contratos lavrados nos serviços de Fazenda, nos termos dos diplomas legislativos n.ºs 60 e 727, de 15 de Janeiro de 1925 e 21 de Março de 1928, por constituírem receita da Fazenda, nos termos do artigo 29.º do mesmo decreto n.º 23:940.

§ único. O disposto no corpo deste artigo obriga a reposição das importâncias recebidas.

Art. 9.º É aplicável às gratificações de que trata o artigo 5.º do decreto n.º 31:314, de 12 de Junho de 1941, o § único do artigo 8.º do presente decreto.

Art. 10.º Fica autorizado o governador geral do Estado da Índia a remunerar, com vencimento único até ao limite de 6:809-02-04 anuais, pela verba inscrita na tabela de despesa do orçamento geral do mesmo Estado para um dos seus oficiais às ordens, o secretário que nomear nos termos da segunda parte do artigo 29.º da Carta Orgânica do Império Colonial Português.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

*Para ser publicado no «Boletim Oficial» de todas as colónias, excepto Timor.*

Paços do Governo da República, 29 de Julho de 1942.— ANTÓNIO ÓSCAR DE FRAGOSO CARMONA — António de Oliveira Salazar — Francisco José Caeiro.

**Anexo F:** taxas de mortalidade infantil mundiais, (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2003)

	<b>3 OMD</b>		OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants • OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle					
	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans				Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015 le taux de mortalité maternelle			
	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Enfants d'un effectifement vaccinés contre la rougeole (%)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>b</sup>	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%)
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1995	1995-2001 <sup>c</sup>
<b>Pays arabes</b>								
Algérie	69	49	42	39	83	83	150	92
Arabie saoudite	44	28	34	23	88	94	23	91
Bahreïn	19	16	15	13	87	98	38	98
Djibouti	175	143	119	100	85	49	520	..
Égypte	104	41	76	35	86	97	170	61
Émirats arabes unis	14	9	12	8	80	94	30	99
Iraq	50	133	40	107	80	90	370	..
Jamahiriya arabe libyenne	42	19	34	16	89	93	120	94
Jordanie	43	33	35	27	87	99	41	97
Koweït	16	10	14	9	66	99	25	98
Liban	37	32	32	28	61	94	130	88
Maroc	85	44	66	39	80	96	390	40
Oman	30	13	25	12	98	99	120	91
Qatar	25	16	19	11	79	92	41	..
Rép. arabe syrienne	44	28	37	23	87	93	200	76 <sup>d</sup>
Somalie	225	225	133	133	30	38	1 600	34
Soudan	123	107	75	65	57	67	1 500	86 <sup>d</sup>
Territoires palestiniens occupés	53 <sup>d</sup>	25	42 <sup>d</sup>	21	..	..	120 <sup>e</sup>	..
Tunisie	52	27	37	21	93	92	70	90
Yémen	142	107	98	79	69	79	850	22
<b>Asie de l'Est et Pacifique</b>								
Brunéi Darussalam	11	6	10	6	99	99	22	99
Cambodge	115	138	80	97	34	59	590	32
Chine	49	39	38	31	98	79	60	89
Hong-Kong, Chine (RAS)	..	..	6	3	..	..	..	..
Corée, Rép. pop. dém. de	55	55	26	42	..	..	35	..
Corée, Rép. de	9	5	8	5	93	97	20	100
Fidji	31	21	25	18	84	90	20	100
Îles Marshall	92	66	63	54	..	87 <sup>g</sup>	..	95
Îles Salomon	36	24	29	20	..	..	60	85
Indonésie	91	45	60	33	58	59	470	56
Kiribati	88	69	65	51	..	76	..	85
Malaisie	21	8	16	8	70	92	39	96
Micronésie (États fédérés de)	31	24	26	20	..	84	..	93
Mongolie	107	76	77	61	92	95	65	97
Myanmar	130	109	91	77	90	73	170	..
Nauru	..	..	..	..	..	95	..	..
Palaos	..	29	..	24	..	..	..	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	101	94	79	70	67	58	390	53
Philippines	66	38	45	29	85	75	240	56
Rép. dém. pop. lao	163	100	120	87	32	50	650	21
Samoa-Occidental	42	25	33	20	..	92	15	100
Singapour	8	4	7	3	84	89	9	100
Thaïlande	40	28	34	24	80	94	44	85
Timor-Leste	..	124	..	85	..	..	850	26
Tonga	27	20	25	17	..	93	..	92
Tuvalu	..	..	..	..	..	99	..	99
Vanuatu	70	42	52	34	..	94	32	89
Viet Nam	50	38	36	30	85	97	95	70


**OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants • OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle**
*Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015,  
les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans*
*Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015,  
le taux de mortalité maternelle*

	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole (%)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>b</sup>	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%) <sup>c</sup>
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1995	1995-2001 <sup>c</sup>
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>								
Antigua-et-Barbuda	..	14	..	12	89	97	..	100 <sup>f</sup>
Argentine	28	19	25	16	93	94	85	98
Bahamas	29	16	24	13	86	93	10	99 <sup>f</sup>
Barbade	16	14	14	12	87	92	33	91
Belize	49	40	39	34	86	96	140	77 <sup>f</sup>
Bolivie	122	77	87	60	53	79	550	59
Brésil	60	36	50	31	78	99	260	88
Chili	19	12	16	10	82	97	33	100
Colombie	36	23	29	19	82	75	120	86
Costa Rica	17	11	15	9	90	82	35	98
Cuba	13	9	11	7	94	99	24	100
Dominique	23	15	19	14	91	99	..	100
Équateur	57	30	43	24	60	99	210	69
El Salvador	60	39	46	33	98	97	180	51
Grenade	37	25	30	20	85	96	..	100 <sup>f</sup>
Guatemala	82	58	60	43	68	90	270	41
Guyana	90	72	65	54	77	92	150	95
Haiti	150	123	102	79	31	53	1 100	24
Honduras	61	38	47	31	90	95	220	54
Jamaïque	20	20	17	17	69	85	120	95
Mexique	46	29	37	24	78	97	65	86
Nicaragua	66	43	52	36	82	99	250	65
Panama	34	25	27	19	73	97	100	90
Paraguay	37	30	30	26	69	77	170	58
Pérou	75	39	58	30	64	97	240	59
République dominicaine	65	47	53	41	96	98	110	96
Saint-Kitts-et-Nevis	36	24	30	20	99	94	..	100
Sainte-Lucie	24	19	19	17	83	89	..	100
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	26	25	21	22	96	98	..	100 <sup>f</sup>
Suriname	44	32	35	26	65	90	230	85
Trinité-et-Tobago	24	20	21	17	99	91	65	99
Uruguay	24	16	20	14	97	94	50	99
Venezuela	27	22	23	19	61	49	43	95
<b>Asie du Sud</b>								
Afghanistan	260	257	167	165	20	46	820	..
Bangladesh	144	77	96	51	65	76	600	12
Bhoutan	166	95	75 <sup>d</sup>	74	93	78	500	15 <sup>f</sup>
Inde	123	93	80	67	56	56	440	43
Iran, Rép. islamique d'	72	42	54	35	85	96	130	..
Maldives	115	77	80	58	96	99	390	70
Népal	145	91	100	66	57	71	830	11
Pakistan	128	109	96	84	50	54	200	20
Sri Lanka	23	19	19	17	80	99	60	97
<b>Europe du Sud</b>								
Chypre	12	6	11	5	..	86 <sup>g</sup>	0	..
Turquie	74	43	61	36	78	90	55	81

**3 OMD**
**OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants • OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle**
*Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015,  
les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans*
*Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015,  
le taux de mortalité maternelle*

	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole (%)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>b</sup>	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%)
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1995	1995-2001 <sup>c</sup>
<b>Afrique subsaharienne</b>								
Afrique du Sud	60	71	45	56	79	72	340	84
Angola	260	260	166	154	38	72	1 300	23
Bénin	185	158	111	94	79	65	880	66
Botswana	58	110	45	80	87	83	480	99
Burkina Faso	210	197	118	104	79	46	1 400	31
Burundi	190	190	114	114	74	75	1 900	25
Cameroun	139	155	85	96	56	62	720	56
Cap-Vert	60	38	45	29	79	72	190	53
Comores	120	79	88	59	87	70	570	62
Congo	110	108	83	81	75	35	1 100	..
Congo, Rép. dém. du	205	205	128	129	38	46	940	61
Côte d'Ivoire	155	175	100	102	56	61	1 200	47
Guinée équatoriale	206	153	122	101	88	19	1 400	..
Érythrée	155	111	92	72	18 <sup>d</sup>	88	1 100	21
Éthiopie	193	172	128	116	38	52	1 800	6
Gabon	90	90	60	60	76	55	620	86
Gambie	154	126	103	91	86	90	1 100	51
Ghana	126	100	74	57	61	81	590	44
Guinée	240	169	145	109	35	52	1 200	35
Guinée-Bissau	253	211	153	130	53	48	910	35
Kenya	97	122	63	78	78	76	1 300	44
Lesotho	148	132	102	91	80	77	530	60
Libéria	235	235	157	157	..	78	1 000	51
Madagascar	168	136	103	84	47	55	580	47
Malawi	241	183	146	114	81	82	580	56
Mali	254	231	152	141	43	37	630	24
Mauritanie	183	183	120	120	38	58	870	53
Maurice	25	19	21	17	76	90	45	..
Mozambique	235	197	143	125	59	92	980	44
Namibie	84	67	65	55	41	58	370	78
Niger	320	265	191	156	25	51	920	16
Nigéria	190	183	114	110	54	40	1 100	42
Ouganda	165	124	100	79	52	61	1 100	39
Rép. centrafricaine	180	180	115	115	83	29	1 200	44
Rwanda	178	183	107	96	83	78	2 300	31
Sao Tomé-et-Principe	90	74	69	57	71	69	..	86 <sup>f</sup>
Sénégal	148	138	90	79	51	48	1 200	51
Seychelles	21	17	17	13	86	95	..	..
Sierra Leone	323	316	185	182	..	37	2 100	42
Swaziland	110	149	77	106	85	72	370	70
Tanzanie, Rép.-Unie de	163	165	102	104	80	83	1 100	36
Tchad	203	200	118	117	32	36	1 500	16
Togo	152	141	88	79	73	58	980	49
Zambie	192	202	108	112	90	85	870	47
Zimbabwe	80	123	53	76	87	68	610	73
<b>Europe centrale et orientale et CEI</b>								
Albanie	42	25	37	23	88	95	31	99
Arménie	58	35	50	31	93 <sup>d</sup>	93	29	97
Azerbaïdjan	106	96	84	77	66 <sup>d</sup>	99	37	88
Bélarus	21	20	18	17	94 <sup>d</sup>	99	33	..
Bosnie-Herzégovine	22	18	18	15	52 <sup>d</sup>	92	15	100





## OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants • OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle

 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015,  
les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

 Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015,  
le taux de mortalité maternelle

	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole (%)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>b</sup>	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%) <sup>c</sup>
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1995	1995-2001 <sup>c</sup>
	Bulgarie	19	16	15	14	98	90	23
Croatie	13	8	11	7	90 <sup>d</sup>	94	18	..
Estonie	17	12	12	11	..	95	80	..
Géorgie	29	29	24	24	99	73	22	96
Hongrie	17	9	15	8	99	99	23	..
Kazakhstan	52	99	42	81	95	96	80	99
Kirghizistan	81	61	68	52	94 <sup>h</sup>	99	80	98
Lettonie	18	21	14	17	95 <sup>d</sup>	98	70	100
Lituanie	14	9	10	8	89 <sup>d</sup>	97	27	..
Macédoine, ERYM	33	26	32	22	..	92	17	..
Moldova, Rép. de	37	32	30	27	94	81	65	99
Pologne	22	9	19	8	95	97	12	..
République tchèque	12	5	11	4	..	..	14	..
Roumanie	36	21	27	19	92	98	60	98
Russie, Féd. de	21	21	17	18	83 <sup>d</sup>	98	75	..
Serbie et Monténégro	26	19	23	17	83	90	15	..
Slovaquie	14	9	12	8	..	99	14	..
Slovénie	10	5	8	4	90 <sup>d</sup>	98	17	..
Tadjikistan	127	116	98	91	84 <sup>d</sup>	86	120	77
Turkménistan	98	87	80	69	76 <sup>d</sup>	98	65	97
Ukraine	22	20	18	17	90 <sup>d</sup>	99	45	99
Ouzbékistan	65	68	53	52	85	99	60	96
Pays de l'OCDE à revenu élevé <sup>1</sup>								
Allemagne	9	5	7	4	50	89	12	..
Australie	10	6	8	6	86	93	6	100
Autriche	9	5	8	5	60	79	11	..
Belgique	9	6	8	5	85	83	8	..
Canada	8	7	7	5	89	96	6	98
Danemark	9	4	8	4	84	94	15	..
Espagne	9	6	8	4	97	94	8	..
États-Unis	11	8	9	7	90	91	12	99
Finlande	7	5	6	4	97	96	6	..
France	10	6	7	4	71	84	20	..
Grèce	11	5	10	5	76	88	2	..
Islande	8	4	6	3	99	88	16	..
Irlande	9	6	8	6	78	73	9	..
Italie	10	6	8	4	43	70	11	..
Japon	6	5	5	3	73	96	12	100
Luxembourg	9	5	7	5	80	91	0	..
Nouvelle-Zélande	11	6	8	6	90	85	15	100
Norvège	9	4	7	4	87	93	9	..
Pays-Bas	8	6	7	5	94	96	10	100
Portugal	15	6	11	5	85	87	12	100
Royaume-Uni	9	7	8	6	87	85	10	99
Suède	7	3	6	3	95	94	8	..
Suisse	8	6	7	5	90	81	8	..

3 OMD

## OBJECTIF 4 Réduire la mortalité des enfants • OBJECTIF 5 Améliorer la santé maternelle

 Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015,  
les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans

 Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015,  
le taux de mortalité maternelle

	Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>a</sup>		Enfants d'un an effectivement vaccinés contre la rougeole (%)		Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) <sup>b</sup>	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié (%) <sup>c</sup>
	1990	2001	1990	2001	1990	2001	1995	1995-2001 <sup>c</sup>
	Autres pays membres des Nations Unies	..	7	..	6	..	90	..
Andorre	..	7	..	6	..	90	..	..
Israël	12	6	10	6	91	94	8	..
Liechtenstein	..	11	..	10	..	..	..	..
Malte	14	5	9	5	80	65	0	..
Monaco	..	5	..	4	99	99	..	..
Saint-Marin	..	..	..	..	..	..	..	..
Pays en développement	104	90	70	62	71	69	463	56
Pays les moins avancés	182	160	116	101	55	63	1 000	31
Pays arabes	90	72	63	53	77	84	509	67
Asie de l'Est et Pacifique	58	43	42	33	88	77	144	80
Amérique latine et Caraïbes	53	34	42	28	77	91	188	82
Asie du Sud	126	96	84	69	58	60	427	36
Afrique subsaharienne	180	172	111	107	56	58	1 098	38
Europe centrale et orientale et CEI	37	36	30	30	86	97	55	96
OCDE	22	13	18	11	81	91	25	94
Pays de l'OCDE à revenu élevé	10	7	8	5	81	90	12	99
Développement humain élevé	17	11	14	9	82	91	25	96
Développement humain moyen	82	61	58	46	76	74	286	64
Faible développement humain	176	164	112	104	54	57	972	31
Revenu élevé	10	7	8	5	81	89	12	99
Revenu intermédiaire	52	38	40	31	89	86	118	84
Revenu faible	139	121	90	80	58	60	671	40
Monde	93	81	63	56	72	72	411	60

a. Les principales organisations à l'origine de ces Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement sont le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce tableau présente cependant les estimations de la Banque mondiale, car les dernières estimations de l'UNICEF et de l'OMS n'ont pas encore été communiquées. Les estimations présentées correspondent largement à celles de l'UNICEF et de l'OMS. b. Ces données sont des estimations fondées sur les données nationales disponibles et corrigées afin de tenir compte du problème bien connu de sous-estimation et de mauvaise classification des décès maternels ou, en l'absence de données nationales, sont fondées sur des modèles. Les estimations présentées ne sont pas comparables aux ratios de mortalité maternelle du tableau 8 des Indicateurs du développement humain. c. Dernière année disponible durant la période indiquée pour cette rubrique. d. Données se rapportant à 1992. e. Données se rapportant à la Bande de Gaza uniquement. f. Données se rapportant à une année ou à une période différente de celle indiquée pour cette rubrique, ne correspondant pas à la définition normalisée ou ne s'appliquant qu'à une partie du pays considéré. g. OMS, 2003d. h. Données se rapportant à 1991. i. Hors République de Corée; voir Asie de l'Est et Pacifique.

Sources : Colonnes 1 à 4 : Banque mondiale, 2003c; données synthétiques calculées par la Banque mondiale pour le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain. Colonne 5 : OMS, 2003d, à partir d'informations émanant de travaux conjoints de l'UNICEF et de l'OMS; données synthétiques calculées par l'OMS pour le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain. Colonne 6 : UNICEF, 2003b, à partir d'informations émanant de travaux conjoints de l'UNICEF et de l'OMS; données synthétiques calculées par l'OMS pour le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain. Colonne 7 : ONU, 2003a, à partir d'informations émanant de travaux conjoints de l'UNICEF, de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour la population; données synthétiques calculées par l'OMS pour le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain. Colonne 8 : ONU, 2003a, à partir d'informations émanant de travaux conjoints de l'UNICEF et de l'OMS; données synthétiques calculées par l'OMS pour le Bureau du Rapport mondial sur le développement humain.