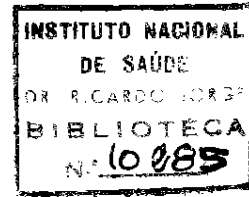


Arquivos
do Instituto Nacional
de Saúde

Volume VII

LISBOA 1982



Arquivos
do Instituto Nacional
de Saúde

Arquivos do Instituto Nacional de Saúde

VOLUME VII

O desenvolvimento da Saúde em Portugal
nas últimas décadas

SESSÃO DE HOMENAGEM AO PROFESSOR F. A. GONÇALVES FERREIRA

Lisboa, 29 e 30 de Novembro de 1982

ÍNDICE

O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

PROGRAMA

29 de Novembro

1. SESSÃO DE ABERTURA	13
1.1 Alocução por Sua Excelência o Ministro dos Assuntos Sociais <i>Dr. Luís Barbosa</i>	
1.2 Introdução à Sessão de Homenagem <i>Prof. Aloísio M. Coelho</i>	
2. EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM PORTUGAL (Mesa- -Redonda)	27
Moderador — <i>Prof. Doutor Coriolano Ferreira</i>	
2.1 Planeamento <i>Dr. Luís Magão</i>	
2.2 Desenvolvimento dos Recursos Humanos <i>Prof. Aloísio M. Coelho</i>	
2.3 A Correção de Assimetrias Regionais <i>Dr. António Correia de Campos</i>	
3. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE (Mesa-Redonda)	61
Moderador — <i>Dr. Paulo Mendo</i>	
3.1 Cuidados de Saúde Primários <i>Dr. Diogo H. Silva Ferreira</i>	
3.2 Cuidados de Saúde Diferenciados <i>Prof. José Manuel Caldeira da Silva</i>	
3.3 Articulação dos Cuidados Primários e Diferenciados <i>Dr. Helder Machado</i>	
3.4 Perspectivas da Evolução Futura <i>Dr. Paulo Mendo</i>	

4. ANÁLISE DE ALGUMAS ÁREAS DA SAÚDE DE IMPORTÂNCIA NACIONAL (Painel)	85
Presidente — <i>Dr. Luís Fayo do Prado Quintino</i>	
4.1. Alimentação e Nutrição	
<i>Prof. Doutor Norberto Teixeira dos Santos (1)</i>	
4.2. Saúde Materno-Infantil	
<i>Dr. Albino Aroso</i>	
4.3. Saúde e Ambiente	
<i>Prof. Doutor António S. Lobato Faria</i>	
4.4. Saúde Ocupacional	
<i>Prof. Doutor Fernando Leal da Costa</i>	
5. CONTRIBUIÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE (Mesa-Redonda)	113
Moderador — <i>Prof. Aloísio M. Coelho</i>	
5.1. Acção Laboratorial	
<i>Prof.ª Adriana de Figueiredo</i>	
5.2. Investigação	
<i>Prof.ª Laura Ayres</i>	
5.3. Formação	
<i>Dr. Waldemar Ferreira</i>	
6. CONCLUSÕES	133
Relator — <i>Prof.ª Laura Ayres</i>	
SESSÃO DE ENCERRAMENTO por Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde.	

(1) Por motivo de força maior, esta comunicação não foi apresentada.

PARTICIPANTES

ALBINO AROSO	Director do Serviço de Ginecologia, Hospital de Santo António, Porto.
LAURA AYRES	Investigadora, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.
LUÍS BARBOSA	Ministro dos Assuntos Sociais
ANTÓNIO CORREIA DE CAMPOS	Regente da Disciplina de Economia da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
ALOÍSIO M. COELHO	Subdirector, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.
FERNANDO LEAL DA COSTA	Professor de Higiene e Medicina Social, Faculdade de Medicina, Lisboa.
ANTÓNIO S. LOBATO FARIA	Professor da Cadeira de Saneamento, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
CORIOLANO FERREIRA	Director, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
DIOGO H. SILVA FERREIRA	Director, Delegação do Instituto Nacional de Saúde, Porto.
WALDEMAR FERREIRA	Investigador, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.
ADRIANA FIGUEIREDO	Investigadora, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa.
HELDER MACHADO	Coordenador dos Generalistas da Zona Norte, Braga.
LUÍS MAGÃO	Subdirector, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.
PAULO MENDO	Secretário de Estado da Saúde, Lisboa.
LUÍS FEYO DO PRADO QUINTINO	Director-Geral de Saúde, Lisboa.
JOSÉ MANUEL CALDEIRA DA SILVA	Cadeira de Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente volume dos Arquivos do INSA é inteiramente dedicado à Sessão de Homenagem ao Professor F. A. Gonçalves Ferreira, promovida pelo Instituto Nacional de Saúde, aquando da sua aposentação.

Naquela Sessão, que teve a participação de Suas Excelências os Senhores Ministro dos Assuntos Sociais e Secretário de Estado da Saúde, e que se prolongou por dois dias (29 e 30 de Setembro de 1982), foram discutidos, sob o tema geral «O desenvolvimento da Saúde em Portugal nas últimas décadas», alguns aspectos fundamentais da problemática da Saúde no País.

Deram a sua colaboração activa aos Trabalhos, mediante participação directa nas Mesas-Redondas e Painel realizados, algumas das individualidades de maior prestígio e respon-

sabilidade nos quadros superiores da Saúde em Portugal, tendo estado presentes e participado nas discussões os Directores-Gerais do Sector da Saúde, muitos Directores de Saúde Distritais e numerosos Médicos e outros Técnicos de Saúde.

Todos os Trabalhos apresentados que, no seu conjunto, constituem importante contributo para o estudo dos problemas abordados, foram reunidos no presente volume, que comporta também as Conclusões e Recomendações saídas da discussão. Lamentamos que, por motivo de força maior, não tenha podido ser apresentado, conforme estava previsto, o Trabalho do Prof. Norberto Teixeira dos Santos sobre Alimentação e Nutrição, pelo que o mesmo não pôde também ser incluído nesta publicação.

SESSÃO DE ABERTURA

Alocução de Sua Excelência o Ministro dos Assuntos Sociais

Introdução à Sessão de Homenagem

ALOCUÇÃO DE SUA EXCELÊNCIA O MINISTRO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Luís Barbosa

Meus Senhores.

Ao presidir a esta sessão, faço-o com o sentimento de que cumpro um dever como Membro do Governo, ao prestar uma justa homenagem ao Sr. Prof. Gonçalves Ferreira.

Citarei alguns apontamentos biográficos sobre o Sr. Prof. Gonçalves Ferreira.

Nasceu em 1912, licenciou-se em Medicina na Universidade de Coimbra, com alta classificação, em 1936, doutorou-se na mesma Universidade, em 1944, e aí ensinou até 1952. Foi professor do Curso de Medicina Sanitária de Coimbra, desde 1941. Nomeado Médico Nutricionista do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, em 1952, passou a dirigir a Delegação no Porto do mesmo Instituto e o Curso de Medicina Sanitária, que aí inaugurou em 1955.

Foi nomeado Director do Instituto, em Lisboa, em 1967.

Em 1969, foi Secretário Provincial de Saúde em Moçambique.

De 1970 a 1972, foi Secretário de Estado de Saúde em Portugal.

Criado, em 1971, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, foi nomeado seu Director, em 1972; passou a exercer, por inércia, as funções de Director da Escola Nacional de Saúde Pública em 1972, quando esta se separou do Instituto de Medicina Tropical.

Dirige, como Presidente, desde 1980, o Conselho de Alimentação e Nutrição.

Apesar da posição do Sr. Prof. Gonçalves Ferreira, no que se refere a homenagens pessoais — posição que respeitamos e compreendemos — pensamos que o Ministério não poderia ficar indiferente, nem colocar numa posição diferente da de outros grandes nomes da Saúde em Portugal a pessoa do Prof. Gonçalves Ferreira e, por isso, o Ministério entendeu conceder-lhe a «Medalha de Ouro de Serviços Distintos», sem pôr em causa a sua posição pessoal. Ficaríamos de mal com a nossa consciência se não lha atribuíssemos.

Gostaria de ler aqui a proposta de atribuição de esta tão merecida distinção.

«O Professor Francisco António Gonçalves Ferreira cessou, por aposentação, as suas funções públicas, após 44 anos de serviço.

Considerando a sua acção notável como Sanitarista, impulsionador das mais recentes formas de actuação no campo da Saúde Pública, onde foi inovador e antecipou soluções depois confirmadas internacionalmente;

Considerando o papel decisivo que desempenhou nos estudos dos problemas da Alimentação e Nutrição do País, a contribuição fundamental que prestou ao ensino da Saúde, tanto na área do ensino médico de graduação, como no de pós-graduação em Saúde Pública, sem esquecer o im-

pulso que deu à formação de outras profissões de Saúde;

Considerando que, como governante, se lhe deve a definição de uma política de Saúde actualizada e coerente, que caracterizou sem dúvida um momento histórico na evolução dos conceitos e na estrutura dos Serviços;

Considerando que todos estes factos conduzem a que devamos considerar que o Prof. Gonçalves Ferreira se afirmou como individualidade do maior vulto e prestígio na história da Saúde Pública em Portugal;

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e a Escola Nacional de Saúde Pública, que se honram de o ter tido como Director, e lhe devem muito do que são e do trabalho que realizam, propõem que ao Sr. Prof. Dr. Francisco António Gonçalves Ferreira seja conferida a MEDALHA DE OURO DE SERVIÇOS DISTINTOS deste Ministério.»

Sobre esta proposta, o Senhor Secretário de Estado da Saúde proferiu o seguinte despacho:

«O Secretário de Estado da Saúde não pode, como Governante e como médico, deixar de se congratular por esta proposta do INSA e da ENSP, a que inteiramente adere e subscreve.»

É com muita honra que aqui estou a afirmar publicamente que o Ministério concede ao Prof. Gonçalves Ferreira a «Medalha de Ouro de Serviços Distintos», como tem vindo a atribuir a outras grandes personalidades da Saúde em Portugal.

Talvez que a melhor forma de homenagear o Sr. Prof. Gonçalves Ferreira seja discutir os problemas da Saúde Pública em Portugal e quero dizer-vos que esperarei com muito interesse as conclusões destas Jornadas. Penso que estamos numa altura em que todos os contributos validamente construídos são desejáveis e de grande utilidade. Estamos numa fase de viragem, viragem que, em 1983, pode ser altamente positiva, se um conjunto de instabilidades não transtornarem a evolução normal que se espera.

Gostaria de referir aqui alguns aspectos que considero relevantes, entre vários outros, que iremos anunciar dentro em breve.

Espero que durante o mês de Dezembro ou, possivelmente, no mês de Janeiro, estejamos em condições de anunciar um conjunto muito vasto de medidas no domínio da Saúde, que não produzirão imediatamente os seus resultados, mas que nos encaminharão no sentido do desejável e do possível dentro dos recursos que temos disponíveis para fazer face a encargos cada vez maiores, resultantes de uma medicina cada vez mais sofisticada.

No ano de 1983, devemos iniciar uma acção muito intensa de formação profissional, principalmente de pós-graduação. Estamos perante milhares de novos profissionais da Saúde, profissionais que precisam de evoluir tecnicamente.

Estamos dispostos a alargar substancialmente as verbas que hoje estão previstas para a concessão de bolsas, tendo em vista trabalhos a realizar em Portugal ou deslocações ao estrangeiro.

Temos contado com cerca de 8000 contos por ano para esse efeito e gostaria de, pelo menos num primeiro passo, transformar esses 8 000 em 150 000 contos.

Se é importante acelerar a formação profissional dos prestadores de cuidados de saúde, não se reveste de menor importância a educação dos próprios utentes. Nesta base, consideramos um investimento precioso aquele que possa ser feito na divulgação, junto das populações, de aspectos básicos em matéria sanitária e, por esse facto, decidimos constituir um Gabinete cujas funções estarão essencialmente voltadas para esta finalidade.

Vale a pena igualmente referir os diplomas, em fase adiantada de elaboração, que dizem respeito à gestão hospitalar e à organização da Secretaria de Estado da Saúde. São diplomas que causarão alguma controvérsia, mas poderão produzir resultados muito significativos no que respeita à melhoria dos cuidados de saúde em Portugal.

Mas em matéria de Saúde, como em qualquer outra área, é fundamental saber de onde se parte e para onde se vai, isto é, que objectivos se querem atingir.

É dentro deste espírito que pretendemos criar, ao nível do Gabinete de Estudos e Planeamento, grupos de trabalho que façam o ponto da situação de cada uma das especialidades e desenhem a sua evolução futura, tendo em vista os objectivos a atingir e estabelecendo os recursos humanos e materiais que possam permitir alcançá-los.

Temos um número de médicos suficiente para as nossas necessidades. No que respeita à enfermagem dentro de 4 a 5 anos estaremos em condições de cobrir as necessidades essenciais do País, tanto a nível dos cuidados primários, como na área hospitalar. Se dispusermos de um programa adequado de desenvolvimento de cada uma das especialidades, estaremos em condições de encaminhar, da melhor forma, os recursos humanos disponíveis.

Quanto a instalações, preocupações idênticas levaram-nos a elaborar um plano de construções hospitalares para os próximos 18 anos, o que nos vai permitir evitar as decisões pontuais e enveredar por um programa pensado e estruturado que corresponda a uma solução sistemática dos problemas a resolver.

Não quero deixar de dar aqui uma última palavra acerca do Instituto onde hoje nos encontramos.

Com a nova lei orgânica da Secretaria de Estado da Saúde é nossa convicção que devemos pedir mais ao Instituto Nacional de Saúde. De facto, as tarefas já hoje aqui desenvolvidas, e aquelas que poderão vir a desenvolver-se, são fundamentais para que, sob o ponto de vista sanitário, passemos de um país a caminho da Europa a um país europeu.

O controlo da qualidade dos medicamentos, os testes sistemáticos à qualidade dos produtos alimentares, a reavaliação dos resultados das análises clínicas e de outros testes, constituem uma gama de funções que devem levar as instituições de saúde a exigir do Instituto uma resposta rigorosa e atempada, criando por sua vez uma obrigação das instituições aproveitarem as respostas que o Instituto pode e deve dar.

Com estas breves notas, julgo poder afirmar que estamos a desenvolver um trabalho não isento de críticas, mas só através delas poderemos evoluir. Esta é uma forma de homenagear pessoas que, como o Prof. Gonçalves Ferreira, deram, durante largos anos, o melhor do seu esforço, numa tentativa permanente de melhorar os cuidados de saúde em Portugal.

Esperemos que o futuro nos traga resultados positivos e não frustrações. Pela minha parte, estou confiante.

O meu papel como membro do Governo será sempre efémero, caberá aos profissionais de saúde garantir em permanência as linhas de fundo da evolução que todos ambicionamos.

Tenho como preocupação fundamental criar na Secretaria de Estado da Saúde estruturas que possam dar a futuros Governos um contributo positivo dentro de planos estruturados que não sejam dependentes das variações frequentes de orientação imprimidas por cada membro do Governo.

Cada governante terá de enfrentar e analisar com realismo o longo trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde durante longas décadas.

Se se conseguir, no ano de 1983, entregar a saúde aos profissionais da saúde, teremos conseguido um excelente resultado. Mais tarde colheremos os frutos que agora se pretende fiquem nas vossas mãos. Sei que, apesar de todas as dificuldades, existem muitas mãos dispostas a uma actuação útil ao País e aos cuidados de saúde em Portugal.

Não vale a pena perdermo-nos na discussão de conceitos vazios, que darão origem a grandes «slogans». Acima de tudo, devemos discutir as pessoas, as suas concepções, as suas maneiras de viver, os seus hábitos, os seus desejos e ambições. São as pessoas que sempre se quedarão à volta dos problemas e que deixarão o eu nome ligado para sempre à Saúde em Portugal, como aconteceu com o Prof. Gonçalves Ferreira.

Não sei se alguém hoje ainda se lembrará dos Ministros da Saúde que passaram por este Ministério ao longo dos anos. Só os Ministros das Obras Públicas costumam ficar na História por razões óbvias: as suas obras são de cimento armado e ficam como marcos a assinalar a sua passagem pelos Governos. Dos restantes Ministros, ninguém se recordará, mas dos técnicos distintos que foram, dia após dia, constituindo os sistemas de prestação de cuidados de saúde, fica-nos sempre um nome e uma recordação da acção que desenvolveram.

Não vou ocupar-vos mais tempo. Nesta homenagem, o trabalho desempenhará com certeza uma parte substancial. Vou portanto deixar-vos trabalhar. Gostaria eu próprio de estar presente, mas também julgo ser útil deixá-los à vontade para criticarem a política de saúde em inteira liberdade e com espírito criativo.

Será com bom espírito que aceitei críticas, é na base delas que nos podemos aperfeiçoar, mas é preciso que as críticas o sejam verdadeiramente, e não apenas meros conjuntos de palavras.

Muito obrigado a todos.

INTRODUÇÃO À SESSÃO DE HOMENAGEM

Aloísio M. Coelho

Senhor Ministro dos Assuntos Sociais

Ao iniciar-se esta sessão, para nós de tão alto significado, desejaria começar por cumprimentar Vossa Excelência e agradecer-lhe, em nome do Instituto, a sua presença. Como Vossa Excelência sabe, a presença de um membro do Governo num Serviço constitui sempre motivo de satisfação e de estímulo e, por isso, é com um sentimento de muito apreço, que manifesto a Vossa Excelência o nosso reconhecimento, não só pela anuência ao convite que lhe formulámos para presidir a esta sessão inaugural, mas também pela receptividade demonstrada em relação ao mesmo, assegurando assim o carácter de elevação, dignidade e sancionamento pelos poderes públicos, que pretendíamos conferir a esta Sessão de Homenagem ao Senhor Professor Gonçalves Ferreira.

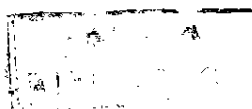
Desejo, também, cumprimentar os Senhores Directores-Gerais, os Senhores Professores, os prezados Colegas, e todas as pessoas que aqui se encontram connosco, agradecendo-lhes a contribuição que a sua simples presença vem dar a uma homenagem que, certamente — como nós — entendem justa e merecida. Uma palavra especial, se me permitem, vai neste momento para os Amigos pessoais do Professor Gonçalves Ferreira — alguns deles, igualmente, meus estimados Amigos de longa data — pelo apoio efectivo e afectivo que quiseram trazer, também, a esta iniciativa.

Cabe-me, neste momento, apresentar duas justificações: em primeiro lugar, o porquê desta reunião; e, em segundo, a razão do tema escolhido e das matérias que aqui vão ser discutidas, ao longo destes dois dias.

Como todos os presentes sabem, o Director do Instituto Nacional de Saúde, Professor Francisco António Gonçalves Ferreira, atingiu o limite de idade no passado dia 24. Antes, porém, e com a antecedência de alguns meses, fez-nos saber que não aceitaria festas de homenagem ou qualquer outra manifestação do tipo das que são habituais em tais circunstâncias.

Conhecendo o Professor Gonçalves Ferreira ha muitos anos e as variadas facetas da sua forte personalidade, não nos surpreendeu esta atitude, que mais não representa do que o afloramento duma linha de coerência mantida ao longo de toda a sua vida pública. Na verdade, sempre conhecemos o Professor Gonçalves Ferreira avesso a qualquer tipo de homenagem pessoal. Criou-nos, contudo, esta sua posição, uma situação de bastante dificuldade.

Com efeito, o Instituto Nacional de Saúde, através dos seus principais responsáveis, entendia que o afastamento do Professor Gonçalves Ferreira, resultante da cessação oficial das suas actividades, não deveria deixar de ser assinalado de forma condigna. Na verdade, não se tratava, para nós, da simples saída de um qualquer director. A figura do Professor Gonçalves Ferreira e a obra que, metodicamente, tem vindo a realizar, ao longo de mais de quatro décadas de acção esclarecida, dedicada e persistente, projectam-se já, com dimensão histórica e de forma singular, no contexto cultural português. Não é agora o momento, nem este o lugar, para fazer o seu panegírico, mas, muito sumariamente, caberá aqui lembrar a pujança da sua personalidade e o vasto acervo das contribuições com que, ao



longo de quase meio século, concorreu para o progresso e o desenvolvimento do País, sobretudo — mas não só — no sector da Saúde.

Uma destas contribuições — e, seguramente, não das menores —, foi, precisamente, a criação do Instituto Nacional de Saúde (INSA). Na sua presente configuração, o Instituto é, fundamentalmente, obra do Professor Gonçalves Ferreira — embora não se deva ignorar a importante contribuição que, ao nível da sua concepção, foi dada por outras pessoas, designadamente por outro sanitarista ilustre do nosso tempo — o Professor Arnaldo Sampaio, que, para nossa grande alegria, também se encontra aqui presente. Como em outras iniciativas a que meteu ombros, uma das particularidades que distingue o INSA é o carácter inovador que o Professor Gonçalves Ferreira lhe imprimiu, em termos de finalidades e objectivos. Carácter tão inovador que, passados cerca de 30 anos após a sua concepção e mais de 10 sobre o início do seu funcionamento, tais finalidades e objectivos ainda não são inteiramente apreciados e compreendidos por todos.

Pode afirmar-se, sem receio de desmentido, que só a lucidez de espírito do Professor Gonçalves Ferreira, aliada à sua persistência e dedicação e ao entusiasmo indefectível que sempre motiva os inovadores, possibilitaram, ao fim de 20 anos de luta pertinaz, a transformação do velho, quase secular, Instituto Superior de Higiene, no moderno Instituto Nacional de Saúde em que hoje nos encontramos — moderno, não apenas nas instalações, mas sobretudo nos objectivos que o norteiam e, bem assim, nas atribuições e competências que lhe foram conferidas, com vista ao desenvolvimento da Saúde do País.

Sem receio de imodéstia, pode igualmente afirmar-se que o actual Instituto, pela concepção de base que o informa, bem como pelo potencial técnico-científico que comporta, em termos de recursos humanos e equipamento, poderá, se convenientemente apoiado pelos poderes públicos, tornar-se num poderoso instrumento ao serviço do progresso e desenvolvimento nacional.

Em face do exposto, compreender-se-á que, independentemente de todos os outros títulos de apreço que exornam a figura do Professor Gonçalves Ferreira — como sanitarista, como político da Saúde, como docente, como nutricionista —, o Instituto não pudesse quedar-se impassível perante o afastamento da persona-

lidade a quem deve a própria existência e que, durante cerca de três décadas de vivência diária, lhe consagrou todo o esforço e interesse, num exemplo raro de perseverante dedicação à causa pública.

Nestas condições — e respeitando, embora, a posição do Professor Gonçalves Ferreira, relativamente a festas de homenagem — pareceu-nos que seria possível estabelecer um compromisso razoável, se essa festa fosse transformada numa sessão como a que agora se inicia, em que os discursos de encómio, fossem substituídos pela análise técnico-científica de alguns problemas importantes da Saúde em Portugal. Será esta, talvez, a modalidade mais adequada à homenagem que pretendemos prestar e que, com esta feição, não irá certamente ferir a sensibilidade do homenageado — antes, pelo contrário, é muito natural que possa mesmo vir a oferecer-lhe razões de apreço e satisfação.

Neste sentido se preparou o programa que já conhecem, tendo-se escolhido para tema geral a tratar o «Desenvolvimento no sector da Saúde em Portugal nas últimas décadas». É este, seguramente, um tema da maior actualidade e, simultaneamente, de âmbito suficientemente vasto, para permitir a abordagem de alguns aspectos fundamentais da problemática da Saúde do País.

Na verdade, a Saúde não pode hoje deixar de ser considerada em termos de desenvolvimento — juntamente com os restantes sectores da vida sócio-económica. E, dentro desta perspectiva, é evidente que, se o pretendido desenvolvimento houver de ter algum sentido, deverá fazer-se por objectivos, o que pressupõe a existência duma política de saúde, que estabeleça os princípios gerais a que há-de obedecer a prossecução de tais objectivos.

Assim, entendemos que se justifica começar esta sessão por uma mesa-redonda em que se irá apreciar a «Evolução da Política de Saúde» no País, ao longo dos últimos decénios, mesa esta que será moderada pelo Senhor Director da Escola Nacional de Saúde Pública.

É claro que uma política de saúde tem de incidir sobre variados domínios, sendo um dos que actualmente oferecem mais preocupações e suscitam mais controvérsia o que respeita à prestação de cuidados de saúde às populações. Temos, por isso, da parte da tarde, uma outra mesa-redonda sobre «Prestação de Cuidados de Saúde», que será moderada pelo Senhor Secretário de Estado da Saúde e que

esperamos possa vir a proporcionar conclusões do maior interesse.

Amanhã, da parte da manhã, numa sessão presidida pelo Senhor Director-Geral de Saúde, irá fazer-se a análise de algumas áreas da Saúde de importância nacional, que funcionarão, relativamente ao tema geral da reunião, como áreas indicadoras. São elas: «*Alimentação e Nutrição*», «*Saúde Materno-Infantil*», «*Saúde Ambiental*» e «*Saúde Ocupacional*».

Finalmente, amanhã da parte da tarde, teremos uma última mesa-redonda, moderada por mim próprio, em que iremos procurar analisar as contribuições que o Instituto Nacional de Saúde tem vindo a dar para o desenvolvimento em Saúde, nos seus três principais campos de actuação, correspondentes às suas atribuições fundamentais: a «*Acção Laboratorial de Saúde Pública*», a «*Investigação em Saúde*» e a «*Formação de Profissionais de Saúde*».

As contribuições apresentadas irão constituir objecto de publicação de um volume especial dos Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, que será expressamente dedicado ao assunto.

A terminar — e porque eu próprio não poderia encontrar fórmula mais expressiva, para traduzir o sentimento que nos animou ao organizar esta Sessão — vou servir-me das palavras de um velho Amigo do Professor Gonçalves Ferreira, o Dr. Domingos Braga da Cruz, que, infelizmente, não pôde aqui estar presente, mas que, na carta em que justifica a sua ausência, afirma a determinado passo: «Na verdade, uma vida inteiramente consagrada ao estudo e ao persistente e continuado desenvolvimento de esforços pela melhoria das condições de saúde dos portugueses, constitui para todos nós um grande exemplo, que temos o dever de exaltar, de louvar e de agradecer».

É este dever que, neste momento, procuramos cumprir, seguros do sucesso da nossa iniciativa, antecipadamente assegurado pela colaboração de tantas individualidades de reconhecido prestígio e competência profissional como as que se dispuseram a cooperar connosco, associando-se, deste modo, à homenagem que pretendemos prestar — e às quais, neste momento, publicamente manifestamos o nosso mais vivo apreço e reconhecimento.

A todos, muito obrigado.

INTRODUÇÃO

Coriolano Ferreira

1. Como coordenador desta mesa-redonda que vai debruçar-se sobre a evolução da política de saúde em Portugal, cabe-me, apenas antecipar os traços fundamentais dessa evolução, estabelecendo assim o enquadramento temporal que poderá servir de apoio às comunicações que os intervenientes convidados vão produzir seguidamente.

A tentativa que faço no sentido de descobrir as linhas divisórias das várias fases da história política da saúde é cheia de riscos e de imprevisões. Mas tinha de ser empreendida algum dia e pode sê-lo hoje.

2. A política da saúde, à semelhança de qualquer outra política setorial, deve ser claramente definida, coerente, viável e contínua. Escusado se me afigura justificar cada um destes atributos.

Por outro lado, é hoje geralmente aceite que a política de saúde, como todas as demais da área social, tem natureza interdepartamental, envolvendo especialmente os sectores da educação, da economia, da habitação do urbanismo e, naturalmente, da saúde.

Por último, reconheçamos sinceramente que, no mundo de hoje, as medidas de política influenciam muitas vezes mais profundamente os resultados no campo da saúde do que as acções provindas do campo estritamente médico.

3. Restringindo a nossa análise aos últimos quarenta anos, poderemos descortinar dois gran-

des períodos, ainda que divididos em subperíodos ou fases, e um terceiro período que está a começar.

O primeiro período decorre de 1940, data em que foi criado o Subsecretariado da Assistência Social, até 1958, quando foi criado o Ministério da Saúde e Assistência. Apresenta as seguintes características:

- A saúde aparece incluída no conceito da assistência social;
- Legisla-se o predomínio da actividade particular, devendo o Estado agir apenas supletivamente, salvo na área da saúde pública;
- Os serviços de saúde andam dispersos por diversos Ministérios.

O segundo período vai de 1958 até 1976 e subdivide-se em várias fases, a saber:

a) De 1958 a 1962, quando é preparado o Estatuto da Saúde e Assistência, separando as áreas da saúde e da assistência social;

b) de 1963 a 1968, fase em que são publicados o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospital e lançadas as carreiras profissionais hospitalares;

c) De 1971 a 1976, caracterizada pela vigência do Decreto-Lei n.º 413/71 e do Decreto-Lei n.º 414/71. Estes diplomas formulam o direito à saúde, estabelecem a orgânica unificada

dos serviços e fixam o quadro geral das carreiras dos respectivos profissionais.

O terceiro período, iniciado com a Constituição de 1976, parte dos programas iniciais da Revolução de 1974, reafirma o direito à saúde realizado através de um Serviço Nacional, universal, geral e gratuito. A sua concretização é iniciada com a Lei n.º 56/79 e prosseguida com a legislação de Dezembro de 1979, diplomas que logo a seguir foram postos em causa.

Com uma história ainda curta, este período já nos deu motivos de esperança e de perplexidade. Mas é ainda cedo para o qualificar com o mínimo aceitável de objectividade.

4. Ao longo destes períodos e fases ressaltam as seguintes constantes:

- 1.ª — Os serviços de saúde pública são sempre encargo do Estado;
- 2.ª — Os serviços de saúde mantêm-se irremediavelmente dispersos por vários Ministérios;
- 3.ª — No entanto, os serviços e instituições de saúde e os de cobertura social das populações conservam-se firme-

mente no mesmo departamento ministerial — salvo o curto período de pouco mais de um ano —, sem se ter achado um modelo de verdadeira complementaridade.

As tendências ou linhas de força mais visíveis da evolução foram:

- 1.ª — A crescente responsabilidade do Estado na oferta e na qualidade dos cuidados de saúde;
 - 2.ª — O reconhecimento progressivo do direito à saúde, como direito de acesso aos serviços;
 - 3.ª — A progressiva aceitação, no campo da teoria, do âmbito global da saúde;
 - 4.ª — A posição de crescente relevo assumida pelos cuidados não diferenciados;
 - 5.ª — A instalação de carreiras profissionais.
5. Fica, no entanto, a dúvida sobre se as políticas de saúde ao longo destes 40 anos teriam sido sempre claramente definidas, coerentes, viáveis e continuadas. As comunicações que vão ser proferidas poderão ajudar-nos a achar um princípio de resposta a essa dúvida.

EVOLUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM PORTUGAL

Planeamento

Desenvolvimento dos Recursos Humanos

A Correção de Assimetrias Regionais

ALGUNS ASPECTOS DO PLANEAMENTO DE SAÚDE EM PORTUGAL

Luis Magão

Não nos é possível conceber a ideia de planeamento de Saúde sem a sua integração num plano nacional de desenvolvimento. Aliás, esta situação é aceite universalmente. Os factores que determinam a adopção de uma estratégia de desenvolvimento são múltiplos e variados, dependendo das condições sociais, económicas e políticas concretas do País. Mas, uma vez definida a estratégia de desenvolvimento económico, esta deve ser executada. O Planeamento, como todo o método que pretende ser científico, é um esforço humano de reconstrução teórica da realidade objectiva através de ideias, conceitos, relações e formulações lógicas e matemáticas.

A Saúde abarca diversos campos de acção não específicos do sector, que não deverão ser excluídos para se poderem obter os objectivos pretendidos.

As dificuldades são, todavia, muitas para integrar o sector Saúde numa estratégia de desenvolvimento nacional. Algumas das principais dificuldades poderão ser as seguintes:

1. O sector Saúde é de difícil definição, devido às íntimas relações que tem com os outros sectores sociais;
2. A Saúde é um fim e um meio. É um direito e uma necessidade de todo o ser humano e introduz diferenças en-

tre os diversos grupos sociais, as quais têm especial importância em Economia. Evidentemente que a Saúde tem facetas próprias que, por si só, não admitem a sua entrada numa Economia de mercado; mas, entra;

3. Não conhecemos a produtividade da Saúde em termos quantificáveis;
4. Não dispomos de indicadores directos e positivos de Saúde nem de modelos rigorosos para o desenvolvimento do Sector.

Os usuais padrões de medição de Saúde (morbilidade e mortalidade) que se usam para definir objectivos do planeamento e para avaliar os resultados são negativos e indirectos: não medem Saúde mas sim Doença e Morte, fenómenos estes influenciados por todos os factores do desenvolvimento.

Por outro lado, a Saúde é um subproduto da influência ecológica de todos os sectores da vida social e não é, somente, o resultado das actividades do sector, que só inclui estruturas e funções, as quais lutam contra a Doença e a Morte e pouco pela Saúde.

Com estas e outras condições, o que é então que planeamos quando falamos de planeamento de Saúde?

Na realidade, só planeamos as actividades que, chamadas de Saúde, são, maioritariamente, actividades de Doença. Planeamos recursos humanos, físicos e financeiros para os distribuir, de uma forma racionalizada, por programas mais de Doença que de Saúde.

Todavia, o objectivo de uma política de Saúde deve ser o de melhorar o nível de Saúde de toda a população, sem quaisquer discriminações, de uma forma progressiva e passível de avaliação.

A existência de uma política de Saúde é prévia a um planeamento do Sector.

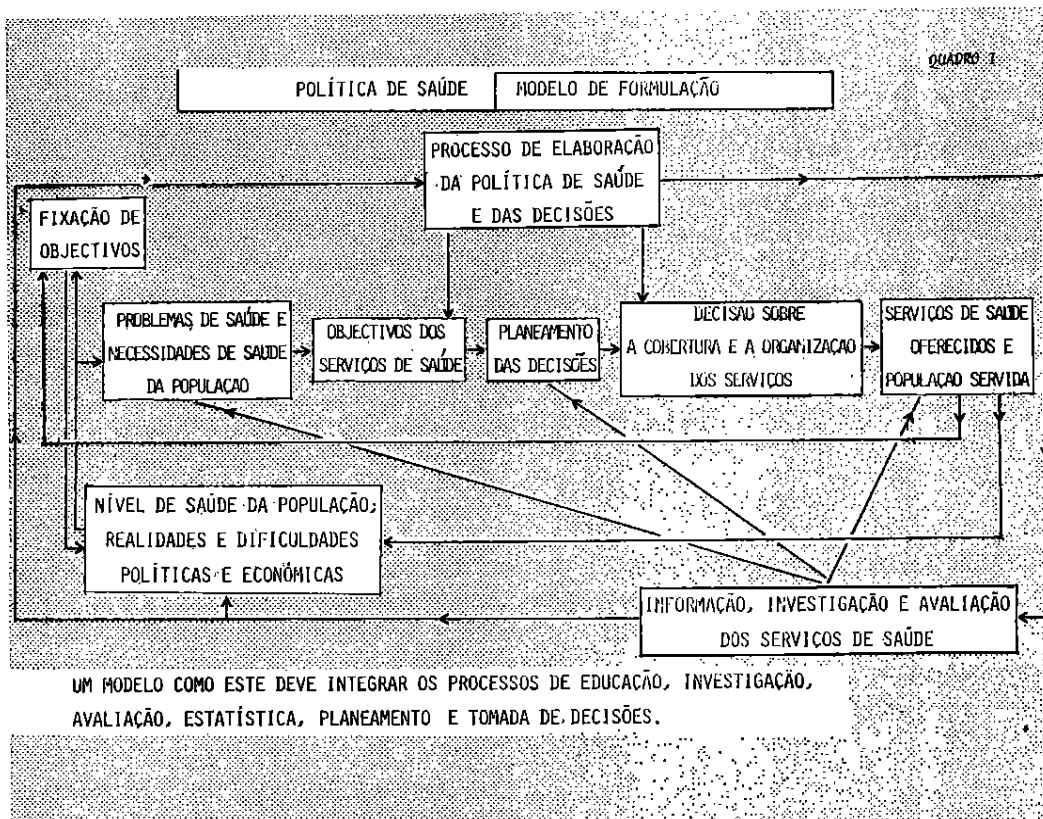
Sem política de Saúde não se poderia realmente, planear pois que, quando se termina com o planeamento, as decisões a tomar são novamente políticas.

A política de Saúde indica, a nível nacional e de uma forma global, quais as grandes directivas de um plano nacional de Saúde bem como as decisões do Governo, de actuar em determinadas direcções no domínio da Saúde. Há certas decisões que devem aparecer numa política de Saúde: os objectivos, as estratégias, os prazos, a cobertura da população.

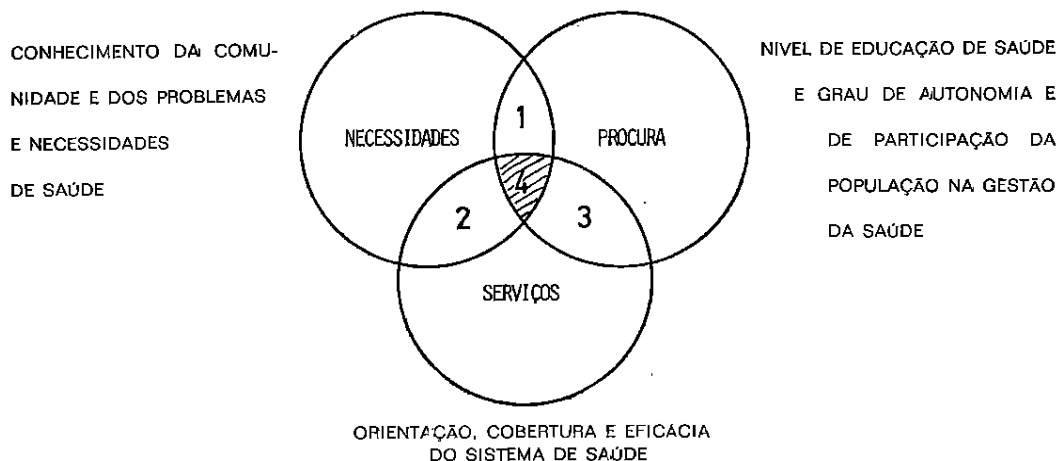
Evidentemente que uma política de Saúde deve estar adaptada aos objectivos e metas do plano de desenvolvimento económico e social; de contrário, a política de Saúde poderá revelar-se contraditória. Para formular uma política de Saúde há que ter como ponto de partida uma informação completa e verdadeira dos problemas de Saúde que existem na população, por regiões e localidades, bem como procurar um conhecimento directo das necessidades de Saúde da população.

O quadro 1 mostra, esquematicamente, as bases para a formulação de uma política de Saúde bem como o processo de decisões. Todavia, um ponto importante mas difícil, é o da satisfação das necessidades de Saúde da população cuja dinâmica e contradições do processo se procura revelar no quadro II. O planeamento é, pois, uma tentativa organizada, consciente e racional, para seleccionar, entre várias soluções, a melhor e a mais conveniente para alcançar objectivos especificamente determinados. O Planeamento em Saúde é um método racional para escolher, organizar e avaliar as actividades de Saúde mais efica-

QUADRO I



QUADRO II
DINÂMICA E CONTRADIÇÕES NA SATISFAÇÃO DAS «NECESSIDADES DE SAÚDE»



CONHECIMENTO DA COMUNIDADE E DOS PROBLEMAS E NECESSIDADES DE SAÚDE

NÍVEL DE EDUCAÇÃO DE SAÚDE E GRAU DE AUTONOMIA E DE PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE

- 1: NECESSIDADES EXISTENTES E PROCURA EXPRESSA; INEXISTÊNCIA DE SERVIÇOS = DESCONTENTAMENTO DA POPULAÇÃO.
- 2: NECESSIDADES EXISTENTES E SERVIÇOS DISPONÍVEIS; INEXISTÊNCIA DE PROCURA EXPRESSA = SUB-UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS.
- 3: PROCURA EXPRESSA E SERVIÇOS DISPONÍVEIS; INEXISTÊNCIA DE NECESSIDADES REAIS = GASTOS DESNECESSÁRIOS EM SERVIÇOS E INEFICÁCIA.
- 4: A CONVERGÊNCIA ENTRE NECESSIDADES, PROCURA E DISPONIBILIDADE DE SERVIÇOS DE SAÚDE É MAIS RARA; VARIA MUITO COM O TIPO DE PROBLEMAS DE SAÚDE, NECESSIDADES EXPRESSAS, NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO DAS POPULAÇÕES, ETC.

zes e eficientes para satisfazer as necessidades de Saúde da população, tendo em conta os recursos disponíveis.

A função exacta do planeamento de Saúde é colher informação sobre os desajustamentos que se estão produzindo entre as necessidades de uma população e os recursos para as satisfazer e elaborar critérios racionais para a sua utilização adequada, compatíveis com os objectivos e as estratégias fixadas pela política de Saúde.

Assim, para que o processo de Planeamento de Saúde se inicie são necessários os seguintes elementos, a nível nacional:

- Formulação de uma política de Saúde e de estratégias nacionais;
- Elaboração do esquema geral do plano e da metodologia a introduzir;
- Sistema de controlo e avaliação.

Por outro lado, entendemos que um planeamento de Saúde deve ser descentralizado e não deverá homogeneizar os problemas de Saúde do País, mas, pelo contrário, deverá realçar as diferenças que existem a nível regional e local.

Mas, para iniciar um processo de Planea-

mento do sector Saúde e para que este se possa basear nas necessidades reais da população, carecemos de um sistema de informação que dê a quem tem de tomar decisões todos os antecedentes necessários.

Por último, consideramos que executar acções no sector Saúde sem um planeamento prévio é arriscado por poderem conduzir a um mau aproveitamento dos recursos; mas, planejar e não executar é ainda pior, dado que por um lado é dispormos de meios que foram difíceis de adquirir e por outro lado ser uma forma de delapidação dos recursos se não os utilizarmos oportunamente.

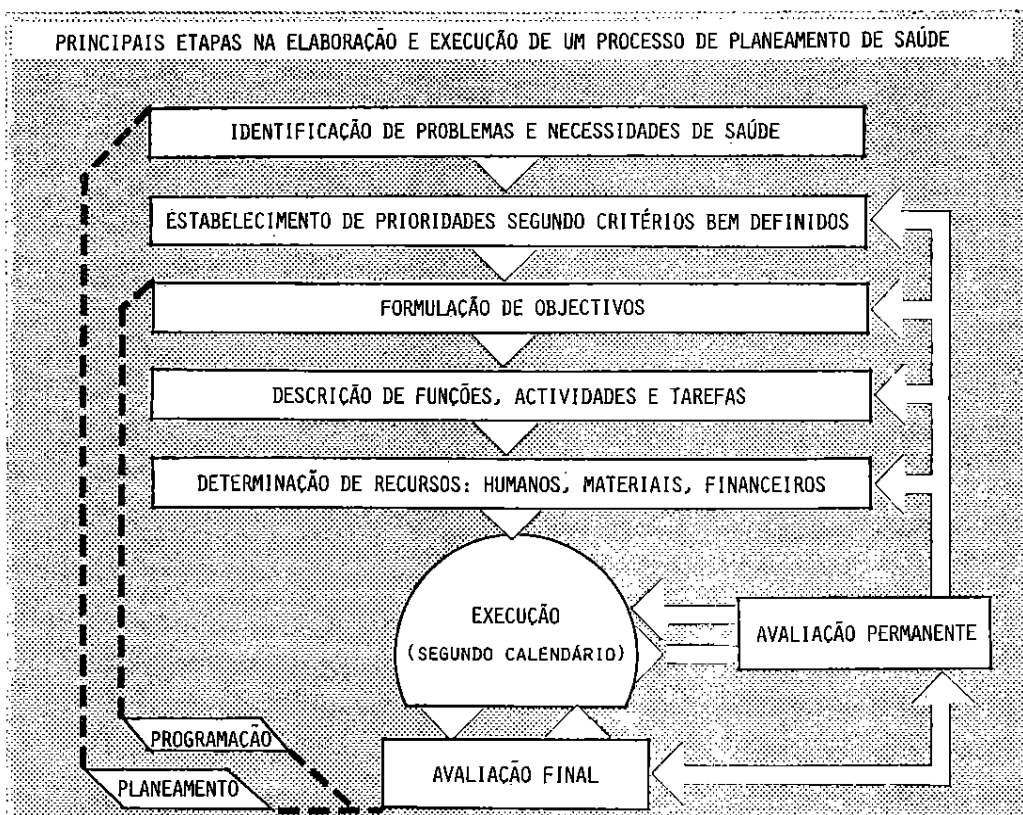
Nos países que adoptam uma metodologia científica de planeamento, torna-se indispensável a existência de um processo e de uma orgânica de planeamento, isto é, de um sistema de planeamento.

O processo de planeamento traduz-se, temporalmente, em planos de longo, médio e curto prazos.

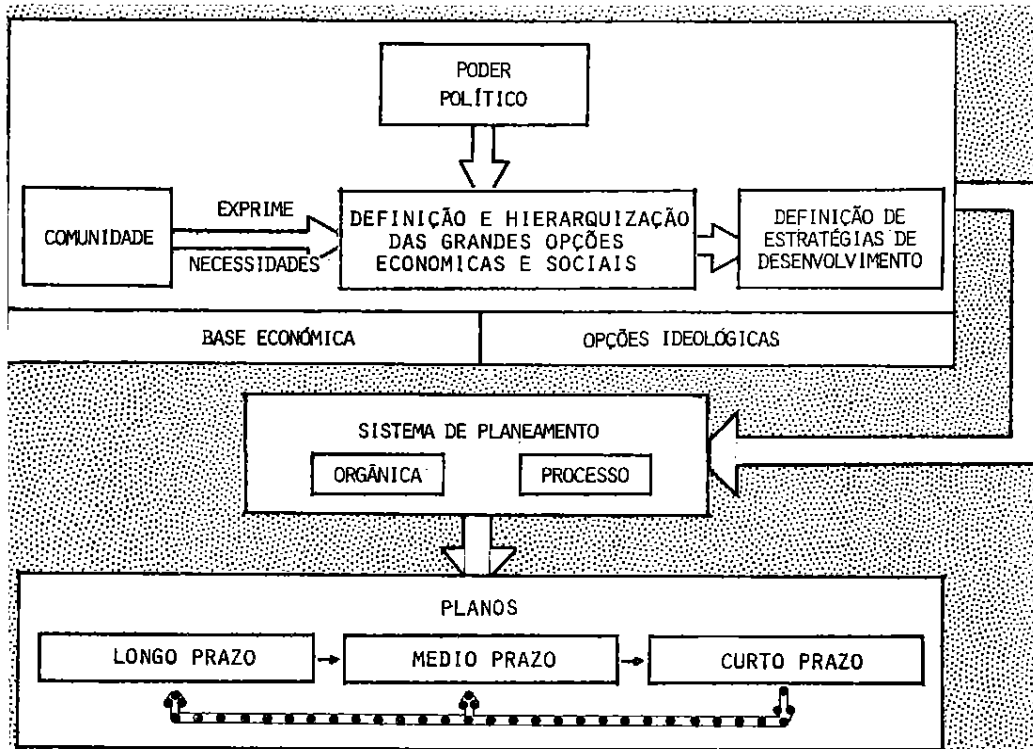
A orgânica do planeamento é, em termos genéricos, o conjunto de órgãos que dinamiza e coordena o processo de planeamento.

Com vista à obtenção do plano, o processo de planeamento desdobra-se, de uma forma grosseira, nas seguintes etapas:

Quadro III



**QUADRO IV
SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL**



Em Portugal, em conformidade com o disposto na Constituição de 1976 e na sua revisão de 1982, o Plano tem, como nos planos das economias de mercado, uma natureza mista (imperativo, para o sector público, e, indicativo, para o sector privado).

Relativamente ao período de antes de 25 de Abril de 1974, não pode com rigor falar-se da existência de uma actividade de planeamento em Portugal.

Os planos de fomento não foram, na sua génese, concepção e aplicação, mais do que simples previsões de evolução da conjuntura económica. Os planos assentavam mais em refinamentos técnicos do que em opções políticas de transformação.

A primeira tentativa confirmada de programação no País, remonta a 1935 com a chamada Lei da Reconstituição Económica.

QUADRO V

SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL

ESBOÇO HISTÓRICO

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1935
(LEI 1914) | — LEI DE RECONSTITUIÇÃO ECONÓMICA
Agregado de Investimentos Públicos a executar num período de 15 anos. | | |
| 1946
(LEI 2011) | — LEI DE ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Estabelece um sistema hospitalar regionalizado. O País é dividido em regiões hospitalares. Define o tipo e a lotação do hospital em relação à população | | |
| 1953-1958
(LEI 2058) | — I PLANO DE FOMENTO | | |
| 1959-1964
(LEI 2094) | — II PLANO DE FOMENTO | | |
| | <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;">O I e II Planos de Fomento circunscreveram-se a programas de investimentos públicos. Tinham um carácter acentuadamente economicista.</td> </tr> </table> | } | O I e II Planos de Fomento circunscreveram-se a programas de investimentos públicos. Tinham um carácter acentuadamente economicista. |
| } | O I e II Planos de Fomento circunscreveram-se a programas de investimentos públicos. Tinham um carácter acentuadamente economicista. | | |
| | Desencadeiam-se os primeiros esforços para sistematizar os recursos nacionais e coordenar a sua aplicação. | | |
| 1965-1967
(LEI 2123) | — PLANO INTERCALAR DE FOMENTO

Veio sugerir, pela primeira vez, a existência de determinadas preocupações de índole social, designadamente no sector da Saúde. Primeira inclusão autónoma da «Saúde» em documento deste tipo.
Num total de 34 788 984 contos, os investimentos previstos no Plano Intercalar incluíam 379 800 contos destinados à Saúde;
Esta verba compreendia: 35 000 contos imputados genericamente à «Saúde Pública», 15 000 para «Protecção Materno-Infantil», 52 000 para a «Tuberculose», 42 800 para «Saúde Mental», 25 000 para «Assistência Social» e a maior quota 210 000 para «Assistência Hospitalar».
Tais epígrafes são, todavia, algo enganadoras, já que na generalidade dos casos, a programação considerada neste plano era ainda, uma vez mais de NATUREZA FÍSICA, não seguindo, portanto, critérios funcionais. | | |
| (DEC.-LEI 48 357)
1968 | — ESTATUTO HOSPITALAR

Define o conceito de planeamento hospitalar. Estabelece as orientações a que deve atender aquele planeamento. | | |
| 1969
(DEC.-LEI 49 194) | — São criados Gabinetes de Planeamento Sectoriais. | | |

- 1970**
(DEC.-LEI 397) — É criado o Gabinete de Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência e constituídos Núcleos de Planeamento nas Direcções-Gerais daquele Ministério.
- 1971**
(DEC.-LEI 413) — Reforma dos Serviços de Saúde. Cria o Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde e define as suas competências. Neste diploma está patente o valor que se atribuíra ao planeamento.
- 1968-1973**
(LEI 2133) — III PLANO DE FOMENTO
Elegeu pela primeira vez, como uma das suas finalidades básicas, a correcção dos desequilíbrios regionais.
O Terceiro Plano de Fomento veio a contar, num total de 122 197 milhares de contos, um valor de 2338 milhares para a Saúde no que respeita à metrópole.
Nem sequer, porém, se torna especialmente útil apresentar a correspondente discriminação de aplicações, porque, no essencial, não nos fornece nenhuma alteração significativa de critérios relativamente ao plano anterior.
- 1974-1979** — IV PLANO DE FOMENTO
Não chegou a ser aplicado. Revelava uma maior aderência à realidade e um tratamento mais adequado dos aspectos sociais. Evidenciou uma filosofia global e integrada dos problemas nacionais.
- 1975-1976** — Elaboraram-se programas de investimento do sector Público.
- 1977**
(LEI 31) — Fixa as bases gerais da orgânica de planeamento.
- 1977-1980** — «Plano 1977-1980». Experiência incompleta e parcial de planeamento a médio prazo. Plano inacabado (a base da programação não se concretizou) que terá constituído uma importante tentativa de planeamento global, coerente e integrado em Portugal.
- 1977-1980** — Elaboração de planos anuais. Em 1979 o plano anual não foi aprovado pela Assembleia da República.
- 1979-1984** — «Plano 1979-1984». Experiência também incompleta. Este plano não passou da fase de preparação. Actualizou-se somente o diagnóstico do «Plano 1977-1980».
- 1981-1984** — Em 1980 iniciou-se a preparação das chamadas «Grandes Opções do Plano 1981-1984». Orientações genéricas com vista à elaboração de um plano a médio prazo naquele período. Nesse mesmo ano coordenaram-se esforços no sentido de elaborar um programa de investimentos do sector público a médio prazo.
- 1982**
(DEC.-LEI 254) — Cria as Administrações Regionais de Saúde que têm como atribuição o planeamento das acções que desenvolvem na sua zona de actuação.
- 1982**
(DEC.-LEI 398) — Reestrutura o Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde.

Depois de 1974, a actividade de planeamento tem-se circunscrito, na prática, à elaboração de planos de curto prazo, de horizonte temporal anual.

A estrutura-padrão adoptada nesses planos tem sido, em termos genéricos, a seguinte:

QUADRO VI

SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL

ESTRUTURA-PADRÃO QUE TEM SIDO ADOPTADA NOS PLANOS DE CURTO PRAZO

- Diagnóstico da situação socio-económica e seu enquadramento na conjuntura internacional
- Opções de carácter político e fixação de objectivos prioritários
- Orientações e medidas de política (global e sectorial)
- Programas de investimento do sector Público

Vejamos ainda algumas deficiências dos Planos, das quais as principais são as indicadas no quadro seguinte:

QUADRO VII

SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL

ALGUMAS DEFICIÊNCIAS DOS PLANOS

- Ausência de perspectiva temporal dos objectivos e acções no médio prazo e no longo prazo.
- Objectivos e políticas vagos.
- Não definição de responsáveis directos pelo alcance dos objectivos.
- Não é um instrumento de gestão, nem permite um confronto entre os meios e os fins em termos de utilidade.
- *Plano e Orçamento* aparecem como instrumentos justapostos e não integrados.

No entanto, após o 25 de Abril, surgiram condições propícias à criação e consolidação de um sistema de planeamento em Portugal.

Contudo, a instabilidade política que, desde então, se tem vivido com as consequentes indefinições quanto ao modelo de sociedade possível e desejada, a ausência de uma vontade política determinada e forte no sentido de conferir ao planeamento elevada prioridade, são algumas razões que explicam os fracassos das várias tentativas de planeamento que se efectuaram em Portugal.

A actividade de planeamento encontra-se legalmente consagrada, quer na Constituição quer na Lei n.º 31/77 de 23 de Maio, que fixa o sistema e a orgânica de planeamento.

Não pode todavia, falar-se na existência de um autêntico processo de planeamento quanto a uma metodologia funcional e temporal visando a obtenção dum plano, como também não deve dizer-se que funciona, na prática, uma orgânica de planeamento em Portugal, dado que a Lei que a consagra se limita a enunciar as bases gerais.

A Constituição fixa as principais linhas gerais do sistema e do próprio processo de planeamento em Portugal, sendo omissa quanto à orgânica de planeamento. A Lei n.º 31/77 identifica três tipos de orgânica de planeamento (central, sectorial e regional) e estabelece a distinção entre órgãos técnicos de planeamento e órgãos de participação.

QUADRO VIII

SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL

ORGÂNICA DO PLANEAMENTO (LEI 31/77)

A. Órgãos Técnicos de Planeamento

Orgânica Central do Planeamento

- Departamento Central de Planeamento (DCP)
- Comissão Técnica Interministerial de Planeamento (CTIP)

Orgânica Sectorial do Planeamento

- Departamentos sectoriais de Planeamento (DEP'S)
- Comissões de Planeamento

Orgânica Regional do Planeamento

- Departamentos Regionais de Planeamento (DRP'S)

B. Órgãos de Participação

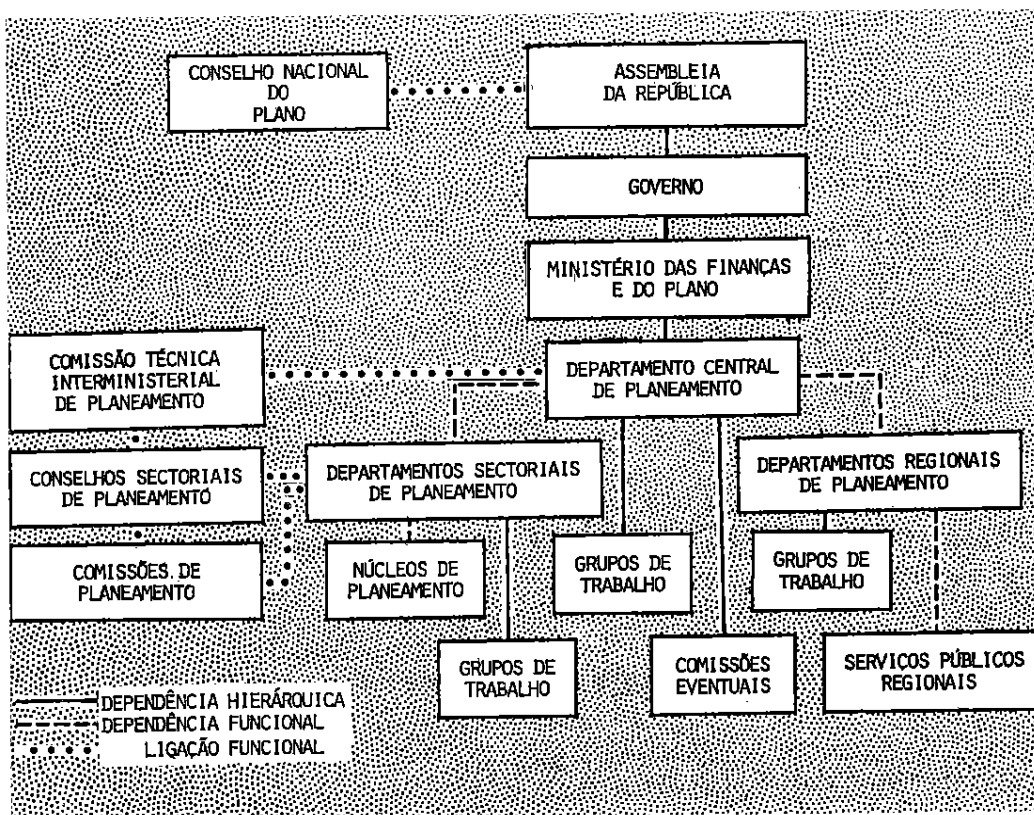
- Conselho Nacional do Plano (CNP)
- Conselhos Sectoriais de Planeamento (CSP'S)

No entanto, esta Lei não foi ainda regulamentada no caso dos departamentos regionais de planeamento e dos conselhos sectoriais de planeamento.

O quadro que, seguidamente, se apresenta revela os aspectos institucionais legalmente consagrados e mais relevantes do processo e da orgânica de planeamento actualmente existentes.

QUADRO IX

SISTEMA DE PLANEAMENTO EM PORTUGAL



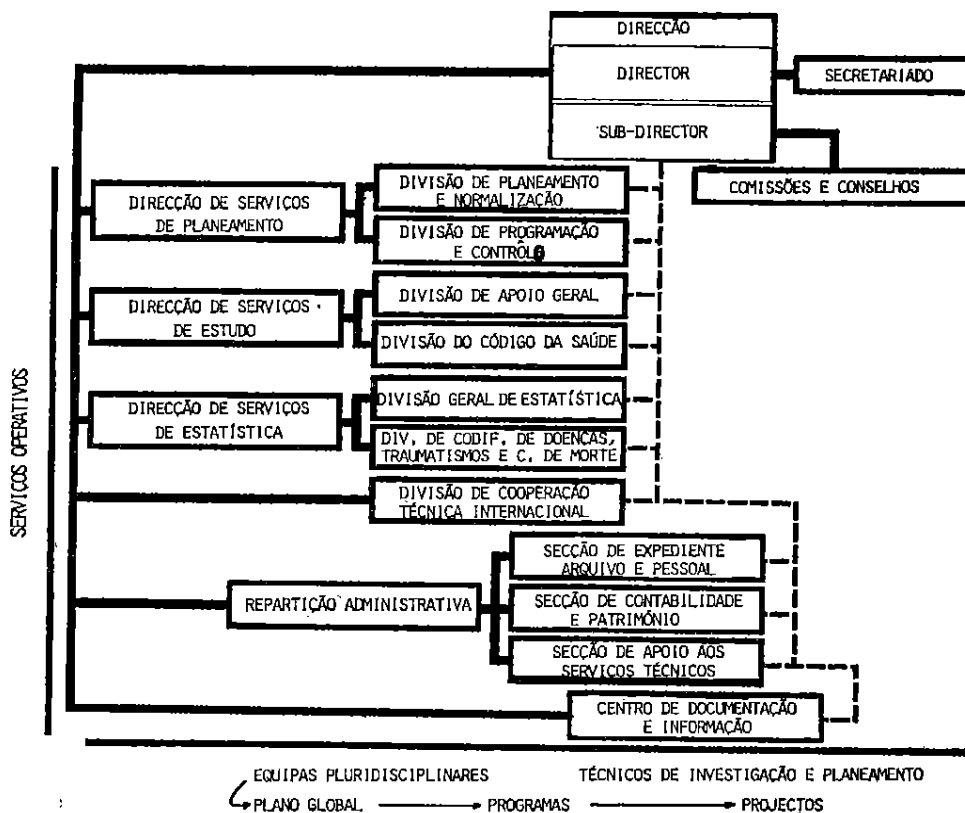
Reconhecendo-se as insuficiências do Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde e a urgente necessidade de lhe conferir estruturas que lhe permitissem desempenhar eficazmente as funções que lhe devem ser confiadas, procedeu-se à sua reestruturação. O Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde

(DEPS), nova designação daquele órgão técnico, é um departamento central do Serviço Nacional de Saúde e simultaneamente, um departamento sectorial da orgânica nacional de planeamento.

O DEPS compreende os seguintes Serviços:

Quadro X

MATRIZ ORGÂNICA DO DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE



DEPS, 1982

Com o apoio operativo dos órgãos e serviços no quadro atrás indicado, o DEPS funciona, segundo esquema matricial, mediante programas e projectos construtivos de planos globais de investigação e planeamento.

Por fim vejamos algumas das actividades que estão a ser desenvolvidas pelo DEPS:

- INQUÉRITO NACIONAL DE SAÚDE.
- PLANEAMENTO DE SAÚDE DAS ÁREAS METROPOLITANAS. (LISBOA E PORTO)

- ELABORAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE.
- COOPERAÇÃO TÉCNICA COM A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E O CONSELHO DA EUROPA.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE
- ACÇÕES DE FORMAÇÃO PERMANENTE EM PLANEAMENTO DE SAÚDE.
 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO.
 - RECURSOS HUMANOS.

DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Aloísio M. Coelho

Uma política de saúde consequente não pode — ou não deve — ignorar a área dos recursos humanos, visto que é o elemento humano — as «pedras vivas», como diria António Sérgio — que há-de assegurar a realização prática dos princípios e orientações definidas quanto ao desenvolvimento das estruturas e esquemas organizacionais e de gestão eventualmente decorrentes das políticas estabelecidas.

Uma formação profissional correcta — ou seja, adequada às reais necessidades da comunidade — constitui, pois, um pré-requisito indispensável ao bom funcionamento de qualquer serviço de saúde, visto que, sem técnicos convenientemente preparados, não podem os cuidados a prestar revestir-se da qualidade desejável.

Parece, assim, apropriado, que, numa mesa-redonda consagrada à discussão de assuntos relacionados com políticas de saúde, se reservem alguns minutos para tratar de aspectos referentes àquilo que, tradicionalmente, se costuma designar pela expressão «formação de pessoal» e que, modernamente, de acordo com um conceito mais amplo, há tendência a designar por «desenvolvimento dos recursos humanos».

É o que irei fazer a seguir, de forma tanto quanto possível sucinta.

1. Enquadramento do processo da Formação de Pessoal na perspectiva mais actualizada do Desenvolvimento de Recursos Humanos.

Desde há algum tempo a esta parte, utiliza-se muitas vezes a expressão «recursos humanos», como sinónimo de «pessoal». Há, contudo, uma certa diferença, que convém especificar.

A noção tradicional de «pessoal de saúde» é, de certa maneira, uma noção estática: corresponde ao conjunto de pessoas que, com formação mais ou menos diferenciada e mais ou menos adequada, presta serviço — ou, se quisermos, ocupa os postos de trabalho — nos Serviços de Saúde.

A expressão «recursos humanos» tem uma conotação mais lata e mais dinâmica: pressupõe, além da simples noção quantitativa dos efectivos em exercício e das respectivas capacidades, uma visão de conjunto de âmbito nacional, que prevê a utilização dos ditos recursos de forma racional, sistematizada e coordenada, com vista ao desenvolvimento do sector Saúde dentro dum planeamento integrado com o dos restantes sectores fundamentais da vida sócio-económica da Nação (Educação, Agricultura, Indústria, etc.) e tendo como finalidade última a contribuição para o desenvolvimento global do País.



Esta visão implica um conhecimento da situação no que respeita à distribuição do pessoal disponível, às carências existentes, à oferta, à procura, etc. — em termos operacionais, isto é, em termos da real satisfação das necessidades, tanto quantitativas, como qualitativas.

Desta visão dinâmica decorre, directamente, a necessidade da existência dum *processo de desenvolvimento dos recursos humanos*, como instrumento para a correcção permanente dos desequilíbrios que, neste domínio, são a regra por toda a parte, dado que as necessidades estão sempre em aumento ou em mudança e os sistemas para a satisfação das mesmas têm sempre uma tendência natural para a inércia e a rigidez.

Este processo do Desenvolvimento dos Recursos Humanos comporta 3 fases fundamentais — planeamento, produção e gestão do pessoal de saúde — e os organismos que participam neste processo conjunto constituem, com as suas competências, as suas capacidades, e os seus meios de acção, o *Sistema dos Recursos Humanos da Saúde*, conforme se esquematiza na Figura 1.

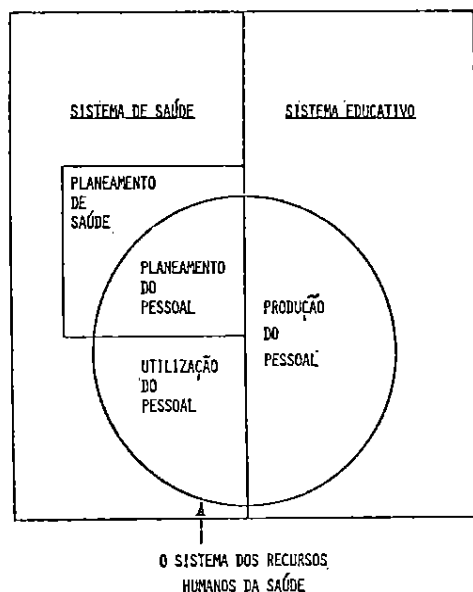


FIG. 1 — O sistema dos Recursos Humanos da Saúde (segundo Hall e Mejia, 1978)

As 3 fases do processo — planeamento, produção e gestão do pessoal — embora distintas entre si, são interpedendentes, devendo haver entre elas uma estreita ligação funcional.

À fase do *planeamento* corresponde a inventariação das necessidades do País, em termos quantitativos e qualitativos — isto é, quais tipos de profissionais e quantos de cada são necessários, e ainda quais os conhecimentos, competências e atitudes que devem possuir, para poderem desempenhar eficientemente as tarefas a que se destinam. Corresponde, ainda, a esta fase o estabelecimento das prioridades de formação, à escala nacional.

Com base na informação elaborada nesta fase é que o sistema educativo haverá de proceder à definição dos objectivos de aprendizagem e dos programas educativos a utilizar na fase da *produção* dos técnicos — ou seja, na fase da formação propriamente dita.

A fase da *gestão* implica, entre outras coisas, a avaliação da medida em que a formação conferida aos profissionais é ou não apropriada à execução das tarefas que lhes compete realizar.

Conforme se mostra no diagrama (Fig. 2), estas 3 fases devem funcionar segundo um esquema integrado, interinfluenciando-se mutuamente, quer pela via da informação directa, quer pela via da informação de retorno.

Outro condicionalismo importante a observar neste processo — condicionalismo que, infelizmente, na prática, é muitas vezes esquecido — é o de que a formação a proporcionar aos profissionais ou futuros profissionais deve ser *pertinente*, isto é, ajustada às funções que irão ter de desempenhar na sua prática quotidiana.

Deste condicionalismo decorre directamente um outro, também fundamental, que é o da necessidade da existência de uma estreita ligação e coordenação entre o aparelho formador (o sistema educativo) e o aparelho utilizador (o sistema de saúde), no sentido de que as necessidades do último, no domínio da formação profissional — que devem traduzir as *reais* necessidades da comunidade, no respeitante à prestação de serviços — possam ser correctamente definidas e consideradas no processo formativo.

Isto significa que, para ser verdadeiramente eficaz, o processo de desenvolvimento dos recursos humanos não pode dissociar-se do processo de desenvolvimento dos próprios serviços de saúde e que só o desenvolvimento integrado dos dois sistemas, em conjunto, poderá oferecer perspectivas de solução correcta e racional para os problemas resultantes da descoordenação que, em muitos países, se verifica existir, por um lado, entre as 3 fases

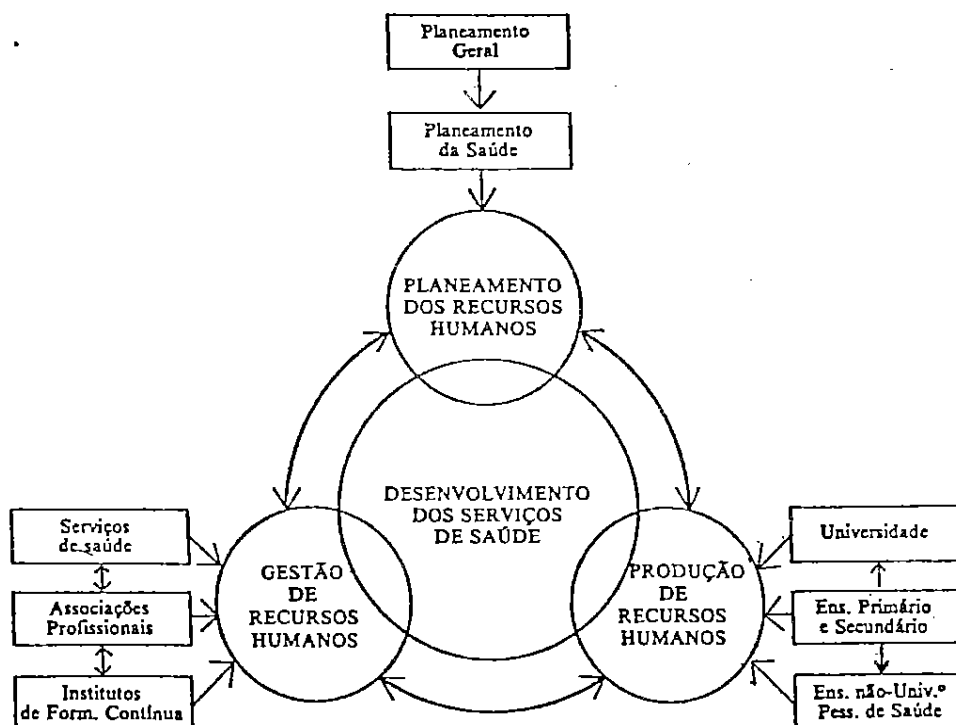


FIG. 2 — Inter-relações institucionais no processo de Desenvolvimento Integrado dos Serviços e dos Recursos Humanos da Saúde (segundo Fülöp, 1976)

do processo formativo e, por outro, entre este processo e o processo de desenvolvimento dos serviços.

2. Breve análise do processo de desenvolvimento dos Recursos Humanos no País.

Uma análise, mesmo sumária, do que, neste domínio, se tem passado no País, facilmente nos leva à conclusão de que os esquemas que têm vigorado até ao presente muito dificilmente se inserem no enquadramento que acabamos de apontar.

Se considerarmos o Sistema de Recursos Humanos da Saúde, tal como atrás o definimos, há que reconhecer, antes de mais, que, entre nós, nem o sistema de saúde, nem o sistema educativo se têm mostrado coerentes — antes, pelo contrário, cada um deles se tem apresentado fragmentário, com os diversos elementos que o compõem muito pouco — ou mesmo nada — coordenados entre si, o que, logo à partida, condiciona toda uma série de inconvenientes e dificuldades, fáceis de imaginar — nomeadamente, a falta do imprescindível diálogo, quer intrínseco, dentro de cada sistema, quer extrínseco, entre um sistema e o outro.

Não tem havido, da parte dos Serviços de Saúde, capacidade para a avaliação global das necessidades próprias e da correspondente solicitação a formular ao Sistema Educativo, nem capacidade deste para uma resposta uniforme, adequada e convenientemente dimensionada à eventual solicitação recebida.

Resulta esta situação do facto de não se ter definido até hoje, entre nós, uma política nacional de desenvolvimento dos recursos humanos da saúde, nem, tão pouco, qualquer esquema global para o respectivo planeamento, produção e gestão — o que acarreta toda uma série de consequências altamente gravosas, bem conhecidas de todos. Citarei, a título de exemplo, algumas das dificuldades qualitativas e quantitativas mais frequentes e relevantes:

- a má distribuição de profissionais qualificados (nomeadamente, médicos e enfermeiros);
- a grande escassez — em alguns casos, a verdadeira penúria — de diversos tipos de técnicos (caso dos técnicos sanitários e dos técnicos de saúde dentária e ocular);
- a utilização não económica de diversas categorias profissionais — não apenas

devido às carências e à falta de uma definição clara dos respectivos perfis, mas também, em alguns casos, por virtude daquilo que poderá designar-se por «preconceito profissional» (caso da saúde dentária e da saúde ocular) ou ainda devido ao sentimento exacerbado do chamado «espírito de corpo», evidenciado pelos diferentes grupos profissionais — e que constitui obstáculo marcado à prática do trabalho de equipe e ao desenvolvimento harmonioso dos serviços.

Se considerarmos, agora, as diferentes fases do processo de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, verificamos que, no nosso País, o planeamento, ou não tem existido ou, quando existe, em vez de sistemático e científico, tende habitualmente a ser empírico e sectorial, procurando cada sector ou instituição planear para as suas próprias necessidades, sem curar, como é natural, dos restantes.

Tem existido, por outro lado, uma total ou quase total falta de coordenação — quando não divórcio — entre o planeamento e a produção dos técnicos, o mesmo acontecendo, muitas vezes, dentro da própria fase da produção — o que origina os bem conhecidos desajustamentos entre o número e os tipos de técnicos produzidos e as necessidades reais do País. A este propósito, o bem conhecido caso da produção de médicos é extremamente significativo.

Estes factos resultam, em grande medida, da circunstância de em Portugal — tal como aliás, em muitos outros países — a formação do pessoal da Saúde estar repartida por mais de um departamento governamental (designadamente, Educação e Saúde); mas, mesmo no interior de cada Departamento (e, neste momento, só me pronuncio sobre a Saúde) a coordenação é, grande número de vezes, praticamente inexistente.

Na adiantará, de momento, aprofundar mais esta análise, bem demonstrativa de que a situação descrita não parece ser a que melhor acatela a defesa dos interesses do País, por toda a série de desajustamentos, sobreposições, duplicações, lacunas e outros inconvenientes a que, forçosamente, dá lugar. Inconvenientes que se repercutem de forma acentuada nos custos, no funcionamento dos serviços e, em última análise, na qualidade dos cuidados prestados às populações.

Da situação exposta, decorre, naturalmente uma série de ilações, a que aludirei na 3.^a parte desta intervenção.

Antes disso, farei aqui, no entanto, um pequeno parêntesis.

Se o panorama descrito se apresenta sombrio, em termos do esquema conceptual inicialmente enunciado — que encara o problema numa perspectiva global, de âmbito nacional — seria altamene injusto ignorar os exemplos positivos (deixando agora de lado os negativos) representados por algumas valiosas contribuições, dadas ao longo das últimas décadas, para o desenvolvimento específico de algumas áreas profissionais em particular.

Neste sentido, julgo apropriado salientar, neste momento, algumas contribuições fundamentais dadas por Gonçalves Ferreira nesta matéria.

Assim e pelo que se refere ao caso concreto do ensino médico, há a referir que foi Gonçalves Ferreira quem, juntamente com Arnaldo Sampaio, renovou o ensino da Saúde Pública nos meados deste século, depois do período de apagamento progressivo que se seguiu à morte de Ricardo Jorge. A acção desenvolvida neste campo, que passou por várias fases e incidiu sobre vários aspectos, veio a culminar na criação da Escola Nacional de Saúde Pública, que hoje constitui peça fundamental do nosso Sistema Educativo da Saúde.

No que respeita ao ensino médico de pré-graduação, também Gonçalves Ferreira tem tido intervenções de grande significado, sendo de salientar a acção que desenvolveu, nos últimos anos, junto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e que se traduziu pela inclusão, no plano curricular daquela Faculdade, da nova disciplina de Saúde Pública, com a particularidade de o ensino da mesma se repartir por 5 dos 6 anos que comporta o curso. Julgo desnecessário encarecer o alcance desta medida — que, na dimensão em que foi aplicada, constitui, até à presente data, exemplo único na Universidade Portuguesa — com vista ao progresso e aperfeiçoamento da prática médica no País.

No que se refere a outras profissões da Saúde, creio ser também, de assinalar que, numa época em que a falta de sistematização na esfera dos recursos humanos era praticamente total no nosso meio, Gonçalves Ferreira fez publicar a conhecida legislação que, só por si, lhe garantiria um lugar na história da Saúde deste País (refiro-me, é claro, aos Decretos

413 e 414/71), em que se consideravam, simultaneamente, por um lado a orgânica de serviços e, por outro, as carreiras profissionais correspondentes, com as normas relativas à respectiva formação. Era o embrião dum processo de desenvolvimento de recursos humanos, que não veio a ter seguimento adequado, pelas razões conjunturais de todos bem conhecidas.

A recente legislação sobre carreiras, publicada pela Secretaria de Estado da Saúde, denota, também, a preocupação de assegurar os aspectos relacionados com a formação, mas sempre em termos casuísticos, relativamente a cada profissão.

Em termos institucionais — e sem esquecer os esforços isolados das Direcções-Gerais de Saúde e dos Hospitais e do próprio INSA, no âmbito da formação profissional — há que depositar toda a esperança na acção do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, de recente criação, e ao qual caberá, seguramente, dar realização prática ao processo enunciado na 1.ª parte da presente exposição, e que se torna urgente aplicar neste País.

3. Conclusões e recomendações

Em face do que foi dito e tendo em atenção o tema desta mesa-redonda, parece que a 1.ª conclusão a tirar é que não tem havido, até ao presente, no País, uma verdadeira política de desenvolvimento dos recursos humanos, na acepção moderna do conceito. Tem havido formação profissional de âmbito subsectorial, ao longo das várias linhas profissionais, mas sem um planeamento conjunto de âmbito nacional, que assegure uma coordenação adequada entre as várias fases do processo e entre as diferentes componentes do sistema de recursos humanos.

Nestas condições, e atendendo ao tema geral da presente Reunião — o desenvolvimento em Saúde —, será talvez lícito formular o voto de que, rapidamente, se defina uma política nacional de desenvolvimento dos recursos humanos da Saúde, para o que, além de outras medidas que se entendam oportunas, poderá ser útil começar a considerar, desde já, as seguintes:

- Promover os trabalhos de estudo e interactivo com o sistema da prestação de cuidados (Serviços de Saúde), segundo o princípio da estimulação recíproca,

com vista ao desenvolvimento integrado dos dois sistemas.

- Definir, com o apoio das entidades interessadas — incluindo o Ministério da Educação —, uma política nacional para a formação do pessoal da Saúde.
- Definir as finalidades, objectivos e prioridades da formação, tendo em vista a política de saúde nacional.
- Promover o planeamento dos recursos humanos da Saúde, em âmbito nacional.
- Promover, se necessário em ligação com outros Ministérios, a formação do pessoal qualitativa e quantitativamente adequado à satisfação das necessidades *do conjunto* da população.
- Assegurar a pertinência dos processos formativos, relativamente às necessidades concretas do País.
- Assegurar a inserção do processo de formação no esquema mais vasto do processo de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, mediante adequada coordenação das suas 3 fases operacionais (planeamento, produção, gestão).
- Promover a tradução dos objectivos da formação em planos e programas de execução adequados.
- Promover a formação profissional a todos os níveis, incluindo a formação permanente.
- Assegurar a actualização permanente dos métodos pedagógicos postos ao serviço da formação profissional.
- Promover a coordenação do sistema de investigação necessários ao aperfeiçoamento do processo de Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

BIBLIOGRAFIA

- COELHO, A. M. — Formação e investigação, in Problemas de organização dos Serviços de Saúde Portugueses no Presente, Arq. Inst. Nac. Saúde, 5: 69, 1981.
- COELHO, A. M. — A pertinência dos actuais programas de ensino em relação às necessidades dos Serviços de Saúde na década de 80, Rev. Port. Saúde Pública, 1: 5, 1983.
- FULOP, T. — New approaches to a permanent problem — The integrated development of health services and health manpower, WHO Chronicle, 30: 433-411, 1976.
- HALL, T. L. e MEJIA, A (Eds.) — Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues, W.H.O., Geneva, 1978.

A POLÍTICA DE SAÚDE E A CORRECÇÃO DAS ASSIMETRIAS ESPACIAIS DE DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO E SOCIAL

António Correia de Campos

Introdução

Tem sido repetidas vezes traçada a caracterização da importante reforma da orgânica dos serviços de saúde realizada em 1971 — Decretos-Lei 413 e 414/71 de 27 de Setembro —. Todavia, não foi ainda ensaiada a avaliação do impacto dessa reforma, apesar de sobre ela haverem decorrido onze anos.

Tal avaliação, cuja importância para o delineamento de novas políticas em novos contextos é de capital interesse, deveria ser realizada através de vários critérios, nas diversas áreas em que a reforma fez projectar os seus efeitos.

No que respeita aos resultados da mesma nos níveis de saúde da população portuguesa, os atrasos existentes no sistema de informação estatística do sector impedem estudos aprofundados. Todavia, com o auxílio de estatísticas de rotina é possível observar, a nível agregado, o sentido geral da evolução das políticas de saúde, no que respeita à maior importância atribuída à promoção da saúde e prevenção da doença na actuação dos serviços que hoje tendem a ser universalmente denominados de cuidados de saúde primários. Interessará, neste trabalho conhecer, a par do sentido da evolução geral observada em todo o território, o que se passou entre as diferentes áreas geográficas de nível sócio-económico profundamente desigual e cada vez mais díspare, com vista à enunciação da hipótese de os serviços de saúde terem actuado

como factores de um processo de nivelamento das desigualdades espaciais.

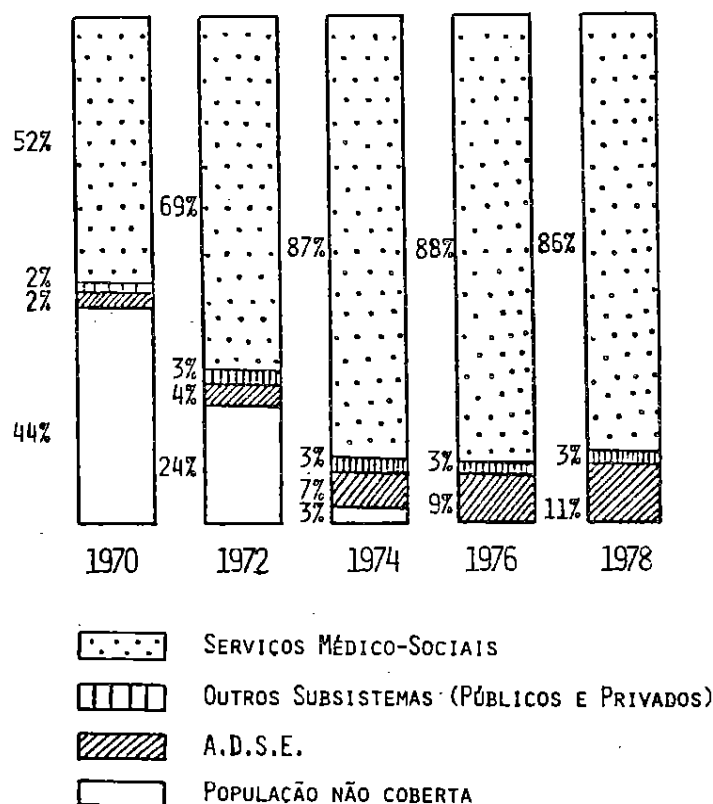
As assimetrias do desenvolvimento

Em Portugal Continental, três distritos — Lisboa, Porto e Setúbal — cobrindo cerca de 11% do território, representavam em 1940 31% da população total; este número evoluiu para 33% em 1950, 36% em 1960, 42% em 1970 e 46% em 1981. A população tem vindo, ao longo das últimas décadas, a concentrar-se na faixa litoral, gerando consideráveis desníveis de desenvolvimento económico. Actualmente, os oito distritos mais ocidentais — Viana do Castelo, Braga, Porto, Aveiro, Coimbra, Leiria, Lisboa e Setúbal — detendo 37% da área do Continente, compreendem 80% da população e concentram 60% do Produto Agrícola, 90% do PIB e 95% do Produto Industrial (GOMES 1982).

Todavia, a acção dos serviços de saúde e segurança social, pelo menos na última década, caracterizou-se por um acréscimo espectacular na cobertura dos riscos dos cidadãos e consequente aumento da utilização dos serviços disponíveis. A FIGURA A documenta a evolução da população coberta por esquemas de seguro-doença: 54% em 1970, 77% em 1972, 98% em 1974 e a partir daí praticamente toda a população ficou coberta, consagrando-se em Junho de 1978 o princípio de que o sistema de cuidados de saúde português cobre universalmente toda a população. Em matéria de cobertura na incapa-

FIGURA A

Crescimento da população coberta por esquemas de seguro-doença



FONTE: Campos et al. 1982

cidade e na velhice, pode observar-se na FIGURA B, a evolução do número de pensionistas nos três regimes principais: o regime geral, o regime especial destinado aos rurais e o regime da pensão não-contributiva, vulgarmente designada por pensão social. Enquanto o regime geral sente uma evolução natural em número de pensionistas derivada da crescente industrialização do país, o regime especial, alargado em 1971, vem a crescer extraordinariamente até à sua estabilização actual. O regime não contributivo, aparecido após o 25 de Abril, cresce até 1978 e a partir de então quase estabiliza. O efeito conjugado destes fenómenos, acompanhado da melhoria dos níveis educacionais e do desenvolvimento sócio-económico em geral ocasiona, na procura dos cuidados de saúde, um crescimento muito rápido, que quase se pode considerar explosivo a partir de 1974, potenciado pelas implicações sócio-políticas da recuperação da liberdade pelos portugueses (Figura C).

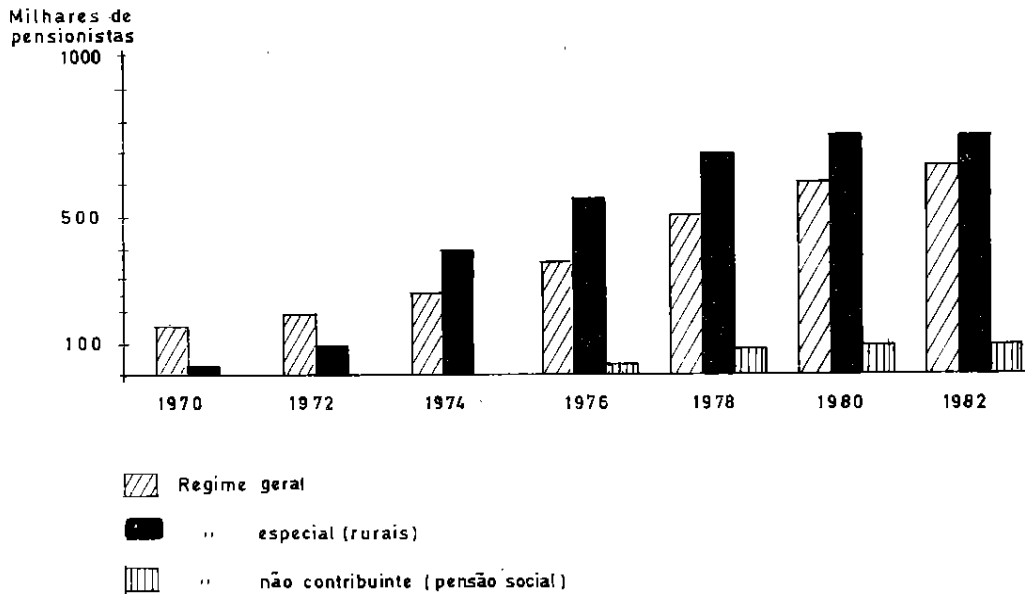
Ao longo de 9 anos, se os internamentos e as consultas hospitalares pouco aumentaram por virtude da rigidez da oferta, — apenas 30 a 40% — a utilização de meios de radiodiagnóstico subiu 150%, a de análises clínicas mais de 200% e a de urgências hospitalares, único sector onde a oferta tem elasticidade para acompanhar o aumento da procura, ampliou-se em quase 300% (CAMPOS 1979).

A oferta de meios

A este aumento na procura-utilização de serviços terá correspondido uma equilibrada distribuição pelo território? Nem sempre. Para começar, quanto aos mais importantes recursos humanos — médicos e enfermeiros, observa-se que, em vinte e cinco anos os distritos das cidades universitárias de Lisboa, Porto e Coimbra, continuaram a concentrar um número significa-

FIGURA B

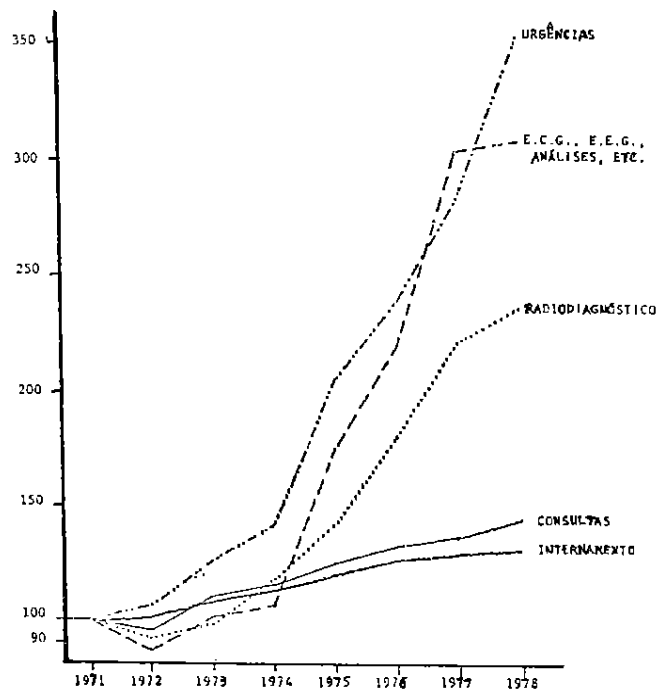
Évolução do número de pensionistas segundo o regime de pensão, 1970-1982



FONTE: O Envelhecimento em Portugal, Relatório da Comissão Nacional à Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, Viena 1982

FIGURA C

Crescimento da procura-utilização de cuidados de saúde



FONTE: Campos et al 1982

tivo desses profissionais (Quadro I), em percentagem muito superior à da população aí residente. Todavia, com a criação do Serviço Médico à Periferia (SMP) corrigiu-se ligeiramente essa concentração, de 80 para 76%. No que respeita

valores extremos, o índice de concentração de GINI, o coeficiente de variação e a razão entre valores extremos, verifica-se que o primeiro se reduz para cerca de metade no período, o segundo e o terceiro apresentam insignificantes

QUADRO I

**População, médicos e enfermeiros:
Importância relativa dos distritos de Lisboa, Porto
e Coimbra no total do Continente. 1955 a 1979**

% dos 3 distritos em relação ao Continente:	1955	1965	1970	1975	1979
População	31,9	34,8	40,7	40,4	42,7
Médicos	65,1	68,5	72,6	77,1	(a) 79,8
Enfermeiros	76,2	73,6	(b) 71,5	73,0	—

FONTE: INE, Estatísticas Demográficas e Estatísticas da Saúde
SMP, Recolha directa

(a) Considerando os P₃ nos distritos onde exerciam SMP, a percentagem é de 75,9%.

(b) 1972.

a enfermeiros houve ligeira melhoria de distribuição, a que não deixa de estar associada a política seguida desde há quase vinte anos de criar escolas de enfermagem ligadas aos principais hospitais distritais.

Outra vertente da oferta respeita aos equipamentos de saúde. Atendo-nos apenas os mais dispendiosos, os hospitais, observaremos que o total de camas por 10 000 habitantes diminuiu de 61,7 em 1970 para 53,6 em 1975 e 50,7 em 1979. Esta regressão é explicável pelo encerramento de camas de tuberculose e outras doenças infecciosas, mas a distribuição de camas entre os distritos melhorou, conforme se observa no (Quadro II). Usando três indicadores para medir

aumentos que não invalidam a conclusão inicial. A melhor distribuição dever-se-á provavelmente à construção de novos e mais amplos hospitais distritais e à sua entrada em funcionamento ao longo da década de setenta.

Já no que respeita à utilização de camas hospitalares gerais, contacta-se o crescimento significativo da utilização (internamentos por 10 000 hab.), de 610 em 1970 para 693,6 em 1975 e 719,9 em 1979. Estaremos assim face a um melhor aproveitamento de uma oferta que se havia reduzido em volume. Os valores de dispersão inter-distrital referem-nos uma ligeira melhoria em todos os indicadores, excepto na razão entre valores extremos, de resto o menos

QUADRO II

Dispersão inter-distrital da oferta de camas hospitalares, 1970-1975-1979, Continente

Indicadores de dispersão	1970	1975	1979
Índice de concentração (Gini)	0,075	0,045	0,036
Coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	55,4	53,8	57,1
Razão entre valores extremos	1/6	1/5,1	1/6,5

FONTE: INE, Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas

válido dos três (Quadro III). O índice de concentração reduz-se para cerca de metade, de forma consistente com os valores já observados na oferta.

(redução para metade) e bastante grande nos SMS até 1975, para depois não ter melhorado em 1979. A Figura D recorre a curvas de LORENZ para documentar a evolução da pro-

QUADRO III

Dispersão inter-districtal da utilização de camas em hospitais gerais, 1970-1975-1979, Continente

Indicadores de dispersão	1970	1975	1979
Índice de concentração (Gini)	0,048	0,031	0,025
Coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	39,4	33,3	36,5
Razão entre valores extremos	1/3,1	1/3,5	1/4,3

FONTE: INE, Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas

A procura-utilização de serviços

A utilização dos serviços em ambulatório — consultas externas hospitalares, urgências e consultas em postos dos SMS — apresentou tendência crescente, a nível nacional, como já sabemos. O (Quadro IV) permite-nos recordar

cura-utilização dos cuidados de internamento hospitalar nas três modalidades de ambulatório e confirma os resultados já referidos.

Uma forma especial de utilização de cuidados ambulatórios merece referência: o recurso a consultas não de doença, mas de prevenção, manutenção e promoção da saúde, em cui-

QUADRO IV

Procura-utilização de cuidados de saúde em ambulatórios consulta externa hospitalar, urgências e consultas nos postos dos S.M.S. 1970-1975-1979, Continente

Procura-utilização	1970	1975	1979
Consultas externas por 1 000 hab.	314,2	319,7	406,3
Urgências hospitalares por 1 000 hab.	106,5	224,6	436,5
Consultas nos postos dos SMS por 1 000 hab. ...	1 665,8	2 193,6	2 180,8

FONTE: INE, Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas

esses valores. O importante crescimento da urgência levou este sector a ultrapassar em valor absoluto as consultas externas. As dos SMS, que haviam aumentado significativamente entre 1970 e 1975, observam uma ligeira estagnação ou até queda em 1979. Se analisarmos as dispersões interdistrictais destes indicadores apenas com recurso ao índice de concentração de GINI (Quadro V), verificamos que em todos eles melhora a dispersão, mas essa melhoria é muito assinalável nas urgências

dados materno-infantis, a cargo do Instituto Maternal até 1971 e dos Centros de Saúde a partir dessa data. Ao longo da década observa-se uma multiplicação desses actos por três, por cada 1 000 habitantes: 48,7 em 1970, 90,1 em 1975 e 155,6 em 1979. E em paralelo com essa significativa expansão observa-se uma redução assinalável da dispersão inter-districtal (Quadro VI): o coeficiente de variação reduz-se para menos de metade e a razão entre valores extremos para quase um quinto.

QUADRO V

Dispersão inter-distrital da utilização de cuidados de saúde em ambulatório, 1970-1975-1979, Continente

Procura-utilização	1970	1975	1979
Índices de concentração de Gini:			
• Consultas externas	0,118	0,128	0,101
• Urgências	0,105	0,127	0,052
• Consultas em Postos dos SMS	0,132	0,076	0,072

FONTE: INE Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas

QUADRO VI

Dispersão inter-distrital das consultas de saúde materno-infantil nos Centros de Saúde, 1970-1975-1979, Continente

Indicadores de dispersão	1970 (a)	1975	1979
• Coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	70,7	47,6	27,7
• Razão entre valores extremos	1/15,2	1/3,9	1/3,4

FONTE: INE, Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas
(a) Dispensários do I. Maternal

Finalmente, em matéria de utilização de cuidados, observemos o que se passou com o recurso crescente aos serviços hospitalares para processamento do parto. A percentagem de partos aí realizados, em relação ao total de partos no Continente, subiu espectacularmente de 37,4% em 1970 para 61,2 em 1975 e 71,5 em 1979. A dispersão inter-distrital melhorou significativamente acompanhando este movimento e tornando-o generalizado a todo o território (Quadro VII). O coeficiente de variação redu-

ziu-se para metade e a razão entre valores extremos para quase um terço.

O uso dos recursos financeiros

Se a utilização dos recursos de saúde melhorou sensivelmente no país e na sua distribuição pelo território, que se terá passado com a utilização dos meios financeiros postos à disposição dos serviços?

QUADRO VII

Dispersão inter-distrital das percentagens de partos ocorridos em estabelecimentos de saúde com internamento, 1970-1975-1979, Continente

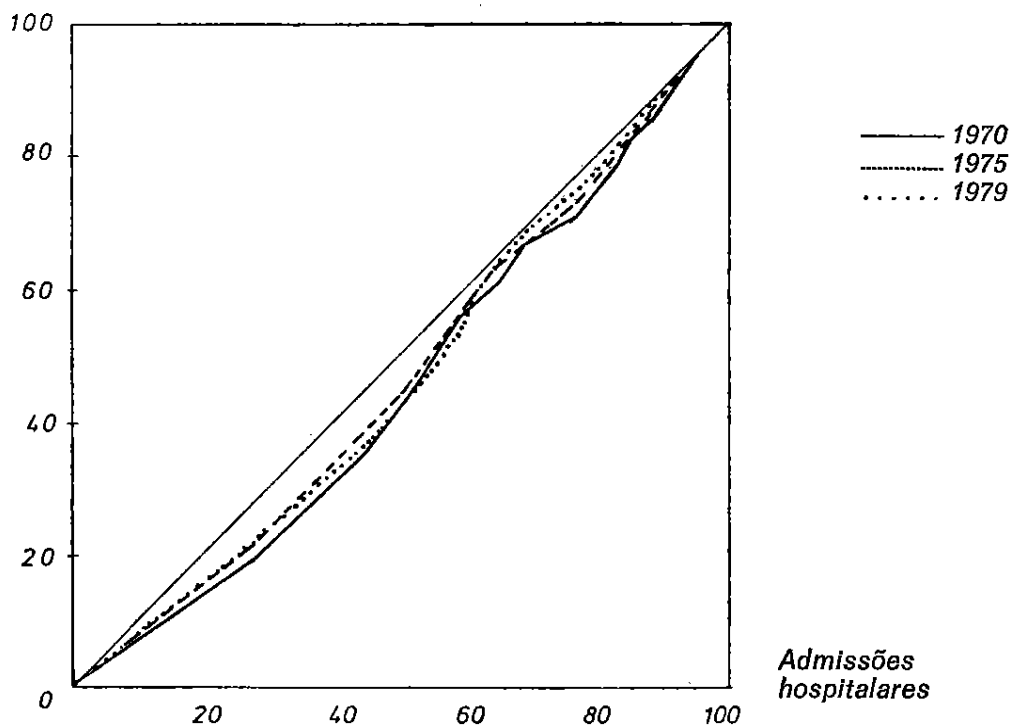
Indicadores de dispersão	1970	1975	1979
• Coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	53,0	30,0	25,6
• Razão entre valores extremos	1/6,7	1/2,6	1/2,3

FONTE: INE, Estatísticas da Saúde e Estatísticas Demográficas

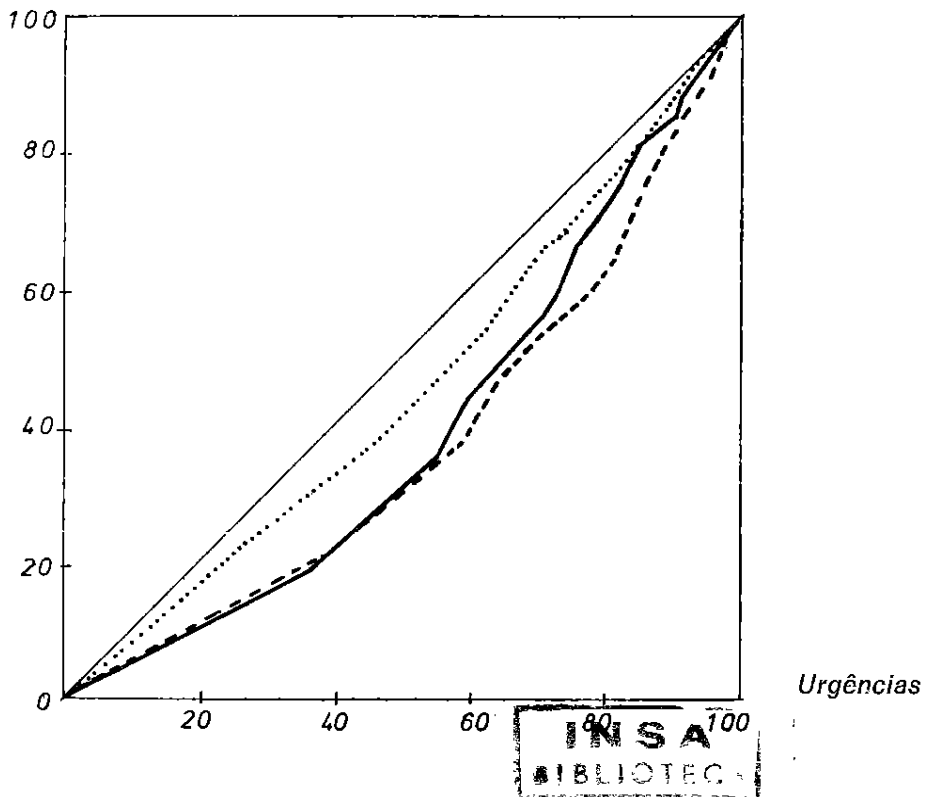
FIGURA D

Curvas de Lorenz da utilização de estabelecimentos de saúde gerais com internamento, consultas externas hospitalares, urgências hospitalares e consultas em postos dos S.M.S., 1970-1975-1979, Continente

População por Distritos (em %)

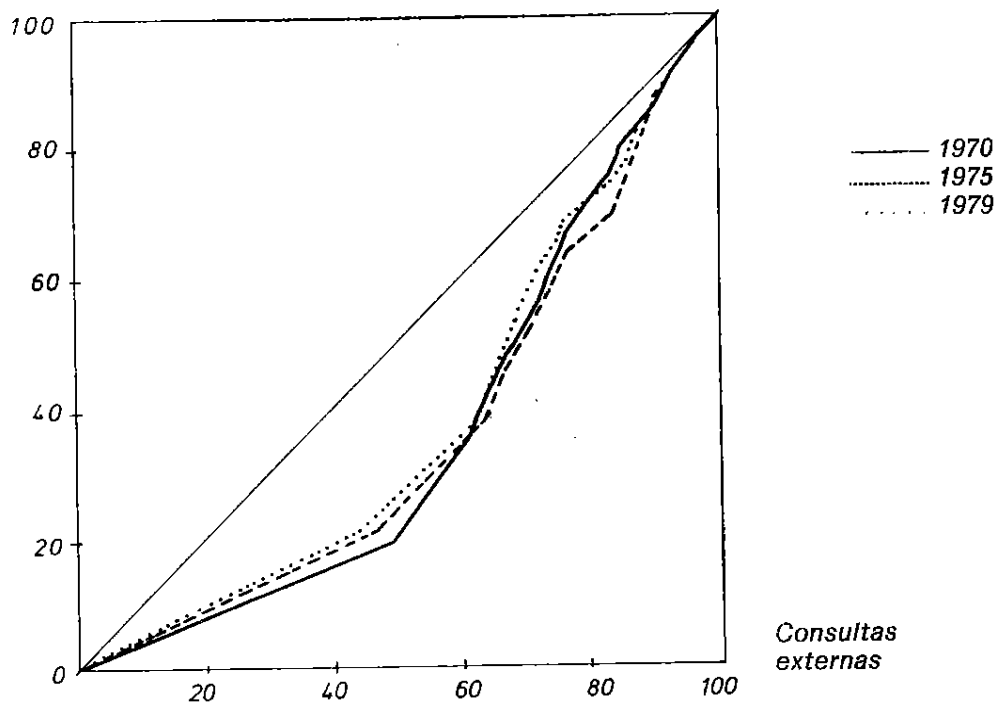


População por Distritos (em %)



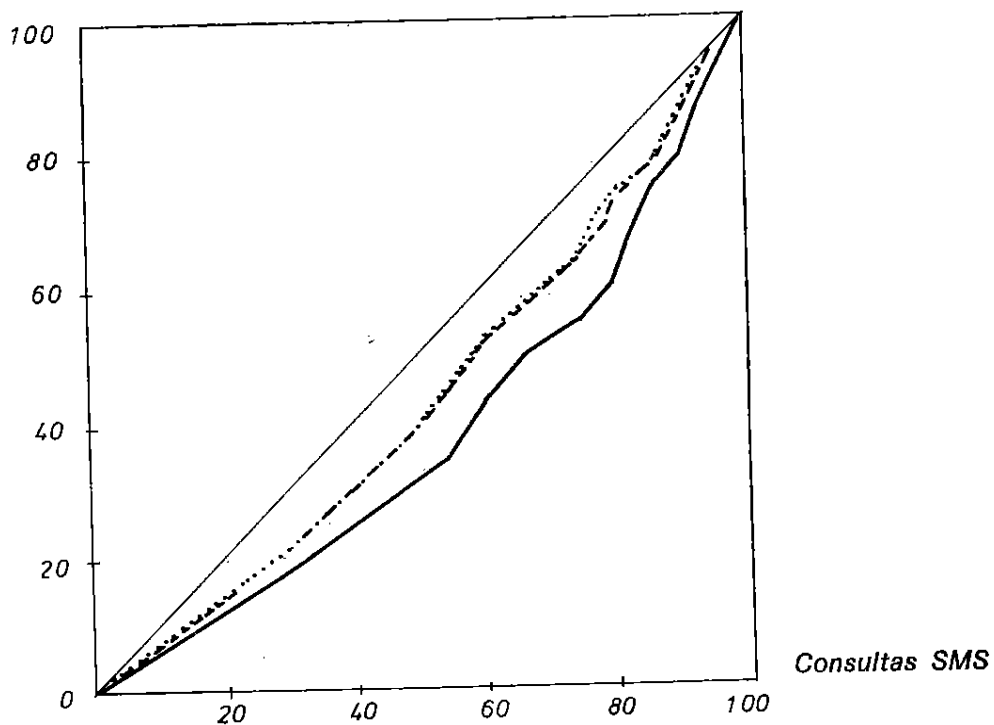
INSA
BIBLIOTECA

População por
Distritos (em %)



Consultas
externas

População por
Distritos (em %)



Consultas SMS

Não é possível traçar a evolução ao longo da década, mas já se pode analisar a situação no ano de 1981, a partir da documentação produzida pelo Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde sobre as contas do Serviço Nacional de Saúde. Assim, a captação nacional dos encargos de 1981 (excluindo os investimentos em novas construções de saúde) foi a seguinte:

— Encargos com os Serviços Médico-Sociais	2 804\$
— Encargos com os Hospitais (Centrais, Distritais, Especializados e alguns Concelhios)	2 441\$
— Encargos com a Saúde Pública (incluindo o Serviço Médico à Periferia)	502\$
TOTAL	5 891\$

A distribuição destes encargos pelos distritos faz-se sem grandes desníveis (anote-se que os gastos com os hospitais centrais foram imputados aos distritos de residência dos doentes que a eles acorreram), consoante se observa no (Quadro VIII). A dispersão inter-distrital é

exploração sentiram no período entre 1970 e 1978.

Em relação aos Centros de Saúde trata-se, obviamente da incidência financeira da orientação política decidida em 1971 de criar pelo menos um centro de saúde em todas as sedes de concelho e sobre eles basear as intervenções de prevenção e promoção da saúde para toda a população, com especial incidência nos grupos em maior risco. O número de centros de saúde veio a desenvolver-se ao longo deste período, num esforço constante: nenhum centro em 1970, 157 em 1974 e 217 em 1978 (CAMPOS et al. 1982).

Quanto aos hospitais concelhios, a razão do acréscimo com os seus encargos estará naturalmente ligada ao Serviço Médio à Periferia e à dinamização que esses pequenos estabelecimentos sentiram com a ampliação da oferta médica a nível local.

Uma outra forma de conhecer o grau de assunção de uma determinada política de saúde consiste em observar, em série cronológica, a estrutura dos investimentos públicos em novas construções. A Figura F analisa a evolução dos investimentos a cargo da Direcção-Geral das Construções Hospitalares, adicionados aos

QUADRO VIII
Dispersão inter-distrital dos gastos com o SNS, 1981

Indicadores de dispersão	S. M. S.	Hospitais	Saúde Pública	TOTAL
Coefficiente de variação inter-distrital (%)	27,8	17,1	39,7	16,5
Razão entre valores extremos	1/3,1	1/1,9	1/3,8	1/1,7

FONTE: DGFSS, Orçamento e Contas do SNS, 1981

muito reduzida no total (coeficiente de variação de apenas 16,5% e razão entre valores extremos que se limita a 1/1,7). Os hospitais apresentam, por virtude da correcção já referida, os valores mais homogéneos e a Saúde Pública, por força do peso financeiro do SMP aparece como compensando, favoravelmente para os distritos do interior, a maior concentração de gastos observada, nos S.M.S. em distritos do litoral.

Se olharmos ao sentido da evolução destes gastos, pelo menos desde 1976, observamos (Figura E) que os Hospitais Concelhios e os Centros de Saúde foram as áreas de cuidados que maior ritmo de crescimento de encargos de

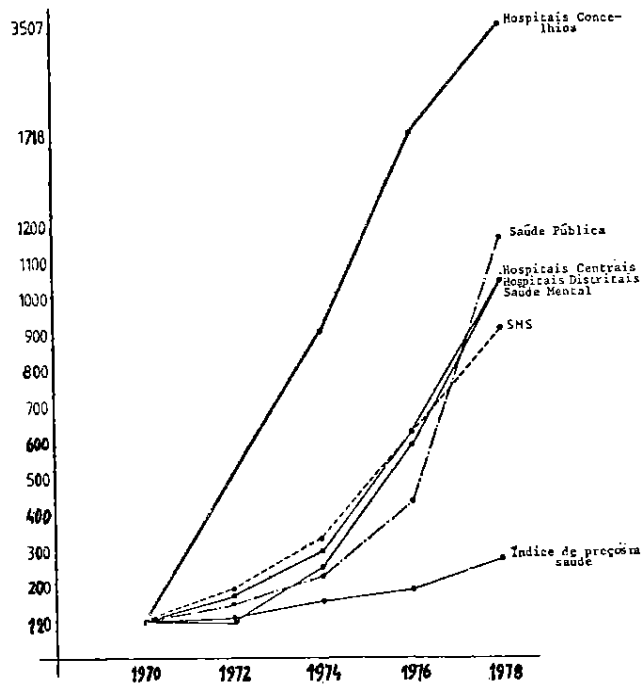
do Gabinete do Novo Hospital Central de Coimbra a partir de 1980. Os encargos em Centros de Saúde beneficiaram de grande expansão desde 1976, atingindo um valor máximo em 1981, que só a partir de então se atenua pela importância crescente que passam a assumir os encargos orçamentais com a construção do Novo Hospital Central de Coimbra.

Efeito nos níveis de saúde

Partimos da observação das variações inter-distritais dos recursos humanos e materiais, analisámos a evolução da utilização dos servi-

FIGURA E

Taxas de crescimento de gastos, em saúde nos principais serviços oficiais (base 100: 1970)



FONTE: Campos et al. 1982

ços e complementámos a análise com o conhecimento da evolução e da situação actual quanto à distribuição de recursos financeiros. Resta saber se, em matéria de resultados, isto é, de impacto na melhoria da saúde dos portugueses, se terá também observado uma melhoria de distribuição ou se, pelo contrário, a subida geral dos níveis de saúde se fez à custa do agravamento dos desníveis entre distritos mais e distritos menos desenvolvidos.

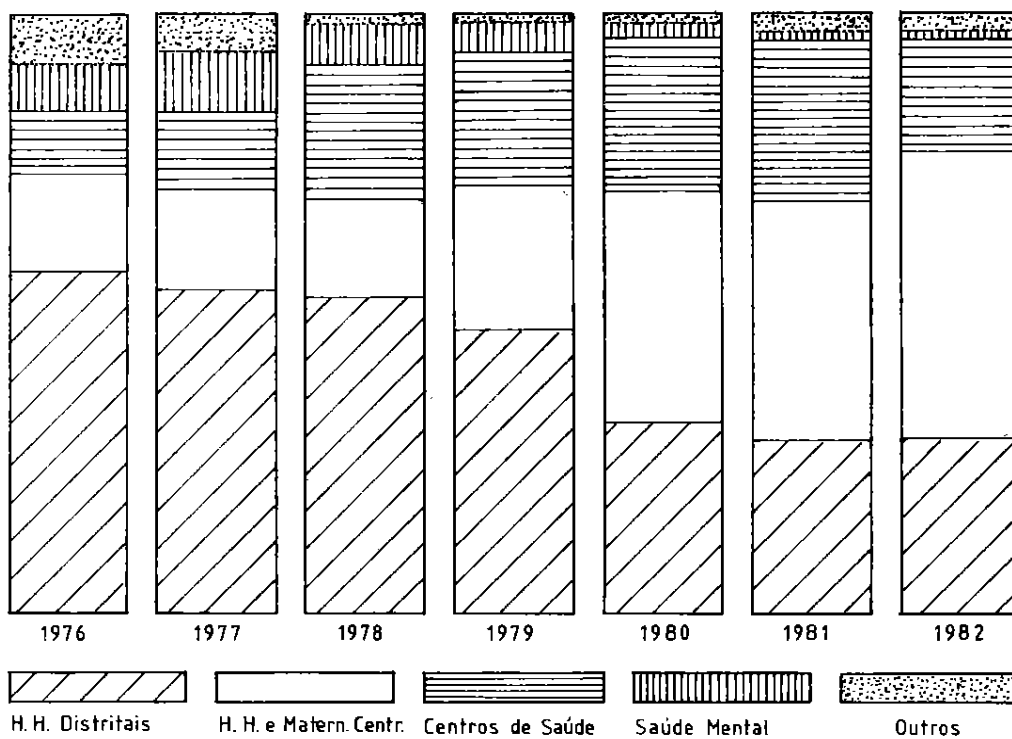
O indicador que utilizaremos, será a mortalidade infantil, nas suas componentes neonatal e pós-neonatal. Sabemos que as suas limitações, derivadas do grupo etário específico em que se circunscreve, são compensadas pela fiabilidade dos dados, actualidade da informação e associação indirecta a todo um conjunto de situações — ambiente, alimentação, educação, habitação — normalmente considerados atributos do conceito de qualidade de vida.

A mortalidade infantil tem continuado a baixar consideravelmente entre nós, (55,5 em 1970 e 26,0 em 1979, por mil nados vivos) (Figura G); em dez anos reduziu-se em cerca de metade, sendo essa redução para um terço,

na componente pós-neonatal, a mais sensível às melhorias verificadas no meio ambiente. Acontecimento importante foi, a meio da década de setenta (entre 1974 e 1975), a troca da importância relativa da componente pós-neonatal pela neonatal, esta naturalmente de regressão mais lenta, sobretudo, após a melhoria geral das condições de perinatalidade que as consultas de saúde materna e o parto hospitalar costumam propiciar.

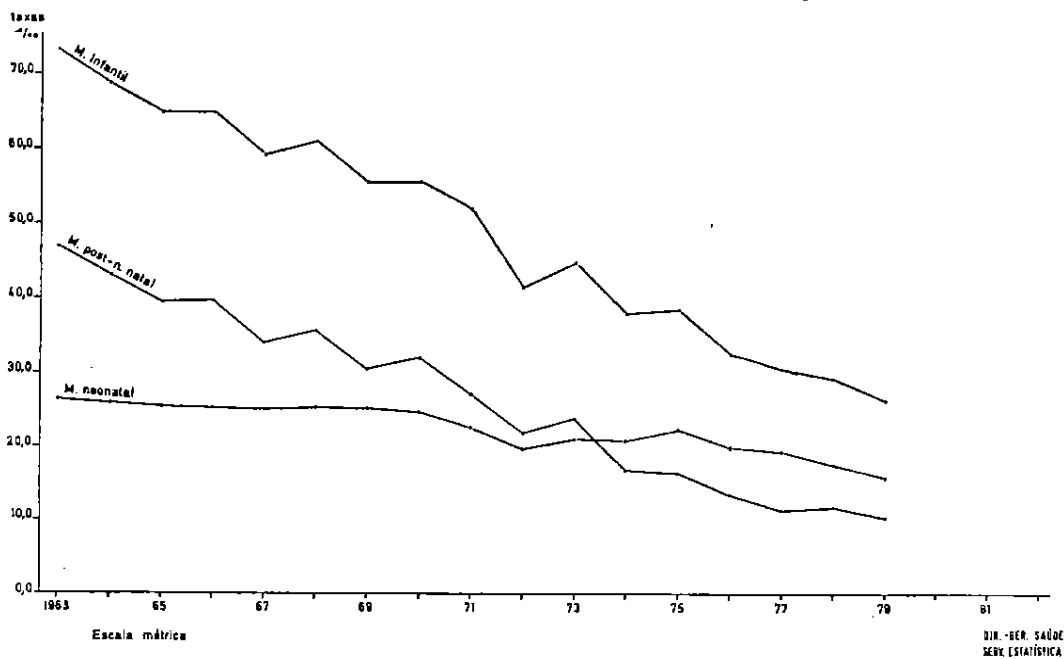
Ora no que respeita às variações inter-districtais (Quadro X), a regressão da mortalidade infantil fez-se sem modificação do coeficiente de variação e da razão entre valores extremos, e naturalmente reduzindo-se o desvio-padrão. Quanto à neonatal há uma insignificante redução da razão entre valores extremos e um acréscimo insignificante no coeficiente de variação. No que respeita à pós-neonatal verifica-se semelhante comportamento. Em termos gerais, pode concluir-se que, muito embora a redução destas mortalidades, em todo o país, tenha sido drástica, ela se fez de forma equitativa pelos diferentes distritos, sem agravar as diferenças

FIGURA F
Investimentos em saúde, a cargo da D. G. das Construções Hospitalares e do Gabinete do Novo Hospital Central de Coimbra



FORNTE: DGCH e GNH Coimbra

FIGURA G
Evolução na mortalidade infantil, neonatal e pós-neonatal, em Portugal Metropolitano



DIN. - GER. SAÚDE
 SERE, ESTADÍSTICA

QUADRO IX

Mortalidade infantil e suas componentes neonatal e pós-neonatal, no Continente e Ilhas, 1970-1975-1979

Indicadores	1970	1975	1979
Mortalidade infantil			
(óbitos < 1 ano por 1 000 nados-vivos) ...	55,5	38,9	26,0
Mortalidade neonatal			
(óbitos < 28 dias por 1 000 nados-vivos) ...	24,3	22,1	15,7
Mortalidade pós-neonatal			
(óbitos 28-264 dias por 1 000 nados-vivos)	31,2	16,8	10,3

FONTE: S. Estatística, D. G. Saúde e LEITÃO 1982

QUADRO X

Dispersões inter-distritais no Continente, das mortalidades infantil, neonatal e pós-neonatal, 1972-1975-1979

Indicadores	1972	1975	1979
Mortalidade infantil			
• desvio-padrão (s)	13,28	9,56	8,28
• coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	31,6	27,0	31,6
• razão entre valores extremos	1/3,2	1/3,2	1/3,3
Mortalidade neonatal			
• desvio-padrão (s)	4,4	6,09	3,94
• coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	23,8	29,3	25,8
• razão entre valores extremos	1/3,3	1/4,7	1/3,2
Mortalidade pós-neonatal			
• desvio-padrão (s)	9,05	9,41	5,02
• coeficiente de variação $\left(\frac{s}{\bar{X}} \times 100\right)$	42,6	42,4	46,4
• razão entre valores extremos	1/3,6	1/5,7	1/3,3

FONTE: S. Estatística, D. G. Saúde e LEITÃO 1982

existentes entre eles e até de certo modo atenuando-as ligeiramente.

Conclusões

Em 1971 uma importante reforma da orgânica dos serviços de saúde, a par da introdu-

ção de novos conceitos — direito à saúde, responsabilidade primária do Estado e unidade de planeamento e de execução das políticas de saúde — acentuava a importância dos cuidados de saúde primários, a prestar através de uma rede articulada de centros de saúde.

As implicações desta reforma, que no essencial manteve, até aos nossos dias, a validade dos conceitos em que assentava, potenciados pela confirmação do princípio da universalidade de acesso aos cuidados, realizada na sequência das transformações político-sociais após 1974, podem observar-se, com o recurso a informação estatística de rotina, em várias áreas de apreciação: na oferta de meios humanos e materiais, na procura-utilização dos serviços, no uso dos recursos financeiros mobilizados e nos resultados em níveis de saúde alcançados.

O sentido geral da evolução estudada permite-nos concluir que a prioridade política atribuída à prevenção e promoção da saúde, a partir de 1971 teve como efeitos não só a melhoria considerável da situação de saúde em geral, mas também a correcção de desníveis territoriais que, no início da década de setenta, caracterizavam a comparação entre os distritos socio-economicamente mais desenvolvidos, os do litoral, e os menos desenvolvidos, na faixa interior do país.

Verifica-se, assim, que uma correcta orientação política, num sector social de grande sensibilidade como caracterizador da qualidade de vida dos cidadãos, pode melhorar notoriamente essa qualidade e sobretudo atenuar as iniquidades geográficas que o desenvolvimento económico, abandonado à dinâmica das forças de mercado, acaba por ocasionar.

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, A. Correia: A oferta de cuidados de saúde, D. T. de Economia da Saúde, ENSP, 1979.
- CAMPOS, A. Correia; GIRALDES, Maria do Rosário; MOURA-THEIAS, M. Margarida; ALMEIDA, Odete: Gastos Públicos com a Saúde, 1970-1978, *Análise Social*, 2.ª Série, vol. XVII, 1981-1.º.
- CAMPOS, A. Correia de e MANTAS, Augusto: Os serviços oficiais de saúde em Portugal, na década de setenta: Financiamento, organização, administração e alguns resultados. *Planeamento*, Revista do D. C. P., 4 (1) 1982, p. 81-125, Lisboa.
- GOMES, António de Sousa Gomes: Desequilíbrios Regionais e Integração Europeias. Comunicação à Conferência sobre Regionalização e Desenvolvimento, IED, Lisboa 1982.
- LEITÃO, Amélia Esparteiro: Mortalidade Infantil em Portugal, 1970-1979, Jornadas de Planeamento da Saúde, ENSP, Lisboa, 1982.
- NUNES, L. A. Castanheira: Evolução das Assimetrias de Procura e Utilização de Cuidados de Saúde em Urgência, Consulta Externa, Internamento e Consultas nos Postos dos SMS (1970-1979). Trabalho de Economia da Saúde, ENSP, C.A.H., Lisboa, 1982.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Perspectivas da Evolução Futura

Cuidados de Saúde Primários

Cuidados de Saúde Diferenciados

Articulação Cuidados Primários / Cuidados Diferenciados

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Diogo Hora da Silva Ferreira

Embora as Leis 2115/62 (Bases da Reforma da Previdência) e 2120/63 (Bases da Política de Saúde e Assistência) revelassem já uma tentativa de coordenação dos dois sectores, são, sem sombra de dúvida, os Decretos 413 e 414/71 que marcam o início de uma Reforma no sistema de prestação de cuidados médicos e de saúde, notável não só pela sua concepção em bases científicas modernas, mas, mais ainda, pela antecipação que representa.

A integração dos cuidados preventivos e curativos — que estava prevista em diploma que, entretanto, não chegou a ser aprovado — a articulação estreita com os Hospitais e com a Assistência Social, com os Órgãos de Investigação e Ensino e os de natureza consultiva, os conceitos de descentralização e regionalização subjacentes a toda a Reforma, materializam uma política de saúde talvez avançada para a época no nosso País, mas que, nestes últimos anos, vem a constituir cada vez mais, com ligeiras variações, uma imagem-horizonte generalizada.

Consciencialização imparável do direito à Saúde em todas as comunidades e correspondente reflexo a nível do poder político, custos cada vez mais elevados, abeirando-se de limites incompressíveis, pressão de tecnologias em sofisticação acelerada e superespecialização, desumanização crescente de cuidados devida a ambas as coisas, impõem, por acção directa ou indirecta, uma progressiva intervenção do poder político no livre jogo das forças de mercado entre agentes prestadores e consumidores

de cuidados de saúde, que não pode deixar de traduzir-se pela institucionalização de sistemas globalizantes e racionalizantes do sector.

A Reforma de 71, implementando *simultaneamente* uma profunda, clara e inequívoca reorganização de Serviços e um regime de carreiras a ela adequado, instituindo a unidade de acção preventivo-curativa e a pluridisciplinaridade de técnicas e abordagens necessárias à consecução do objectivo SAÚDE, é, na realidade, o ponto de partida e início de caminhada para um sistema coerente e integral.

Interesses de grupos profissionais e económicos, uma politização exagerada e descabida na escolha das soluções mais ajustadas ao nosso caso, populações sempre mais sensibilizadas para as conquistas da tecnologia do que para a identificação e satisfação das suas necessidades básicas nesta matéria, são factores que, entre outros, vêm retardando essa implementação.

Vive-se presentemente um momento, a meu ver, crucial nessa caminhada, ao dar o grande e importante passo que não foi possível dar em 1971 — a integração dos Serviços de cuidados preventivos com os de cuidados médicos e, *o que não é de menor relevância*, a modificação que se pretende total, da índole de prestação destes últimos.

Caminha-se assim para a constituição do 1.º nível de um sistema de cuidados de saúde, e sua porta de entrada, a que hoje, de um modo generalizado, se denomina CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.

O momento é crucial porque, para além das dificuldades de natureza administrativa e da resistência a alteração de correlações de poder que todo o processo de integração reveste, entre outras, é necessário conhecer muito claramente se se pretende, no fundamental, uma reforma do modo anárquico e irracional de prestação de cuidados médicos até agora vigente, instituindo uma atenção médica permanente e longitudinal do indivíduo (mantendo, todavia, em maior ou menor grau, em dualidade, a atenção preventiva), ou se, pelo contrário, se prefere como imagem-objectivo a fusão completa das duas actividades, instituindo uma atenção integral, na doença e na saúde, segundo o «continuum» de LEAVELL e CLARK.

Esta opção, porque é possível que se trate de uma opção no contexto sócio-político e económico-sanitário, actual, tem, como é bom de ver, fortes implicações organizacionais neste escalão de cuidados do SISTEMA DE SAÚDE e natural reflexo no conteúdo funcional das Carreiras, em especial, na articulação de duas delas.

A Reforma de 71 apontava para a segunda das alternativas e é essa a tendência actual na Grã-Bretanha e, mais ainda, nos países nórdicos.

Dado que o segundo escalão do Sistema de Saúde — o de CUIDADOS DIFERENCIADOS — HOSPITALARES E EXTRA-HOSPITALARES — tem como objectivo básico a correcção de situações de doença que requeiram o consumo de recursos humanos e materiais de natureza especializada e se encontram melhor ou pior organizados em toda a parte, repousa sobre a organização dos cuidados primários o principal desafio na implementação de um Sistema de Saúde.

Pode dizer-se que esse desafio é hoje universal, assim como o é a convergência de opiniões quanto à necessidade urgente de expansão e reordenamento desse sector de cuidados, no sentido de uma cobertura total da população com utilização adequada de recursos e que, se razões melhores não houvesse, as da ordem económico-financeira bastariam para deixar de centralizar a prestação de todos os cuidados médicos nas grandes clínicas especializadas e serviços hospitalares.

Tentar assegurar a cobertura da população, possibilitando-lhe a aquisição de serviços sem alterar profundamente estes, é manter, no

essencial, as coisas como estão, com um encargo maior.

Os cuidados de saúde primários, que alguns, por ignorância ou segundo sentido, confundem com cuidados mínimos a prestar a indivíduos ou grupos sociais desfavorecidos ou afastados dos grandes centros, são, em sentido geral, todos os cuidados de que uma população necessita para a prestação dos quais *não são* necessários, à luz dos conhecimentos actuais, recursos humanos ou materiais sofisticados.

Implicada fica, assim, de imediato, a necessidade da existência de outro nível de cuidados onde os referidos recursos são indispensáveis, o nível de cuidados diferenciados, e ainda a necessidade de estabelecer um funcionamento harmónico entre ambos.

O sector de cuidados primários, logicamente acesso normal ao sistema e do qual devem ser removidos sucessivamente todos os obstáculos, deve estar em condições de fornecer, através dos seus agentes e equipas, atenção permanente e com continuidade, em saúde e na doença, ambulatória ou domiciliar, com um máximo de qualidade.

A integração dos sub-sistemas existentes, feita de molde a obter-se esta estrutura nova, capaz de fornecer um serviço diferente, rodeia-se, no entanto, de naturais dificuldades, que terão de ser defrontadas sem hesitação.

Não poderão ser aceites meras justaposições como sinónimo de integração, e esta compreende-se que seja progressiva quanto, digamos, à sua componente técnica, que exige adaptação, uniformidade e, nas suas linhas gerais, normas de proveniência central. Já não se compreende tão bem que, quanto à componente administrativa, haja de ser seguido igual critério de progressividade.

O conceito de progressividade não é igual para todos e penso que cada serviço saberá aduzir boas razões para perder a sua actual identidade o mais tarde que for possível. Há já experiência a esse respeito e possibilitar a sua continuação pode significar protelar, por longos anos mais, a manutenção de uma situação, no sector de cuidados primários, a todos os títulos inaceitável por si própria e pela repercussão negativa que tem sobre o nível imediato.

É pelo menos estranho, para não dizer sintomático, que, no diploma sobre as ARS's sejam ignoradas, pelo menos em declaração de intenções, as actividades de Saúde Mental (não

me refiro à Psiquiatria), quando alguns estudos recentes situam, em amostras de população urbana e rural, a prevalência de desordens necessitando daquele tipo de cuidados em mais de 20% das pessoas estudadas, se sabe que esses casos vão entrar no sistema de cuidados pelos Centros de Saúde, e se conhece a preparação que, naquela matéria, é dada pelas Faculdades de Medicina.

Tratar os temas desta Reunião no nosso País é ter de abordar de forma expressa ou implícita os estudos ou a acção do Prof. Gonçalves Ferreira. Já que aos estudos pouco

ou nada há a acrescentar, de momento impõe-se é imitar-lhe o dinamismo, o permanente interesse e entusiasmo, a capacidade de trabalho e de realização.

E também de resistência e coragem perante ataques injustos e demagógicos.

É deste tipo de qualidades que eu tão bem lhe conheci, aqui e em África, que se precisa em todos os trabalhadores da Saúde para, em conjunto, podermos ajudar os portugueses na concretização de um direito básico, e não tanto de erudição perfeccionista e vazia de consequências práticas.

CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS E CUIDADOS HOSPITALARES EM PORTUGAL

J. M. Caldeira da Silva

TENTATIVA DE ANÁLISE DA EVOLUÇÃO

O contributo para o tema «cuidados de saúde primários e diferenciados, sua articulação e perspectivas», pretende ser, somente, através de uma visão pessoal, um abordar da caracterização dos nossos hospitais, do subsistema que os reúne e dos cuidados que prestam, desde a Segunda Guerra Mundial até aos tempos presentes, quando o grande acontecimento histórico consiste na entrada para as Comunidades.

Não se trata, de modo algum, de fazer análise histórica da evolução do hospital neste país, nem tão pouco de apresentar um estudo descritivo e exaustivo da rede hospitalar, mas, unicamente, tentar partilhar as reflexões de índole pessoal que a contemplação das realidades de ontem e de hoje suscitam, em pinceladas de caracterização e comentário.

No princípio eram os pequenos hospitais locais, as Misericórdias, os grandes hospitais urbanos ligados às escolas médicas — St.º António, Hospitais da Universidade e H. C. L. —, era o célebre Hospital de S. José, famoso pelo seu banco, escola incomparável de treino médico cirúrgico. Era, já, a concepção dos novos hospitais civis escolares de inspiração arquitectónica alemã. Eram os hospitais para os pobres.

E a menos de um ano de distância do final da Guerra, com a precocidade na concep-

ção, em que o País é fértil, é publicada a Lei n.º 2011, (Lei da Organização Hospitalar), da qual se havia de escrever, em 1968, que ela «estabeleceu, pela primeira vez entre nós e muito antes de outros países o terem feito, um sistema hospitalar regionalizado, baseado na ordenação técnica das unidades que o compõem».

O diploma alia à indiscutível precocidade, uma riqueza enorme de princípios relativos a cuidados hospitalares e ao subsistema que os presta: fixa regras precisas de planeamento hospitalar, classifica e ordena os hospitais segundo a diferenciação dos cuidados que podem prestar e as áreas que servem, imagina, já as unidades de convalescença, de reabilitação e de evolução muito prolongada, cria os hospitais especializados, de certa maneira concebe já os cuidados progressivos, estabelece regras de organização interna dos hospitais, cria um departamento de construções hospitalares, reafirma o princípio do acesso por concurso e deixa clara a posição supletiva do Estado em relação à iniciativa particular.

Mas, não aflora aspectos conceptuais quanto à figura do hospital e quanto a cuidados hospitalares. Não havia necessidade de o fazer; os hospitais eram tudo.

A abertura, ainda na década de 40, do Hospital do Instituto de Oncologia e da sua Escola Técnica de Enfermeiras, em moldes completamente novos (estabelecimentos ligados à figura do Doutor Francisco Gentil) constitui um marco e um paradigma na concepção, funcionamento e imagem do hospital e dos cuidados hospitalares. A qualidade das instalações, a qualidade e importância dos cuidados (e não só do diagnóstico e tratamento), a enfermagem técnica e prestígio da profissão, os cuidados hospitalares no domicílio, o hospital para as várias classes sociais, são algumas das inovações lançadas, que vão durar anos, como exemplo e marca de classe.

Fomentam-se os pequenos hospitais comunitários ou de concelho, florescem os cortes de oferendas, lançam-se e põem-se a funcionar os novos hospitais escolares — desactualizados já, devido ao compasso de espera causado pela Guerra — e, através deles, alicerçar-se o pioneirismo da moderna administração hospitalar; alguns hospitais centrais intensificam a exigência das suas próprias carreiras médicas, justificadamente orgulhosos do escol médico que, ciosamente, vão seleccionando.

Em velhíssimas e precárias instalações, os cuidados diferenciados ou hospitalares que são prestados, baseiam-se fundamentalmente no diagnóstico muito qualificado e no tratamento compatível com as disponibilidades técnicas do momento, ignorando ou alheando-se da componente *cuidados* e desconhecendo as atitudes e actividades de reabilitação.

A Lei n.º 2120, de 1963, nada traz de novo em matéria de caracterização de hospitais e cuidados hospitalares, repetindo a doutrina de 1946 quanto à coordenação da actividade hospitalar e preceituando o estabelecimento de carreiras profissionais em todos os estabelecimentos hospitalares.

Em matéria de cuidados de saúde e sua organização, continua a não haver nada para além dos cuidados prestados pelos hospitais.

Entretanto os cuidados de saúde prestados por serviços da Previdência Social, crescem, expandem-se e fortificam-se, criando poder e fomentando um falso conceito de cuidados *ambulatórios*, versus cuidados hospitalares, incluindo cuidados gerais e especializados. A Previdência Social vem a desistir de construir os seus próprios hospitais, trocando esta hipótese pela cooperação com a rede existente. A expansão dos serviços de cuidados

médicos da Previdência vem a corroer os hospitais pela crescente institucionalização do pluriemprego médico.

Está criado um conflito e um mal entendido em termos de organização de serviços e de cuidados de saúde, que vem até ao tempo presente e que consiste em forçar a existência de *cuidados ambulatórios*, como subsistema de cuidados intermédios entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares, misto de clínica geral e de cuidados médicos especializados. Este conceito errado, em termos de estruturação e faseamento de cuidados de saúde, radica na confusão entre fases ou grupos de cuidados e regimes da sua prestação (domiciliário, ambulatório e em internamento).

Em 1966 é elaborado um plano de construção de novos hospitais distritais, de âmbito nacional, os quais passam a constituir a charneira de todo o subsistema hospitalar, com secundarização dos hospitais de tipo concelhio. Este plano vai ter uma razoável concretização e poderia ter constituído elemento fundamental para mudar a feição dos cuidados hospitalares.

O Estatuto Hospitalar, de 1968, é um documento precursor de ideias interessantes e curiosas, em termos de cuidados hospitalares. O seu próprio preâmbulo afirma que, como estatuto, deverá, «... numa atitude prospectiva, limitar-se a fixar pontos essenciais e a apontar tendências...».

Para o autor, ou autores, a doutrina contida no diploma integra-se «na linha geral de evolução, que por toda a parte, procede à revisão do conceito clássico de hospital, ampliando-lhe a esfera de responsabilidade».

No seu Art.º 14.º estipula-se que a acção dos hospitais é de natureza médica e social, que a acção médica é destinada principalmente à cura e reabilitação, sem prejuízo da acção preventiva e que a acção social tem em vista estabelecer as relações entre as necessidades pessoais e familiares e os estados de doença e, ainda, que visa promover o contacto dos doentes e suas famílias com os serviços exteriores cuja intervenção seja aconselhável. E o Art.º 16.º completa, dizendo que os hospitais se devem organizar de forma a assegurar ou cooperar na formação dos profissionais de saúde e na investigação.

Treze anos mais tarde, em Novembro de 1981 a conferência sobre o papel dos hospitais nos cuidados de saúde primários, reunida em Carachi, sob o impulso doutrinador

do Dr. Mahler, director-geral da OMS, no sentido de alargar as funções do hospital e do espectro dos cuidados hospitalares, concluiu pela necessidade de os hospitais apoiarem e envolverem-se em cuidados de saúde primários, designadamente na promoção da saúde e na prevenção, na acção do desenvolvimento da saúde comunitária, na penetração na comunidade, na educação básica e contínua de todos os profissionais de saúde e na pesquisa.

Esta seria a terceira geração de hospitais, considerando-se que, na primeira, tinham sido locais de refúgio, descanso, isolamento e morte e que, na segunda geração, são centros de alta especialização e sofisticada tecnologia, dominantes e isolados.

No entanto, a caracterização do hospital português feita no Estatuto Hospitalar, não considera, entre os fins primários, o diagnóstico bem como os *cuidados*, aceitando-se que fosse precoce falar nesta última valência, mas deixa claro, em termos de princípios, que cuidados hospitalares não significa cuidados em internamento, afirmando expressamente, também, que a acção hospitalar somente deve usar o regime de internamento como último recurso.

Outros dos impactos na concretização do hospital carreados pelo Estatuto, localizam-se na imagem deste serviço de saúde junto da população, tentando abri-lo a todos os doentes, seja qual for a sua condição social e económica (Art.º 77.º), na responsabilização dos serviços pelos resultados da sua actividade e na criação de carreiras profissionais.

O início da década de setenta é marcado pela publicação do Decreto-Lei n.º 413/71 — Organização do Ministério da Saúde e Assistência — de capital importância na caracterização dos cuidados hospitalares e da sua inserção no conjunto da prestação de cuidados de saúde.

Anote-se que o diploma tem o mérito de se constituir em suporte de uma política de saúde moderna e precursora para a época, definindo um sistema de serviços de saúde de tipo idêntico ao que veio a florescer na Europa, no qual aparecia o subsistema de cuidados primários (embora não fosse usada esta nomenclatura) e se limitava o subsistema de cuidados diferenciados.

Pena que a orientação geral contida na lei não tivesse, mais uma vez, sofrido até hoje a devida e completa implementação. Os cui-

dados diferenciados prestados pelos nossos hospitais seriam de melhor qualidade e cada tipo de serviço teria a possibilidade de corresponder mais adequadamente à sua vocação.

Mas, os portugueses, férteis na concepção de orientações ajustadas e bons programas, são totalmente avessos ao correcto desenvolvimento do que se propõem fazer e mostram um tremendo desfasamento entre a capacidade de propor uma organização e a capacidade de a pôr em funcionamento e geri-la. As ideias simples e sólidas seguem-se uma marcha tortuosa e infundável de acções e medidas desnecessariamente complicadas, rejeitando as atitudes lineares e singelas e os projectos modestos, mostrando, pelo contrário, apetência pelo complexo e pela dramatização.

A influência do Decreto-Lei n.º 413/71 sobre os cuidados hospitalares exerce-se por duas vias: por um lado, procura travar e limitar o carácter dominante e a projecção dos hospitais (80% dos orçamentos para a saúde são destinados a este sector) e dar prioridade aos serviços de prevenção da doença e da promoção da saúde; por outro lado institucionalizando os cuidados de saúde primários e os centros de saúde e reduzindo o subsistema prestador de cuidados diferenciados aos hospitais distritais e centrais, promove a «protecção» destes estabelecimentos orientando-os correctamente para a sua verdadeira vocação de centros de cuidados especializados de segunda instância, segundo o conceito de hospital de segunda geração.

No restante da década de 70, para além da publicação da lei sobre o Serviço Nacional de Saúde, documento da maior importância, que confirma e clarifica um sistema de cuidados de saúde bem ordenado, institucionalizando, por exemplo, o princípio da referência, não se detectam factos assinaláveis com repercussão na caracterização dos cuidados hospitalares. A passagem para o Estado dos estabelecimentos pertencentes às Misericórdias é mais uma manifestação da tendência para a dimensão nacional, os sistemas globais, as vastas organizações, para as quais Portugal parece não demonstrar, por vocação ou por incapacidade, habilidade particular. A publicação do Decreto-Lei n.º 129/77, diploma da gestão hospitalar, que acentua, teoricamente, a grande autonomia dos hospitais, não tem consequências na caracterização destes e dos cuidados por eles prestados.

Além disto, a década é caracterizada, no que respeita à área dos cuidados diferenciados, por um acentuado aumento da procura expressa, plétora de médicos e estudantes de Medicina nos hospitais centrais, invocação crónica da escassez de pessoal de enfermagem como justificação de todos os males, desenvolvimento do plano de construção de novos hospitais distritais, com empalidecimento da projecção dos hospitais concelhios, incapacidade de pôr a funcionar em pleno a rede de hospitais distritais e para aí transferir os médicos que se acotovelam ao nível central, apesar de aquelas unidades representarem a espinha dorsal do subsistema e crescimento em flecha dos serviços de urgência. Não foi possível ao hospital encontrar-se a si próprio ao longo da década, assinalando-se mesmo, para vários observadores, uma degradação da qualidade dos cuidados médicos hospitalares.

Como facto notável para a caracterização do subsistema de cuidados hospitalares, 1981 apresenta, para assinalar o início da década de 80, a passagem, por decreto-lei, de 41 unidades concelhias já integradas nos cuidados de saúde primários, para a rede hospitalar, invocando «ter chegado o momento de iniciar a sua reestruturação».

CONCEITO E CARACTERIZAÇÃO ACTUAL

Em Administração de Saúde, como em qualquer outra área, a metodologia é conhecida e as etapas bem precisas: há que partir de conceitos claros e assimilados por todos, a que se segue a definição de política, por sua vez desagregada em orientações normativas pela Administração e, finalmente, no extremo da cadeia, os impulsos de ordem conceptual são traduzidos em acções prestadas pelos serviços.

A Portugal convinha, antes de mais, clarificar conceitos na área do sistema de cuidados de saúde, de modo que todos falassem a mesma linguagem e se entendessem, para que as medidas de política pudessem ser correctas e harmoniosamente implementadas e as acções e energias dispendidas convergissem para metas comuns.

Reconhece-se, entretanto, que há, hoje e neste país, diversas noções de hospital e de cuidados hospitalares (tal como não há uni-

A medida é altamente discutível em termos de oportunidade e adequação. Primeiro porque nós já temos hospitais que cheguem e porque devemos estar a uns 50% do total aproveitamento da rede distrital, por incapacidade de a pôr a funcionar a 100%. Depois, porque é sempre mau criar instituições intermédias e cinzentas, prosseguindo objectivos mal definidos e criando nelas perspectivas de promoção. Finalmente, porque não se ensaiou a inovação, lançando-se no subsistema hospitalar 4 dezenas de unidades, tantas quantas as que constituem a rede distrital, possivelmente por motivos que ultrapassam os de carácter estritamente técnico.

É assim que, de acordo com a publicação do D. G. F. S. S., «Orçamento e Contas de 1981 do S. N. S.», da passagem destas unidades para a rede hospitalar resultaram acréscimos espectaculares de alguns gastos sem correspondência em produtividade. Este grupo, com forte dependência financeira do Tesouro — 93,2% — tem uma ocupação muito baixa — 51,9% — e os encargos resultantes do Decreto-Lei n.º 62/79 cresceram mais de 50% de 1980 para 1981. Os indicadores de produtividade mostram todos, com excepção do número de consultas, uma variação percentual negativa de 80 para 81.

formidade conceptual quanto a cuidados de saúde primários).

O principal desentendimento localiza-se na componente internamento que, para alguns, representa, ainda hoje, a característica fundamental para a definição de cuidados hospitalares.

São as próprias regras para a uniformização da estatística hospitalar que, na sua regra 7.^a, promovem o desentendimento, ao estabelecerem a confusão entre hospital e estabelecimento de saúde com internamento. Se assim fosse, como classificar os novos centros de saúde que incluem um sector de internamento?

É, ainda, a componente internamento nos cuidados hospitalares, que é invocada para justificar os já referidos *cuidados ambulatoriais* advogados pelos S. M. S., como subsistema especializado, distinto do hospitalar, colocado intermediamente entre este e o dos cuidados de saúde primários.

Também a O. M. S., em alguns documentos seus, se refere ao hospital, em termos de definição, como um «estabelecimento *residencial* que presta cuidados médicos» ou uma «instituição que faculta *alojamento* a doentes *internados* para cuidados médicos e de enfermagem», colocando em destaque e como componente prioritária para o conceito, o elemento internamento.

Creio que haveria toda a vantagem em esclarecer o conceito moderno de hospital e cuidados hospitalares e em deixar claro que o internamento não é mais do que um *regime* de prestação de cuidados, tal como o regime ambulatório, de urgência ou domiciliário.

Há que defender que não é pela via de um regime de prestação de serviços e empregando-o como critério capital, que se caracteriza um subsistema de cuidados de saúde, sem negar, no entanto, que esse regime está associado à figura do hospital desde a sua origem, e que ele implica e obriga a arranjos estruturais e organizacionais de carácter hoteleiro de maior importância.

É que o hospital evolui, sendo cada vez menos caracterizado em função das prestações a doentes internados (veja-se a redução de camas, o alargamento das consultas externas e dos serviços domiciliários, a redução da demora média, o encorajamento para novas formas de prestação de cuidados médicos dispensando o internamento ou reduzindo-o ao mínimo) e sendo caracterizado cada vez mais pelo tipo de recursos que emprega no diagnóstico, no tratamento, na observação, nos cuidados e na reabilitação.

O internamento hospitalar não aparece, portanto, como critério caracterizador de cuidados hospitalares ou objectivos a atingir por este, mas antes como uma necessidade ou exigência colateral, resultante de:

- condições clínicas do doente que impedem ou contraíndicam radicalmente a sua condição ambulatória;
- permanência contínua no serviço superior a 24 horas por razões de diagnóstico, observação ou terapêutica;
- prestação de cuidados em resultado de dependência do doente.

Sendo assim, o que se propõe é que os cuidados hospitalares e o hospital sejam definidos em função de componentes de caracterização mais apropriadas à época contemporânea.

Cuidados hospitalares, especializados ou diferenciados seriam caracterizados pela posição que ocupam na dinâmica de um sistema de cuidados de saúde, por serem de tipo institucionalizado, de 2.^a instância, especializados e implicando meios diferenciados e muitas vezes sofisticados.

Caracterizar-se-ia o hospital como sendo um serviço de saúde complexo, destinado ao diagnóstico, observação, tratamento, cura e reabilitação de doentes, bem como a prestar-lhes cuidados, serviço que, beneficiando de uma tecnologia avançada, utiliza técnicas e meios organizacionais, pessoais e materiais especializados, diferenciados e muitas vezes sofisticados.

Creio que, no caso português e neste momento, numa tentativa de «arrumar a casa» (salvo a expressão), haveria vantagens em não erorbitar a vocação, as valências e competências do hospital, fixando-nos na caracterização que acaba de ser proposta, como um hospital da 2.^a geração.

Mas, concretamente, como poderíamos caracterizar os cuidados hospitalares com que deparamos no Sistema de Saúde Português num momento em que nos preparamos para sermos um membro das Comunidades? Será que apresentam características próprias? Será que existe um tipo de hospital português?

É por demais conhecido o desfazamento que se verifica entre as posições de Portugal e dos países do centro e norte da Europa em matéria hospitalar, para que, de novo, se analise e comente. De facto, os dados estatísticos relativos a frequência hospitalar, doentes tratados por cama, demora média, taxa de ocupação, rendimento dos blocos operatórios e outros índices não são sobreponíveis aos daqueles países.

Os cálculos para planeamento de camas hospitalares mostram-se desactualizados, quando comparados a nível europeu.

Aos hospitais portugueses continua a ter-se acesso sem necessidade de referência, os hospitais mais diferenciados, como os universitários, são serviços de 1.^a instância, não se distinguem verdadeiros hospitais de agudos, de evolução prolongada e de convalescença, não há unidades vocacionadas para a geriatria.

Continua-se a propor a melhoria do rendimento hospitalar através da criação de mais serviços com mais camas e não se vislumbra as novas formas de dinamização dos cuidados e da rendibilidade, com poupança de dinheiros, fugindo ao atendimento clássico e ima-

ginando antes os hospitais de dia, os centros do dia, os centros de cirurgia rápida, as unidades de um dia, as enfermarias de 5 dias, os serviços de apoio doméstico, etc.

Os quatro grandes assuntos/problemas que dominam os hospitais na Europa são a contenção de custos, a higiene hospitalar, a garantia da qualidade e as novas modalidades de prestação de cuidados evitando ou reduzindo ao máximo o internamento. Terá seriedade suficiente afirmar que, no caso português, as questões hospitalares dominantes são os serviços de urgência e as horas extraordinárias.

Quando constatamos que as unidades hospitalares centrais apresentaram um aumento de 320%, de 1971 para 1980 no número de utentes socorridos nos seus serviços de urgência e que esse crescimento se tem acentuado em vez de regressar, como demonstra o atendimento médio na Urgência de um hospital universitário, de 495 utentes por dia em 1975 passar para 771 utentes em 1979.

Quando verificamos que, noutro hospital central, dos utentes atendidos no serviço de urgência, em 1981, 69,39% foram dirigidos para casa de seguida e que um inquérito mostrou, ali, que 34,3% dos casos eram considerados clinicamente não urgentes, desmascarando, assim, as falsas urgências.

Quando um hospital central especializado apresenta, recentemente, um aumento percentual de 334 no intervalo de 4 anos no serviço de urgência e que um inquérito realizado sobre uma amostra de 628 crianças demonstrou que somente 99 (ou seja 15,76%) eram portadoras de situações justificando o recurso a um serviço de urgência.

Quando constatamos estes factos concluímos que os hospitais centrais e muitos deles universitários, vocacionados tecnicamente para a prestação de cuidados secundários e mesmo terciários, por razões que assentam em peculiaridades do sistema de cuidados de saúde na sua globalidade,, apresentam características bizarras, que os distinguem dos seus congéneres europeus.

Mas, ao tentar caracterizar um subsistema de cuidados hospitalares, devemos prestar particular atenção à rede dos hospitais distritais, que constitui a espinha dorsal do subsistema hospitalar. Eles são as unidades a que o Dr. Mahler chama «front line hospitals», ou que poderíamos chamar *hospitals tout courts*.

Tentemos a caracterização particular somente através de algumas componentes menos

usuais: lugares por preencher no quadro médico, movimento do serviço de urgência, serviço de anestesiologia e exames anatomo-patológicos.

De acordo com apuramentos realizados pelo Dr. Lopes Martins, de 2661 lugares previstos nos quadros médicos dos hospitais distritais em 1981, somente 30,4% estavam preenchidos, dispondo-se, assim, de 1850 vagas, apesar de, em 37 estabelecimentos, dispormos — ou virmos a dispor a muito curto prazo — de 16 unidades novas, o que representa 43,2% e abona a favor das condições de trabalho oferecidas.

De 1971 para 1981, o número de utentes socorridos nos serviços de urgência aumentou 12,5 vezes. Há hospitais distritais que apresentam crescimentos, em anos recentes, de 289% (em 4 anos), 178% e 124% (em 2 anos). Números como 10,9%, 14,5% e 15,3%, de doentes assistidos nos serviços de urgência e orientados seguidamente para o internamento, encontrados em estudos sobre hospitais, demonstram o volume de falsas urgências hospitalares que ocorrem aos serviços dos hospitais distritais.

Os serviços de anestesiologia encontram-se desprovidos de médicos especialistas, com as óbvias consequências no campo da prestação de cuidados diferenciados correntes. No momento presente, na Região Hospitalar do Sul, de 46 lugares do quadro existentes para anestesiológicos, somente 18 estão preenchidas, o que representa apenas 39%.

Quanto à Anatomia Patológica e Histopatologia, componente de extrema importância em cuidados hospitalares modernos, para efeitos de diagnóstico e garantia de qualidade dos cuidados médicos, somente três hospitais possuem serviço próprio, dispondo um deles de anatomopatologista, outro de dois médicos contratados e, ainda outro, de um especialista no regime consultor. Entretanto o número global de exames anatomopatológicos passam de 83, em 1971, para 4269, em 1980, à custa do envio das peças para os serviços dos hospitais centrais.

Face ao panorama descrito, segundo uma visão pessoal de caracterização dos cuidados hospitalares portugueses, parece ter justificação levantar a questão, uma vez colocados à porta da Comunidade Europeia, se existe ou não um tipo de hospital e de cuidados hospitalares português.

Novembro, 1982.

BIBLIOGRAFIA

- BRANDÃO, Maria Olinda Nunes Simões Nogueira — *Urgência pediátrica na região centro. Subsídios para o estudo do funcionamento do serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1980.
- CARVALHO, Rogério Joaquim Nogueira — *O serviço de urgência do Hospital Distrital de Setúbal. Contributo para disciplinar o seu acesso*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1980.
- FARNDAL, W. A. James; GOODING, Dulcil G.; REID, J. J. A. — *Health services travelogue. Northern Ireland, Holland, Denmark and U. S. A.*, Beckhnam, Ravenswood Publications Ltd., 1972 (International Series; 1).
- French hospitals and medical care services and European health and hospital care / por / W. A. James Farndale e outros*, Beckenham, Ravenswood Publications Ltd., 1975 (International Series; 2).
- Hospitals in the EEC. Organization and terminology*, Copenhagen, Gyldendalske Boghandel Nordisk Forlag A.S., 1978.
- KASER, Michael — *Health care in the Soviet Union and Eastern Europe*, London, Croom Helm London, 1976.
- LONDON, I. S. L. — *The demand for hospital care. In-patient care: alternatives and delays*, Oxford, United Oxford Hospitals, 1970.
- MAYNARD, Alan — *Health care in the European community*, London, Croom Helm Limited, 1975.
- RAFFEL, Marshall W. — *The U. S. health system: origins and functions*, New York, John Wiley & Sons, 1980.
- RAMOS, Francisco Ventura — *O serviço de urgência do Hospital Distrital de Beja. Estudo do seu funcionamento e proposta de reestruturação*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1981.
- ROEMER, Milton I. — *Health care systems in world perspective*, Ann Arbor, Health Administration Press, 1976.
- SILVA, Colombina Ana Pereira da — *O Serviço de Urgência do Hospital de S. José. Prisma de análise, Clientela*, s.l., s.e., 1979.
- THEIAS, Maria Margarida Moura — *O Serviço de Urgência do Hospital de Santa Maria: uma proposta de reestruturação*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 1978.
- VITORIANO, Salviano P. P. — *O Serviço de Urgência do Hospital de S. João. Relatório de estágio*, s.l., s.e., 1975.

ARTICULAÇÃO CUIDADOS PRIMÁRIOS / CUIDADOS DIFERENCIADOS

Helder Machado

Desejo manifestar ao INSA o meu agradecimento por ter solicitado a minha colaboração nesta jornada de homenagem a um Homem que se bateu toda a sua vida por uma saúde melhor e a quem o País muito deve: O Prof. Dr. Gonçalves Ferreira.

Preâmbulo

Os cuidados primários de saúde têm que ver com a promoção e prevenção da saúde por um lado, e por outro, com a acção curativa e reabilitação. Quanto aos primeiros dois aspectos, não é demais sublinhar a sua importância e apelar para o esforço que a todos cabe, no sentido de os reforçar e difundir. Quanto aos dois últimos, há necessidade urgente em dar-lhes uma forma organizada.

A inserção dos CPS tem a ver com o local de acção, a dinamização apropriada do pessoal responsável, estratégia e objectivo.

Quanto à localização, corresponde à dos Centros de Saúde Integrados. Resulta da articulação de todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde de cada concelho, congregando os recursos técnicos, humanos, profissionais e financeiros existentes.

A dinamização passa pela criação de *equipas de saúde* sem as quais a eficiência de cada um dos seus componentes é fortemente afectada. Dentro da equipa, a dinamização pre-

tendida está ligada à criação de clínicos gerais de perfil renovado. Profissionais habilitados a prestar cuidados primários a indivíduos, famílias, que lhes são confiadas por livre escolha de parte a parte, capazes de exercer a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade, de personalização das relações com os assistidos e de subordinação aos objectivos genéricos do Serviço Nacional de Saúde.

A estratégia passa pela síntese dos cuidados personalizados com os da área de saúde pública, poderíamos falar de cuidados primários de orientação comunitária.

Subentende-se na nova legislação sobre carreiras médicas, Pressupõe uma informação constante sobre dados epidemiológicos e de indicadores que influenciam os próprios cuidados.

Existindo informação precisa sobre a saúde das populações, poder-se-á então determinar com maior exactidão as patologias mais prevalentes e programar os apropriados meios de combate.

Com base neste tipo de trabalho de equipa entre os profissionais de saúde, participado pelo médico de saúde pública, clínico geral, enfermeira, assistente social e pessoal administrativo, surgirá uma nova metodologia em permanente actualização e transformação. Esse espírito e essa acção influenciará de modo positivo o exame clínico dos utentes, as acti-

vidades de educação sanitária, prevenção e planeamento.

O objectivo é a saúde para todos no ano 2000.

Cuidados diferenciados de saúde dizem respeito a todos os que exigem especialização, independentemente de se situarem em hospitais ou policlínicas.

O especialista deve ter conhecimento apropriado da sua área e dispor de condições de trabalho incluindo a necessária tecnologia.

A sua actividade é pautada por uma actualização permanente. Exige um espírito crítico capaz de distinguir o essencial do acessório. A sua atenção não pode desviar-se da pessoa em detrimento do caso e da técnica que ele requer.

Vivendo num País de escassos recursos mas atento à explosão biológica e industrial dos fins do séc. XX, necessita de se adaptar às realidades.

O verdadeiro especialista afirma-se no seu labor, na sua concentração e disponibilidade. Merece uma ligação cada vez mais forte ao serviço onde trabalha, uma triagem bem feita dos doentes por parte do clínico geral que o antecede. É por isso que, definidos os cuidados primários tornar-se-á mais fácil reestruturar os cuidados diferenciados que lhe são complementares. Não vamos identificá-los com o consumo indiscriminado duma actividade clínica isolada do contexto socio-económico, onde os doentes se perdem de especialista em especialista, num labirinto de exames laboratoriais, radiológicos, tomográficos e endoscópicos, tantas vezes repetidos, quantas vezes desnecessários.

I — Referenciação tecnico-administrativa de doentes

A referenciação é feita através de ficheiros classificados. Estes devem existir tanto no hospital como nos centros de saúde. Haverá vantagem em uniformizar este sistema e torná-lo idêntico ao utilizado na maioria dos países europeus.

A nível hospitalar a responsabilidade na elaboração destas fichas cabe aos chefes de clínica dos respectivos serviços. Para o efeito são necessárias reuniões com os seus directos colaboradores. A execução destas fichas deve constituir elemento classificativo de primordial importância para os internos de especia-

lidade (internato complementar), a quem cabe a sua elaboração, com o prazo de 24 horas à data da alta.

Todos os doentes hospitalares devem ter a sua ficha num ficheiro central. Nele se encontram os relatórios sumários relativos à sua estadia em todos os serviços por onde passou o doente.

Ao nível do Centro de Saúde e suas dependências, deve existir um ficheiro idêntico, somatório da actividade de todos os clínicos gerais que nele trabalham e de cujo preenchimento serão naturalmente os primeiros responsáveis. No entanto, sem prejuízo da independência científica e tecnológica inerente ao clínico geral no desempenho das suas funções, isso não obsta a que o seu assistente possa e deva na sua presença, estudar e rever a execução dos ficheiros, sempre que a direcção clínica achar conveniente e que os colegas em serviço de urgência a eles tenham acesso sempre que necessário.

A inter-relação dos diferentes serviços — cuidados primários e diferenciados, baseia-se em regras simples: nenhum doente poderá ser aceite ou admitido num hospital sem informação pertinente enviada de médico para médico, isto é, do clínico geral para o especialista. Ressalvam-se certas condições de excepção — doente não identificado encontrado inconsciente ou desorientado na via pública ou domicílio, acidente.

Por outro lado, em caso algum pode ser dada alta a um doente hospitalar sem a sua ficha de saída estar concluída. As condições do envio desse elemento ao respectivo clínico geral devem estar sempre asseguradas. Numa fase inicial convirá que a direcção médica de cada hospital nomeie periodicamente um grupo de especialistas encarregados da revisão de todas as fichas elaboradas e da sua correcção.

O pessoal dos serviços de saúde deve estar sensibilizado para o facto de todos os elementos relativos ao ficheiro constituírem a chave do funcionamento harmonioso e eficaz da instituição onde trabalham.

II — Interligação de serviços e sua complementaridade

Esta interligação é feita pelo doente ou familiar através das fotocópias das fichas solicitadas. O clínico geral poderá se entender

mais conveniente, enviar ao hospital apenas um resumo da situação, respondendo aos aspectos mais concretos de cada caso. Poderá acompanhar esta mensagem de um telefonema para o seu colega especialista encarregado de cuidar do seu doente ou até avistá-lo para lhe comunicar pessoalmente o seu ponto de vista. Terá tempo disponível no seu horário para o fazer. É de resto uma tarefa que poderá ter vantagem em enquadrar na sua visita ou visitas semanais ao hospital da área, de modo a favorecer a sua actualização.

Naturalmente que o clínico geral, como médico de família que é, funciona como uma unidade centralizadora em acção permanente, inserido numa equipa onde estão representados outros profissionais de saúde igualmente indispensáveis, em relação fluída com especialistas dos hospitais. Quer isto dizer que a interligação dos serviços — cuidados primários / cuidados diferenciados — tem também muito a ver com o papel da enfermagem e do serviço social.

As enfermeiras ligadas aos cuidados primários devem coordenar o seu trabalho com as assistentes sociais, não só nos centros de saúde propriamente ditos, mas também ao nível do serviço domiciliário, em particular no caso dos doentes da 3.ª idade. Assim, a constituição de equipas móveis, permitirá o apoio ao doente desde a sua alta, altura em que o pessoal hospitalar melhor poderá informar sobre os aspectos mais relevantes, até ao fim da convalescença. Há conveniência em que esta se faça no domicílio permitindo a redução do tempo de internamento, restabelecimento da auto-confiança do doente e o encorajamento ao apoio familiar.

No presente, o maior obstáculo à articulação entre cuidados primários e diferenciados radica na indefinição das funções de cada profissional de saúde dentro do próprio Centro de Saúde Integrado. Dos vários grupos de trabalho que recentemente têm abordado estas questões poderão sair as respostas concretas baseadas num consenso.

Entrevê-se um profícuo trabalho a realizar sobre a delimitação de cada uma das áreas e na utilização de guias ou protocolos, que é necessário generalizar, difundir e fazer respeitar. A partir destas bases sólidas, tornar-se-á mais fácil estabelecer princípios de inter-relação.

A nomeação das ARS definitivas é outro passo decisivo para a correcta execução de

normas de serviço concisas mas flexíveis, de fácil aplicação nas diferentes zonas do território nacional.

No dia em que os cuidados primários funcionarem satisfatoriamente, a utilização dos cuidados diferenciados que lhe é complementar, far-se-á de maneira mais rápida e eficaz a todos os níveis e em todos os tipos de patologia.

III — Racionalização dos encargos

Em que medida a correcta articulação dos cuidados vai introduzir dados favoráveis neste campo?

Atente-se no esquema seguinte onde se procura fazer em síntese o diagnóstico do aumento dos custos de saúde:

- 1) Factores ligados à procura dos cuidados de saúde
 - a) envelhecimento das populações
 - b) aumento da incidência das doenças crónicas e incapacitantes
 - c) acréscimo dos factores poluentes e acidentes em geral
 - d) erosão da estrutura familiar e da autonomia do indivíduo
- 2) Factores ligados à oferta
 - a) o mito do poder ilimitado da Ciência Médica
 - b) sistemas de convenção a favorecerem as formas mais dispendiosas de diagnóstico e tratamento
 - c) o permanente avanço tecnológico actuando sob forma de «imperativos»
 - d) a tendência para o aumento de empregos ligados à saúde.

A descontinuidade e desarticulação dos serviços de saúde factor complexo, potencializador de todos os outros

Uma decidida inflexão a favor dos cuidados de saúde de orientação comunitária e a correcta articulação com os diferenciados, cons-

titui para já medida global oportuna. Proporcionará a colocação de cada peça do sistema no lugar que lhe compete, refiro-me aos utentes e aos serviços onde ocorrem, desbloqueará e simplificará os passos mais importantes relacionados com as ordens de prioridades a que devem estar sujeitas as acções de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, permitindo enfim o reinado da lógica sobre a confusão.

Trata-se de uma política corajosa que transcende o âmbito de um Ministério. Deve apoiar-se de modo realista na participação dos uten-

tes. Exige da parte dos profissionais de saúde a noção clara sobre as necessidades básicas das populações.

Relativamente aos médicos, tem que ver com a renovação do ensino ao nível das Faculdades e com o prestígio da figura do clínico geral que lhe é inerente.

Inserir-se num esquema de descentralização administrativa e financeira.

Aponta para uma dinâmica regional de modo às autarquias se assumirem progressivamente como centros de decisão, embora subordinadas à legislação geral sobre a matéria.

PERSPECTIVAS DA EVOLUÇÃO FUTURA

Paulo Mendo

O Dr. Helder Machado colocou a tónica da sua intervenção sobre articulação dos cuidados primários e diferenciados em dois aspectos que me parecem fundamentais. Primeiro num aspecto, se quisermos, instrumental: como se deve fazer esta articulação e, depois, tecendo algumas considerações de fundo, noutro aspecto que me parece extremamente importante, e que é: a articulação só funcionará se os dois sistemas, ou os dois sub-sistemas funcionarem bem, e esses sub-sistemas só funcionarão bem se houver empenhamento muito disciplinado em que essas estruturas funcionem.

Aquilo que ele chamou «primado da lógica sobre a confusão» é, quanto a mim, um dos princípios mentais que mais rapidamente devíamos adquirir, que todos deveríamos ter, tornando possível uma participação de todos na melhoria destas duas áreas. (Eu não vou ocupar-me durante muito tempo, até porque já aqui estamos há quase uma hora e trinta minutos, e deixarei para a conversa que se vai seguir, o discutirmos alguns pormenores dos assuntos que queiram levantar). Gostaria, no entanto, de, em relação ao que ouvimos e em relação a estas duas áreas de prestação de cuidados de saúde — cuidados primários, cuidados diferenciados, articulação entre eles — dizer-vos alguma coisa sobre a perspectiva da evolução futura.

Vou referir-me, sobretudo, às perspectivas a curto prazo. Para não haver confusões, vou con-

siderar: *Cuidados primários* — por uma razão metodológica, todos os cuidados que são prestados no âmbito dos Centros de Saúde, quer no domínio curativo, quer no da Saúde Pública, com os meios complementares de diagnóstico ao seu alcance. Significa isto, portanto, que inclui nesta área as análises e radiologia, naquilo que elas têm de básico e de fundamental apoio para a área de funcionamento dum Centro de Saúde ou de um clínico geral.

Cuidados Diferenciados — serão todos os cuidados praticados nos hospitais, não só internamento, mas naquilo que eu chamo o Centro de Diagnóstico Hospitalar, que prefiro à designação clássica de «Consulta Externa Hospitalar». Muito mais que numa consulta externa, o hospital deve viver nos Centros de Diagnóstico, pois é toda uma actividade diagnóstica no ambulatório que um hospital deve fazer e não, como já há pouco foi dito, basear a sua actividade no doente internado. Do ponto de vista pragmático, consideramos, portanto, a existência destas duas áreas formadas fundamentalmente por: uma rede de Centro de Saúde e uma rede hospitalar e um processo de ligação entre essas duas áreas.

A área dos cuidados diferenciados, representada pela área hospitalar, tem uma gestão específica, e nela se desenvolvem carreiras profissionais próprias que têm que cobrir todas as especializações necessárias a uma boa prestação de cuidados sofisticados. A esta área

pertencerá ainda um grande sector disperso de cuidados ambulatoriais especializados, e que pressupõe um acesso perfeitamente condicionado.

A área de cuidados primários, assente fundamentalmente na rede dos Centros de Saúde, também tem uma gestão própria. Esta deve ser uma gestão integrada por região, e ao Centro de Saúde é dada uma gestão menos autónoma do que uma grande gestão duma instituição hospitalar. Deve haver um acesso directo, com livre inscrição do doente, há carreiras na área de prestação de cuidados, carreira médica e de enfermagem, e nos Centros de Saúde devem estar integrados todos os serviços que nesta área prestam cuidados, o que, no que nos diz respeito, significa a integração nos Centros de Saúde a nível das tarefas até agora dadas ao SLAT e aos anti-sezonáticos.

Estas duas áreas vão ter uma tutela central, através de órgãos que nós chamaremos «Instituto Nacional de Cuidados Hospitalares», e «Instituto Nacional de Cuidados Primários».

Assim, no próximo ano, em linhas muito rápidas que depois poderemos e deveremos tornar mais minuciosas, teremos que, na área hospitalar, passar todas as consultas de especialidade dos S.M.S. que se fazem na área dos cuidados diferenciados, para a responsabilidade destes. É inadmissível, como ainda há pouco também foi frisado pelo Prof. Caldeira da Silva, a existência de um segundo degrau e meio, duma situação intermédia, em que na área do ambulatório existem cuidados especializados intermédios entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares. A área do ambulatório das especialidades, tirando aquelas especialidades de massa que devem existir e que são vocação dos Centros de Saúde, devem passar para a responsabilidade dos hospitais. Quer isto dizer que a área a que me referi há pouco, uma área dispersa de Centros de Diagnóstico fisicamente não situados num hospital, mas funcionalmente articulados com ele, e ainda debaixo da sua dependência, tem que ser rapidamente implementada, de modo que não haja estase nos Hospitais Centrais.

Aquilo que há pouco o Sr. Prof. Caldeira da Silva nos mostrou sobre a situação actual dos hospitais, com cerca de 2000 vagas de especialistas, tem que ser rapidamente resolvido. Como se recordam, o Decreto-Lei 310/82, das Carreiras Médicas, estipula que um médico interno, quando adquire o seu grau, fica com a obrigatoriedade de concorrer para as vagas

que existam na rede nacional dentro do prazo de três meses. Se ao fim de três meses não o tiver feito, é sinal que quer e prefere a clínica livre e perde o vínculo com o hospital onde adquiriu o seu grau. Estes concursos vão, portanto, estar permanentemente em aberto. Quando um hospital apresentar o seu quadro de vagas, esse quadro de vagas estará permanentemente a concurso até estar preenchido, bastando para isso a qualquer profissional verificar onde é que tem vaga e apresentar a sua candidatura. É a apresentação da sua candidatura que desencadeia o processo de concurso, excepto o primeiro concurso, que vai agora ser feito. Já foi publicado, há cerca de oito dias, o Regulamento dos Concursos Hospitalares, as vagas estão prontas, vão ser anunciadas e, a partir dessa data, contam os tais três meses que demas a todos os médicos sem vínculo definitivo à carreira, para poderem concorrer. Deste primeiro concurso, que ficará depois permanentemente em aberto, constarão já cerca de 750 vagas. Os candidatos são aqueles médicos que adquiriram grau e que não têm vínculo aos hospitais, e portanto estão agora disponíveis para fazerem os seus concursos. São cerca de 800 e, portanto, é em função do número de candidatos que abrimos já as 750 vagas, mantendo sob administração permanente todas as vagas que podemos ir lançando, chamemos assim, no mercado de trabalho.

Este tipo de tarefa é perfeitamente fundamental, sob pena de não podermos dar respostas através dos nossos hospitais distritais às imensas carências que têm sido, e que foram ainda há pouco, perfeitamente focadas pelo Sr. Prof. Caldeira da Silva. Temos falta de profissionais, temos excesso de profissionais em formação.

Temos actualmente, eu diria só, 1800 vagas nos Hospitais Distritais. Só este ano, entraram para a carreira dos internatos complementares cerca de 1800, portanto, só este ano entrou para a carreira hospitalar, a iniciar a sua formação, o número de médicos que equivale a todas as nossas vagas nos Hospitais Distritais. Bem sei que temos aí a chegar, todos ao mesmo tempo, uma série de hospitais novos. Mercê de uma certa falta de planeamento, como há pouco aqui foi focado, e de um certo «correr para a frente», fizeram-se neste País uma série de hospitais, ou desencadeou-se o processo de execução dos hospitais, que nos vão chegar às mãos praticamente no mesmo ano.

Assim, teremos prontos, nos próximos dois anos, o Hospital de Viana do Castelo, Chaves, parte do de Vila Real, o Hospital de Abrantes, Santarém, e, no fim do próximo ano, o novo e enorme Hospital de Coimbra. Estes hospitais vão necessitar de muito mais profissionais do que aqueles que temos, e começamos a ter agora seriíssimos problemas, não no que diz respeito ao trabalho médico, em relação aos quais os próximos três ou quatro anos não vão dar o número suficiente de especialistas, mas em relação ao pessoal, sobretudo paramédico, e pessoal de enfermagem que sabemos ser deficitário. Mas o problema mais grave é o de pessoal paramédico e técnicos cuja formação temos que rapidamente incentivar para podermos ficar com a área hospitalar minimamente organizada.

No entanto, quero crer que o simples facto de procedermos rapidamente aos concursos e à sua execução descentralizada, com possibilidade de rapidamente termos os nossos hospitais distritais com capacidade de execução de actos médicos que impeçam o utente de ter que procurar os hospitais centrais, vai permitir que esta área seja, e possa ser, rapidamente arrumada (como há pouco se usou a expressão).

Em relação à área dos cuidados primários, teremos que continuar com a colocação dos clínicos gerais por concelho, de modo a obtermos uma cobertura médica harmoniosa. É evidente que, desde há um ano, iniciámos a colocação dos médicos na carreira de Clínica Geral, e é perfeitamente fácil tecermos críticas ao modo como os médicos têm sido colocados, ou à forma como têm sido abertas as vagas em diversos concelhos.

É fácil e provavelmente até haverá razão. No entanto, espero que concordem comigo, é extremamente difícil fazer-se rapidamente como é necessário, e duma maneira eficaz, a colocação de médicos de Clínica Geral em golfadas, aos 1000-1500 de cada vez, conforme os cursos, o que fez com que este ano tivéssemos que colocar 3000 médicos numa carreira que tem 7000 vagas, 7000 vagas que nos permitem acabar, ainda este ano, com o Serviço Médico à periferia. Só pudemos acabar com ele com a garantia de que temos médicos na periferia. Ora bem, nós temos uma situação estranha, ou difícil de resolver, no País. Temos duas áreas metropolitanas, enormes, que são a área de Lisboa e Porto, que absorverão uma quantidade enorme de clínicos gerais, se nós abrirmos proporcionalmente essas vagas. Logo, foi e é evi-

dente que tivemos que fazer uma certa contenção às vagas existentes nestas áreas.

Se não o fizéssemos, se abrissemos mais, de certeza que não tínhamos os médicos necessários em Vinhais e numa série de concelhos onde temos que ter médicos colocados.

Portanto, temos que agora rapidamente continuar com a colocação dos clínicos gerais por concelho, de modo a obtermos uma cobertura harmónica do País e, ao mesmo tempo, fazermos com que na próxima e rápida cobertura de médicos de Clínica Geral destas áreas metropolitanas, não sejam desfavorecidos os cursos que já foram para a periferia e atribuídas as vagas exclusivamente ao curso de jovens licenciados que aí vêm. É, portanto, outro do problemas que temos que resolver em 1983, e temos já estudado o modo de o fazer.

Temos, por outro lado, que iniciar rapidamente, e também está a ser já preparada a legislação nesse sentido, os concursos de habilitação e provimento da carreira de Saúde Pública, ao mesmo tempo que temos que definir o Quadro Global distrital e concelho desta carreira.

Como sabem, em princípio pensamos na existência de um Assistente em Saúde Pública para cerca de 10 000 pessoas, um Delegado de Saúde para cerca de 40 000, e um chefe de serviço de Saúde Pública para cerca de 100 000. Este quadro já está a ser feito e seguir-se-á, imediatamente, uma definição do Quadro Global distrital e concelho da carreira, com o início dos seus concursos.

Temos de definir, tal como já foi apontado aqui, julgo pelo Sr. Dr. Diogo Hora Ferreira, em linhas gerais, mas linhas muito precisas e muito nítidas, as acções de Saúde que competem ao Centro de Saúde e aos seus profissionais. Isto é um problema que não é nem pode ser resolvido por um apressado Despacho Normativo da Secretaria de Estado da Saúde. Tem que ser profundamente discutido e pensado. Estamos actualmente na fase de discussão de um texto que, em princípio, dará uma orientação global, do que deve ser este Centro de Saúde Integrado, e que constituirá aquilo que eu chamo muito mais do que um regulamento — uma espécie de carta de marear dos nossos Centros de Saúde. Não é, nem pretende ser, um tipo de regulamento exaustivo, mas sim uma definição ampla, mas precisa, de tudo aquilo que um Centro de Saúde deve ser.

Temos que iniciar a integração de facto dos Centros de Saúde, com os postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios,

cujos estatutos e protocolos já estão assinados. Esta integração não pode ser, como ainda há pouco o Sr. Dr. Hora Ferreira se referiu, uma mera sobreposição, e tem que ser feita de um modo funcional, harmonioso e rápido. Estes Centros de Saúde têm que ser rapidamente dotados de chefias responsáveis, e têm que, na sua gestão, estar interessadas as autarquias ou os concelhos.

Não prevejo, nem entendo bem, como é que um instrumento de solidariedade social e um equipamento de saúde básico, como é um Centro de Saúde, pode estar divorciado da comunidade, ou pode ser considerado por esta como um mero serviço público, prestador de cuidados. Nesse sentido, temos que na própria gestão do Centro de Saúde, interessar a própria comunidade, que pelo actual regulamento já está em princípio representada numa espécie de conselho de administração, mas que quero implicar também na própria gestão diária.

Precisamos de organizar as Administrações Regionais de Saúde, como órgãos de gestão de todos os Serviços de Saúde da região, excepto os hospitais, definindo-lhes a direcção clínica em que deverá participar o Director do Centro de Saúde Mental do Distrito e o Coordenador Distrital do SLAT, duas das áreas especializadas que nós consideramos de Cuidados Primários, e que têm de estar presentes nos Centros de Saúde.

Teremos que estruturar os Serviços de Saúde Mental, que, como há pouco a Sr. Dr. Horta Ferreira notou, não estão referidos nos Diplomas das Administrações Regionais de Saúde, e constituem uma das áreas importantes que temos que organizar, passando para os Centros de Saúde Mental Distritais todas as consultas dos Serviços Médico-Sociais que actualmente se fazem de Psiquiatria, e definindo normas de cooperação entre os Centros de Saúde Mental do Distrito e os Centros de Saúde.

O Centro de Saúde Mental Distrital é, como todos sabemos, uma área que deve ter o seu internamento próprio, os seus hospitais de dia, onde a ligação equipe médica-doente deve ser mantida. O doente não deve nem pode andar a saltar de cuidados primários para, chamemos, cuidados secundários ou, se quisermos, de uma área de ambulatório para uma área de internamento, mudando de equipe.

As equipes têm que ter no Centro de Saúde Mental a sua organização própria e total, de tal modo que haja uma articulação com os hospitais na sua área de internamento, e com os Centros de Saúde, definindo aquilo que deve ser feito pelo médico de família.

Do mesmo modo temos que estruturar o SLAT, que deverá, a nível distrital, consistir em ambulatórios, não de tuberculose, mas ambulatórios pneumológicos articulados com os hospitais, e que deve, a nível concelhio, estar integrado no seu Centro de Saúde.

Este tipo de tarefas, que são perfeitamente inadiáveis, e têm que ser feitas imediatamente a partir de agora, é uma das nossas tarefas prioritárias, é a acção prioritária da Secretaria de Estado da Saúde em 1983.

Vamos, em suma, arrumar os nossos serviços, saber quem somos, quantos somos, porque nem isso sabemos, o que temos que fazer, e como nos articulamos. Vamos organizar-nos, para atingirmos um maior grau de racionalidade e de operacionalidade.

Estamos um pouco desmotivados, estamos um pouco irresponsabilizados, e motivos que nos levem a essa situação não nos faltam. Temos que, na Saúde, criar condições para fazer desaparecer esses motivos. Estou absolutamente convencido que, pelas acções em curso, poderemos dar aos nossos Serviços de Saúde alguns factores de esperança e bom entendimento, capazes de fazerem com que possamos rapidamente passar a uma fase de muito maior operacionalidade.

ANÁLISE DE ALGUMAS ÁREAS DA SAÚDE DE IMPORTÂNCIA NACIONAL

Alimentação e Nutrição (*)

Saúde Materno-Infantil

Saúde e Ambiente

Saúde Ocupacional

(*) Por motivo de força maior, esta comunicação, a cargo do Prof. Dr. Teixeira Norberto dos Santos, não foi apresentada.

Painel

Presidente: *Luís Feyo do Prado Quintino*

INTRODUÇÃO

Luís Feyo do Prado Quintino

Para a sessão de trabalhos que agora se inicia, teve a organização destas Jornadas a amabilidade de me convidar para presidir.

Muito obrigado pois pela atenção.

É de facto uma obrigação que se põe, a quem trabalha na saúde pública, estar presente, e se possível tomar parte activa nesta homenagem ao Sr. Prof. Francisco Gonçalves Ferreira.

Publicamente desejo afirmar que durante a minha longa vida profissional, sempre que contactei com o Sr. Prof. Gonçalves Ferreira colhi ensinamentos. Lamento profundamente que tenha chegado a hora da sua saída dos serviços pela impiedosa imposição da idade que, a todos nós, irá progressivamente atingir.

Posto isto, e antes de passar a palavra aos ilustres conferencistas que durante esta manhã irão abordar vários temas submetidos ao título «Análise de Algumas Áreas de Saúde de Importância Nacional» sejam-me permitidas algumas palavras.

Ao olhar para o tema de hoje recorro a sessões de trabalho anteriores em que se abordaram os problemas relacionados com os cuidados primários de saúde quer no seu aspecto curativo quer no que se refere a cuidados preventivos. Sem menosprezar os cuidados curativos entendo que, quanto maior for o incremento dado aos cuidados preventivos maior será também a preocupação com a promoção da Saúde e necessariamente diminuirá a procura de cuidados curativos.

Mas se é certo que os cuidados primários são uma das actividades básicas dos Centros de Saúde a verdade é que as áreas que estão para ser tratadas nas reuniões de hoje, tais como Alimentação e Nutrição, Saúde Materno-Infantil,

Saúde do Ambiente e Saúde Ocupacional, não são menos importantes.

Tem sido várias vezes recordado durante estas jornadas, o Decreto-Lei 413/71 publicado quando o Sr. Prof. Gonçalves Ferreira dirigiu a Secretaria de Estado da Saúde e que, diga-se em abono da justiça, constituiu um passo importante na história da saúde pública do nosso país. Em boa verdade, depois da legislação publicada no tempo do Prof. Ricardo Jorge, só esta se apresenta como verdadeiramente inovadora no campo da saúde.

No diploma referido é dado realce aos problemas relacionados com a epidemiologia, com a profilaxia, com a saúde escolar, bioestatística e a administração de saúde entre outras.

Todas as áreas referidas fazem parte das actividades fundamentais desenvolvidas a nível de Centros de Saúde. Exactamente por isso, e porque neste momento se está pretendendo dar uma orientação diferente à saúde, no nosso país, com a integração dos serviços de ambulatório, curativos e preventivos, é importante lembrar o papel fundamental que aos novos centros de saúde está destinado e bem assim a responsabilidade enorme que irá ser pedida aos médicos da saúde pública pois, naturalmente, a eles irá caber a grande responsabilidade na direcção e supervisão do Centro de Saúde.

No que cabe à saúde escolar devemos lembrar que não será possível obter resultados aceitáveis se não houver um bom entendimento com os serviços respectivos do Ministério da Educação.

Muito importante será que os médicos de saúde pública não se demitam das suas verdadeiras funções.

As regiões mais polares como podem ver neste outro diapositivo têm todas elas taxas de natalidade que se situam muito acima dos países chamados industrializados ou países desenvolvidos. Naturalmente que estas altas taxas de natalidade todos os sabem acarretam consigo a pobreza, a desnutrição, e naturalmente as taxas mais altas de mortalidade «Materno-Infantil». E se nós compararmos as dimensões das famílias, os números de crianças dos países desenvolvidos e dos países em vias de desenvolvimento quase que se aproximam do chamado máximo biológico, facilmente compreendemos que todos os aspectos da saúde física, considerando todos os aspectos de alimentação, de habitação, de cultura, etc., e os aspectos mesmo psico-afectivos serão grandemente perturbados nestas famílias na situação actual, na sociedade actual em que vivemos. Naturalmente que estas crianças nascidas de pais com estat tendência para constituírem famílias numerosas têm à partida logo uma situação de inferioridade. Mas estas taxas de natalidade correntes nos países ou nas áreas menos desenvolvidas, o que se passa nos países subdesenvolvidos, passa-se em Portugal ainda em determinadas áreas rurais afastadas dos grandes centros, vão condicionar as pirâmides das estruturas etárias dos países ou das áreas onde nos situamos e facilmente compreendemos também que numa área ou num país em que o número de crianças ultrapassa largamente o número de adultos em idade de trabalhar, em que a força de trabalho é extremamente reduzida em relação à grande massa de crianças ao contrário dos países mais evoluídos, facilmente compreendemos também que sob o ponto de vista económico estas famílias à partida se situam numa situação de inferioridade relativamente aos países desenvolvidos e como é hábito dizer-se nestas zonas subdesenvolvidas, nas zonas pobres o pai é o único que trabalha é o homem que trabalha, para ele é indispensável o alimento, lembro-me ainda em criança ouvir as mulheres dizerem que se o homem trabalha a esse é que não pode faltar a alimentação e os cuidados para manter a família e, é nesse grupo etário que mais se vão fazer sentir todas as carências de natureza económica e alimentar.

Por outro lado as taxas de natalidade, como também todos o sabem, são mais altas nas áreas rurais onde a possibilidade de criação de postos de trabalho é uma raridade. Na esperança de encontrarem melhores condições de vida a fuga para as cidades acelera-se nos

países pobres criando naturalmente, também todos o sabemos, condições de vida miserável, condições de vida infra-humana e é aí também que crianças e mulheres são as maiores vítimas, passam de uma miséria física das aldeias em que viviam para uma miséria total mental, e social para os bairros que todos nós sabemos existirem na maior parte dos países, mas que tem uma existência muito grande nos países subdesenvolvidos, quer lhe chamemos bairros da lata, favelas ou outra designação qualquer.

É costume dizer-se que no nascer e no morrer todos somos iguais e nada nos parece mais errado. O próprio peso ao nascer é só por si um factor de vitalidade, de capacidade de sobrevivência e as diferenças que aqui designa por privilegiados ou países industrializados e os países pobres é impressionante. Vemos que a maior parte das crianças nos países subdesenvolvidos ou nas áreas pobres de qualquer país e, quando dizemos subdesenvolvidos estamos a pensar em grande parte nas nossas áreas rurais ou áreas urbanas de bairros de lata, a maior parte das crianças nasce com peso inferior a 3 kg enquanto que os filhos, as crianças dos países desenvolvidos nascem com 3 kg ou mais, logo à partida com condições muito superiores, de possibilidades de sobrevivência.

Mas se ao nascer há já manifesta inferioridade, a situação poderá agravar-se com partos sucessivos condicionando desnutrição cada vez maior. Isto, refere-se à Colômbia mas naturalmente que é transponível para qualquer área de qualquer país em que o desenvolvimento não tenha acompanhado as áreas melhores e, vemos que a percentagem de crianças desnutridas aumenta. Naturalmente que isto se deve referir a uma área da Colômbia, mas aumenta à medida que o número de nascimentos aumentam. E as gravidezes se sucedem, as repercussões sobre a mortalidade fetal, neo-natal, pós de neo-natal, isto é como sabem uma das nossas chagas ainda, infantil rapidamente se farão sentir.

Vêem aqui o efeito da ordem dos nascimentos, na mortalidade fetal, neo-natal, pós-neo-natal e na infância e vêem que realmente as diferenças são impressionantes. Curioso que se começa aqui a notar já que o 2.º filho é aquele que parece ter mais probabilidades de sobrevivência ou pelo menos aquele que nasce em melhores condições e em que as taxas de mortalidade são menores.

Mas se isto é verdade, todas estas taxas se agravam com o número de filhos, agra-

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Albino Aroso

Antes de entrar neste tema que me foi distribuído eu gostaria de agradecer ao Sr. Prof. Aloísio Coelho a gentileza que teve em me convidar para estar aqui associando-me à homenagem a um Homem por quem tenho muita estima e consideração que é o Sr. Prof. Gonçalves Ferreira.

Talvez não fosse eu a pessoa mais indicada para vir abordar este tema de «Saúde Materno-Infantil». Não sou obstetra, não sou pediatra, não sou um homem de Saúde Pública, vivo parte da minha vida entre quatro paredes do um grande Hospital e, poderia realmente este simples facto não me colocar aqui à vontade e, não coloca naturalmente no meio de pessoas com experiência muito maior neste campo de Saúde. De qualquer das maneiras dentro da Ginecologia a que me dedico tenho tido sempre alguma preferência pelas actividades preventivas, e é neste âmbito duma Ginecologia Preventiva que eu iria encarar o tema «Saúde Materno-Infantil», naturalmente que já estão a pensar que será no âmbito do planeamento familiar.

Todos sabem que a qualidade de «Saúde Materno-Infantil» está em grande parte relacionada com o desenvolvimento económico, e com a criação de estruturas sociais dos diferentes países.

Mas também é evidente que em igualdade de circunstâncias uma melhoria das condições ou dos índices de mortalidade «Materno-Infantil» podem ser obtidos através de medidas de prevenção, educação com gastos muito mais reduzidos.

Ontem foram aqui abordados os aspectos de gastos com a Saúde, gastos que mesmo para os países ricos se começam a considerar como impossíveis de serem mantidos. Penso que é uma atitude de prevenção através de uma educação para a Saúde que nós poderemos em parte atenuar, diminuir os nossos índices de mortalidade «Materno e Infantil» que são, de qualquer das maneiras, no contexto europeu ainda uma vergonha.

As medidas preventivas adoptadas para melhorar a Saúde «Materno-Infantil» naturalmente que são várias, desde a vigilância da grávida até ao parto hospitalar, desde a amamentação materna até às vacinações, mas este aspecto de que lhes vou falar e que só mais recentemente chamou a atenção dos Epidemiologistas, dos Obstetras, dos Pediatras, dos Homens de Saúde Pública concretamente o Planeamento Familiar, parece-me ter para os países que se situam nesta posição ainda intermédia, entre os países desenvolvidos e os subdesenvolvidos e é válida para todos os países que estão em fase de subdesenvolvimento, nos podem trazer as achegas muito importantes.

Nós dissemos no princípio que a riqueza condicionava em grande parte a Saúde em geral e a «Materno-Infantil» em particular. Curiosamente nós vamos verificar que os países mais ricos, aqueles que têm maior rendimento «per capita» são aqueles em que a taxa de natalidade se situa nos níveis mais baixos e, que a taxa de natalidade sobe numa razão inversa ao rendimento «per capita».

vam-se também se o intervalo entre as mesmas diminui e tem aqui também o que se passa quando o intervalo é muito pequeno entre duas gravidezes sucessivas. Em determinadas áreas rurais, mesmo em Portugal, ainda encontramos gravidezes sucessivas, às vezes os filhos têm menos de 14 meses de diferença. Portanto, entre uma gravidez e outra decorre um lapso de tempo de quatro meses.

Outros elementos mostram-nos que realmente há também este intervalo, não pode nem deve ultrapassar um certo limite com risco de comprometer, levar a um aumento de mortalidade natal.

O baixo peso ao nascer, um dos factores importantes na saúde infantil, adquire os seus níveis óptimos sensivelmente ao fim de 18 meses, ano e meio, após o parto, que as taxas de mortalidade peri-natal vão descendo até atingirem um número por volta dos 2 a 3 anos, e depois voltam a subir, portanto, há um intervalo óptimo para mediar entre as gestações se nós queremos ter realmente as taxas de mortalidade peri-natal mais baixas. E, por outro lado podemos ver quanto podem repercutir-se na Saúde e no equilíbrio de uma família os nascimentos extremamente pouco espaçados, para o mesmo período de actividade de vida fértil, uma mulher que tenha gravidezes de 17 em 17 meses terá praticamente ao fim de 8 anos, 5 crianças dependentes, enquanto que a mulher que tem as gravidezes espaçadas de 34 meses terá apenas 3. Naturalmente para além de todos estes aspectos que se repercutem sobre a saúde física da criança, no aspecto de saúde da família, de estabilidade familiar, e isto é muito importante para o desenvolvimento harmónico da criança, na possibilidade que os pais têm de dar afecto, não dar apenas a alimentação, mas de dar aquilo de que as crianças mais necessidade têm, sobretudo o carinho e o afecto dos pais, mas facilmente compreendemos que uns pais com esta constituição familiar com as reduzidas capacidades económicas que caracterizam a maioria da nossa população e dos países em que estas famílias numerosas são a regra, que o velho ditado português «casa onde não há pão, todos ralham e todos têm razão» aplica-se bem aqui, pois com facilidade estas mulheres entram em desequilíbrio por excesso de trabalho, trabalho físico na medida em que têm habitualmente, naturalmente que estamos a falar da mulher comum, não estamos a falar da mulher bem instalada na vida, das classes menos favorecidas, a sua grande actividade física pelo seu

esgotamento com cada parto não chega muitas vezes a ser recuperado, perde a paciência é incapaz realmente de condicionar um ambiente harmónico para o desenvolvimento dos filhos e, portanto, vai interferir com a saúde mental do agregado familiar e de que os filhos são as maiores vítimas. Mas outro aspecto que temos também a considerar, quando pensamos em saúde materno, e infantil é a idade da mãe quando grávida, e, aqui também sabemos que há uma idade óptima para a mulher gravidar para poder ter os seus filhos, naturalmente que nem sempre nós conseguimos que ela siga as nossas orientações, procurando ter as suas gravidezes dentro deste período etário, infelizmente antecipando a gravidez, como sabem hoje é um problema que parece estar a melhorar em Portugal relativamente às gravidezes na adolescência, parece haver uma evolução favorável, mas de qualquer das maneiras é ainda um problema grave e vêem o que é que representa para um país da percentagem elevada de crianças nascidas em mães dolescentes, sobretudo que se aproximam dos 15 anos e vêem o que representa também os riscos de gravidez em mulheres com mais de 45 anos e até mesmo a partir dos 35 o pensarmos que há um período óptimo, de qualquer maneira esta imagem é bem elucidativa das vantagens que temos em aconselhar as mulheres a constituírem a sua família dentro deste período etário. Naturalmente se isto é assim, é de esperar que os países com mais baixas taxas de natalidade limitem o período fértil tanto quanto à idade em que os riscos são menores e é isso que poderemos ver facilmente, comparando três países — México, Tailândia e a Suécia. O México tem algumas semelhanças connosco embora menos evoluído neste aspecto e a Suécia para além de ter famílias menos numerosas, o seu período fértil quase coincide com o ideal que há pouco frizamos embora, como todos os países do mundo a adolescência tenha ainda um fardo relativamente pesado nestas gravidezes, mas de qualquer das maneiras vemos que dentro deste período etário que se situam os nascimentos das mulheres Suecas, ao contrário do México. Para além dos 35-39 ainda nasce uma larguíssima percentagem de crianças. Nascem mais crianças de mães de 35 anos no México do que de 20 a 24 na Suécia, naturalmente que isto vai ter as suas repercussões.

Podemos por isso dizer que em Saúde «Materno-infantil» a educação atrás de um planeamento familiar bem orientado pode con-

tribuir, só por si, para uma substancial melhoria dos índices de mortalidade e, a nossa não é ainda europeia.

Ontem discutiu-se o problema dos Centros de Saúde, falou-se aqui no papel da enfermagem e eu penso que se há áreas onde a enfermagem tem feito muito, e pode ainda fazer muito mais é exactamente neste campo da educação para a saúde, e muito especialmente em planeamento familiar. Não é preciso dizer-lhes, este tipo de actividade, que é extre-

mamente importante na melhoria das condições sanitárias de qualquer povo, e nomeadamente das mães e das crianças, não carece de aparelhagem sofisticada, nem de laboratórios, nem de hospitais consumidores de grandes orçamentos. As vantagens do espaçamento dos nascimentos, a constituição de família, dentro do período etário mais aconselhado, o desaconselhamento das famílias de grandes dimensões, são noções facilmente apreendidas pelos indivíduos e casais, e constituem importante passo na nossa caminhada para a Europa.

SAÚDE E AMBIENTE

António S. Lobato Faria

Introdução

Nenhumas dúvidas restam já no nosso País quanto à importância capital do Saneamento do Ambiente, na sua dupla perspectiva de prevenção da doença e de promoção da saúde, ideia esta que se radicou em definitivo, na última década.

E se tal facto é hoje uma realidade, em grande parte se deve à figura eminente da Saúde Pública que é o Professor Gonçalves Ferreira.

Não teria hoje sido possível dizer aquilo que se vai seguir se não tivesse existido a obra do homem que à Saúde Pública Nacional dedicou toda a sua vida e que soube ter a visão global, a um tempo científica, técnica e institucional, necessária para lhe dar uma estrutura capaz, moderna e adaptada às circunstâncias.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, (Decretos-Lei 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro), publicada sob sua égide, aquando membro do Governo, é um marco fundamental, não só na mudança de rumo e de perspectiva da Saúde em Portugal, que, a partir dessa data, encontrou finalmente estruturas que permitiram desenvolver os serviços de forma a poderem responder às carências do país, na área do Saneamento e em todos os restantes campos da Saúde Pública, mas tam-

bém, pelo reforço considerável que operou nas estruturas da Direcção-Geral de Saúde, o que, cito:

«Não poderia 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» (1).

Inovador e digno de nota é, para a altura, este «contacto directo com as populações», que tem implícito o «exercício participado, não paternalista mas co-responsável, da melhoria das suas condições e qualidade de vida.

A compreensão do ilustre Professor sobre o significado de uma correcta gestão dos recursos aponta, também, no preâmbulo do D. L. 413/71, para a necessidade essencial de planificação da acção médico-sanitária e assistencial,

«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», (2)

(1) Preâmbulo do D. L. 413/71, de 27 de Setembro (n.º 8).

(2) Idem, (n.º 2).



e, reforçando a ideia, no n.º 2 do preâmbulo do D. L. 414/71, a propósito das carreiras profissionais:

«Frente ao desenvolvimento da ciência e das técnicas, as actividades a promover no campo da Saúde (...) não se compadecem já com improvisações, nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilitações apropriadas à diferenciação das tarefas e uma actualização permanente (...)»⁽³⁾.

Esta citação contém, implícita, uma outra faceta, a faceta pedagógica, para a qual o Professor Gonçalves Ferreira contribuiu, como membro teorizante e praticante, de forma ímpar. Ao seu impulso dinamizador se deve, de facto, a introdução de matérias do Saneamento do Ambiente nos cursos professados, primeiro no INSA e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical, e depois, em definitivo, na Escola Nacional de Saúde Pública, organizadas numa cadeira própria.

Nada melhor, pois, do que, enquadrados nas grandes linhas acima indicadas, procurarmos analisar a evolução do Saneamento do Ambiente nas últimas décadas e assim, mais claramente apreciar o contributo do Professor Gonçalves Ferreira, que hoje homenageamos, na melhoria das condições de vida e de trabalho da população portuguesa.

Visão Geral da Evolução do Saneamento Ambiental no Mundo

A história do Saneamento, entendido este como o conjunto de acções, voluntárias ou não, que o Homem pratica, em defesa da sua integridade física e da sua saúde, contra as agressões provenientes do meio ambiente, confunde-se com a da própria humanidade.

Não se irá fazer aqui a história circunstanciada da evolução do Saneamento Ambiental, mas impõe-se perspectivá-lo na história recente do Mundo, para assim melhor compreender a sua crescente importância e complexidade.

A rápida ascensão das indústrias têxteis na Grã-Bretanha, que resultou da aplicação da máquina a vapor, seguiram-se muitas iniciativas semelhantes noutros pontos do Mundo, de tal

forma que, no início do século XIX, todas as condições estavam reunidas para que se seguisse uma era de intensa exploração dos recursos naturais, através da sua transformação em unidades industriais.

Estas unidades, por conveniências de operação e manutenção da maquinaria e também do escoamento dos produtos, foram-se localizando dentro ou na periferia dos núcleos populacionais pré-existentes, dando assim início a um fluxo migratório dos campos para as cidades que ainda hoje não parou e que teve resultados políticos, sanitários e sociais de enorme importância.

No aspecto sanitário, que nos interessa em particular, as consequências da Revolução Industrial foram particularmente duras: escassez de água e de alimentos, contaminação por inexistência de redes de esgotos, criação e desenvolvimento de bairros de lata, superocupação do parque habitacional existente.

Estas condições, aliadas à carência de princípios e hábitos de higiene pessoal e familiar e ao desconhecimento de princípios científicos que explicassem a origem e a transmissão das principais doenças infecciosas, geraram epidemias catastróficas em todas as grandes urbes, tendo ficado tristemente célebres a peste de Londres e a cólera de Hamburgo, para não falar nos sucessivos surtos destas e de outras temíveis doenças em Lisboa, Porto e outras cidades de Portugal.

As tragédias familiares ligadas a D. Pedro V são uma prova conhecida de que a doença, quando não controlada, afecta todos os níveis da sociedade.

As péssimas características ambientais citadas foram-se agravando ao longo do século XIX até que, em 1842, Edwin Chawick, conhecido funcionário público superior da administração britânica, elaborou um relatório, intitulado «The Sanitary Conditions of the Labouring Classes», no qual se indicavam, como premissas fundamentais da Saúde Pública, as obras de Saneamento Básico:

- abastecimento de água
- drenagem e tratamento de esgotos
- remoção rápida de resíduos sólidos.

Este relatório teve profundas consequências em todo o mundo civilizado e pode considerar-se como o marco inicial da revolução sanitária dos últimos cento e cinquenta anos.

As provas científicas da teoria de Chadwick, resumida na frase «insalubridade gera miséria

⁽³⁾ Preâmbulo do D. L. 414/71, de 27 de Setembro (n.º 2).

e miséria gera insalubridade», apareceram rapidamente: o trabalho fundamental de Pasteur na pesquisa bacteriológica deu lugar à descoberta do microorganismo transmissor da febre tifóide (*Salmonella Typhi*), por Ebert, em 1880, ao da cólera por Koch, em 1884, e a tantos outros, que seria fastidioso citar.

Novo marco importante foi atingido através da pesquisa científica: a relação existente entre as deficientes condições socio-ambientais e a presença da doença.

Até princípios do século XX, o grande progresso na Saúde Pública centra-se no campo da Ciência. Depois de 1900, as influências do movimento sanitário irão fazer-se sentir nas técnicas de engenharia, e ainda hoje perduram e são patentes os seus resultados. Porém, este avanço técnico é limitado. São dele exemplo: os abastecimentos de água que tiveram, como principais inovações, a introdução da elevação mecânica, primeiro com máquina a vapor, depois com motores eléctricos, e os processos de tratamento anti-microbianos, como a filtração lenta e a desinfecção com auxílio de produtos clorados.

É interessante notar que, embora muitas das recomendações dimanadas das entidades responsáveis pelos sistemas de água potável se referissem às características estéticas da água distribuída (cor, sabor, turvação) e não às suas qualidades microbiológicas, a Saúde Pública saía beneficiada, porquanto a melhoria do aspecto da água correspondia a uma redução substancial das taxas bacteriológicas.

Um exemplo clássico deste facto deu-se no rio Elba, na Alemanha, que servia de origem de água de abastecimento das cidades de Hamburgo e de Altona, sendo esta última filtrada previamente, o que não acontecia em Hamburgo. Aquando de uma extensa epidemia de cólera na região, Altona registou muito menos casos do que Hamburgo, sem que à primeira vista, se pudesse explicar a ocorrência. Assim que o desenvolvimento da Bacteriologia o permitiu, facilmente se atribuiu a melhoria de qualidade sanitária à filtração a que a água de Altona era sujeita.

Os sistemas de esgotos não tiveram um desenvolvimento tão espectacular como os abastecimentos de água, limitando-se as autoridades municipais a permitir, a partir dos finais do século passado, a ligação das instalações prediais às redes de esgoto de águas pluviais, estruturas muito antigas, por vezes, o que complicou sanitariamente os problemas, porquanto

as possibilidades de contaminação dos aquíferos e das redes de água potável aumentaram em grande escala.

Esta foi a origem das redes unitárias de águas residuais que, durante muitas dezenas de anos, se projectaram e construíram em todo o Mundo.

Os pontos de descarga das redes, que em geral se situavam muito próximo dos limites das cidades, foram afastados para jusante e, não havendo ainda necessidade de cumprir normas de controlo de poluição das águas naturais, lançadas sem qualquer tratamento para as reservas hídricas.

A primeira fossa foi patenteada em 1881 por Mouras, em França, com o nome de «fosse vidangeuse». O primeiro conjunto de tratamento de esgotos foi instalado na Alemanha, por Karl Imhoff, em 1909. Esta é a panorâmica do nosso passado próximo.

É a partir da II Guerra Mundial que se irão operar diferenças significativas no campo da Engenharia Sanitária e, podemos dizer que é no presente que ela se organiza como disciplina autónoma.

A era post-industrial, que alguns, no intuito de a enquadrar numa periodização da História da Humanidade, chamam, à semelhança de épocas anteriores, «Revolução Post-Industrial», «Revolução Qualitativa da Vida» ou «Revolução Ecológica», repercutiu-se amplamente no Saneamento do Ambiente..

Em primeiro lugar, no seu âmbito de intervenção. Ao Saneamento Básico, ligado às doenças de origem biológica, às epidemias e às infecções transmissíveis, junta-se o Saneamento Específico, preocupado com os incómodos e doenças provocadas por agentes físicos, como radiações ionizantes e não ionizantes, e por produtos químicos, cuja toxicidade aumenta com a concentração no ambiente e cujo número de marcas comerciais põe em risco vastos estratos da população mundial.

Depois, na finalidade a atingir, a qual, alargando-se, passou a exigir não só a Saúde Pública mas a «Qualidade de Vida Pública», que engloba, mas ultrapassa a anterior em termos de conforto, bem-estar e protecção contra as agressões provenientes dos factores do ambiente.

Em terceiro lugar, nos cuidados a ter com o equilíbrio dos ecossistemas, naturais ou artificialmente criados, que abrem toda uma gama de perspectivas no domínio do impacto ambiental.

Finalmente, as preocupações de ordem social e o «alargamento» do Mundo, provocado pelos novos meios de comunicação, deram lugar a uma perspectiva globalista dos problemas do Saneamento.

Para satisfazer os desideratos implícitos nas quatro grandes preocupações dos nossos dias acabadas de referir, importa catalogar algumas metas que deles resultam, como a gestão e protecção dos recursos naturais, a expansão do controlo da poluição, o aumento de exigência nos projectos, a aceleração da construção de sistemas de águas e esgotos de modo a poder servir convenientemente toda a população, a metódica remoção dos resíduos sólidos e seu conveniente destino final, para citar as principais.

Importa ainda referir que, à contaminação biológica, que constituiu a grande preocupação dos cientistas nos finais do século XIX, se veio juntar, com a urbanização e industrialização do post-guerra, a poluição por produtos químicos e agentes físicos, que constituem hoje a «grande ameaça».

De tal facto decorre a complexidade de problemas com que se debate actualmente o Saneamento do Ambiente, no Mundo e em Portugal, já que, estas duas variáveis entram quase sempre conjuntamente, nas situações a que tem que atender.

Se, para os países desenvolvidos, os recursos de toda a ordem facilitam o controlo sanitário do Ambiente, este é particularmente difícil nos países em desenvolvimento, não só pelas elevadas verbas de que carece, como também pela pesada carga burocrática e estrutural que neles se verifica.

Portugal confronta-se com esta dura realidade e, se, os progressos realizados se podem considerar satisfatórios, particularmente na última década, como se poderá verificar seguidamente, situa-se ainda, em média, abaixo da escala de valores apresentados pelos restantes países da Europa.

A Grécia, por exemplo, que pode pelas suas características servir de termo de comparação, tem hoje uma posição superior à nossa. Convém porém analisar os dados para se ter uma visão precisa do que foi dito.

4.2.3 Análise comparativa de dados relativos à situação portuguesa.

Análise comparativa de dados relativos à situação portuguesa

Começaremos por apresentar alguns dados que assumem relevância para a Engenharia Sa-

nitária, referentes à situação de Portugal no conjunto dos países que constituem a Região Europeia da OMS, nomeadamente os que dizem respeito a:

- Mortalidade Infantil (Quadro I)
- Mortalidade entre os 1-4 anos (Quadro I)
- Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (Quadro II)

QUADRO I

Mortalidade Infantil e Mortalidade entre os 1-4 anos

Países	Mortalidade Infantil	Mortalidade 1-4 anos
Argélia	87.9D	
Austria	14.7A	0.7B
Bélgica	12.2	0.5
Bulgária	20.2	1.1
Checoslováquia ..	18.4	0.6A
R. D. A.	12.9A	0.6D
Dinamarca	8.4	0.4
R. F. A.	12.6	0.5A
Finlândia	7.7B	0.4B
França	10.0	0.6A
Grécia	17.9	0.6
Hungria	23.0	0.6B
Islândia	7.7	0.6B
Irlanda	11.2	0.7A
Itália	14.3	0.6E
Luxemburgo	10.6B	0.8B
Malta	15.7A	0.7C
Mónaco	0.0	0.0
Holanda	8.7A	0.6A
Noruega	8.1	0.4
Polónia	21.1A	0.8B
Portugal	26.0A	1.3A
Roménia	31.6A	1.8A
San Marino	3.5B	
Espanha	14.4A	0.7A
U. R. S. S.	27.7B	
Suécia	7.5A	0.4A
Suíça	9.1	0.5
Turquia	134.0C	
Reino Unido		
Ing./Gales ...	12.0	0.5
Irlanda N.	14.8A	0.5A
Escócia	12.8A	0.6B
Yugoslávia	32.2A	1.3B

Ano = 1980 A = 1979; B = 1978; C = 1977; D = 1976; E = Antes de 1976.

Mortalidade Infantil (por 1000 nado-vivos)

Mortalidade entre 1-4 anos (por 1000)

Os dados a que se referem os Quadros I e II, foram retirados da publicação «Digest of Health Statistics in the European Region of WHO — 1980», editada pelo Bureau Regional para a Europa, em 1982.

QUADRO II

Mortalidade Geral por Doenças Infecciosas e Parasitárias

Países	Mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias	
	n.º de casos	%
Argélia	—	—
Austria	619	0.7
Bélgica	778	0.7
Bulgária	643	0.7
Checoslováquia ..	930A	0.5A
R. D. A.	1453D	0.6D
Dinamarca	211	0.4
R. F. A.	4669A	0.7A
Finlândia	458B	1.0B
França	6700A	1.3A
Grécia	832	1.0
Hungria	1523	1.0
Islândia	11	0.7
Irlanda	306	0.9
Itália	4729D	0.9D
Luxemburgo	24B	0.6B
Malta	21C	0.7C
Mónaco	1	0.2
Holanda	573A	0.5A
Noruega	300	0.7
Polónia	6113B	1.9B
Portugal	1578A	1.7A
Roménia	2401	1.0
San Marino	—	—
Espanha	5264A	1.8A
U. R. S. S.	—	—
Suécia	568A	0.6A
Suíça	440	0.7
Turquia	6485B	5.3B
Reino Unido ...		
Ing./Gales ...	2231	0.4
Irlanda N. ...	62A	0.4A
Escócia	329B	0.5B
Yugoslávia	4014B	2.1B

Ano = 1980 A = 1979; B = 1978; C = 1977; D = 1976; E = Antes de 1976.

Os valores apresentados por Portugal situam-se respectivamente, entre os 33 países que forneceram dados (a Albânia e Marrocos

não forneceram quaisquer dados), nas seguintes posições:

- Mortalidade Infantil — 27.º lugar
- Mortalidade entre 1-4 anos — 26.º lugar

Se compararmos estes valores com os apresentados pela Grécia e por Espanha, países semelhantes ao nosso e que ainda há duas décadas apresentavam valores muito próximos dos nossos, na mesma altura, veremos que, para a Grécia, os números apresentados se situam nas seguintes posições:

- Mortalidade Infantil — 22.º lugar
- Mortalidade entre os 1-4 anos — 10.º lugar

Quanto à Espanha, temos:

- Mortalidade Infantil — 17.º lugar
- Mortalidade entre os 1-4 anos — 19.º lugar

Vejamos agora o que se passa em relação à Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias. Os valores apresentados por Portugal, Grécia e Espanha são, respectivamente os seguintes:

- Portugal — 15.96
- Grécia — 8.62
- Espanha — 13.92

B) No plano interno

Não sendo brilhante, em qualquer dos casos anteriormente apresentados, a nossa posição, poderemos no entanto ficar mais animados se passarmos a analisar a evolução destes mesmos valores, no contexto nacional, na década de 70.

Relativamente à Mortalidade Infantil, os valores são os seguintes:

QUADRO III

Portugal — Mortalidade Infantil (por 1000 nado-vivos)

1971	1975	1979
49.8	38.9	26.0

De 1971 a 1979, num espaço de 8 anos, reduzimos quase para metade (47,8%) a taxa de Mortalidade Infantil.

Para a Mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias, os valores para o mesmo podem ser observados no Quadro IV

QUADRO IV

Portugal — Mortalidade Geral por Doenças Infecciosas e Parasitárias (por 100.000 habitantes)

1971	1975	1979
59.1	22.1	16

Foi reduzida em 73% esta causa de morte, nos mesmos 8 anos.

Não podem deixar de ser motivo de gozo, os resultados que, em tão curto espaço de tempo, alcançámos. Este facto não deverá porém conduzir ao «cruzar de braços» satisfeito, mas pelo contrário, apontar para redobrados esforços, no sentido da implementação e dinamização dos serviços na generalidade e, em particular, do Serviço de Engenharia Sanitária, os quais tiveram uma acção meritória em alguns aspectos decisivos da melhoria registada.

Se, nesta última década, houve possibilidades de alcançar tais metas, o facto deve-se também a circunstâncias particulares que concorreram para uma maior consciencialização, quer por parte das entidades oficiais, quer por parte da população, da importância que tem, na luta contra as doenças transmissíveis por via hídrica, o Saneamento.

Todos nos lembramos ainda hoje das epidemias de cólera registadas no nosso país, nos anos de 1971, 1974, 1975.

O dinamismo e a competência do então Director-Geral de Saúde, Dr. Arnaldo Sampaio, já jubilado, e a estrutura dos serviços que o D. L. 413/71 institucionalizou, permitiram que aqueles surtos não revestissem proporções catastróficas.

Simultaneamente, no campo do Ensino, fizeram-se progressos assinaláveis: o Instituto Superior Técnico, no Curso de Engenharia Civil, criou duas cadeiras de Saneamento; a Universidade Nova de Lisboa organizou, setenta anos após os primeiros cursos do género professados no velho Instituto de Higiene, o Curso de pós-graduação em Engenharia Sanitária, que já especializou mais de 100 profissionais; a Es-

cola Nacional de Saúde Pública, graças ao impulso dos seus quadros dirigentes, docentes e de apoio, catalizados pelo grande administrador que é o Prof. Coriolano Ferreira, progrediu de forma notável e situou-se ao nível dos melhores centros mundiais congéneres.

Tal a situação que hoje se nos depara.

Perspectiva de Evolução

A breve análise que foi feita no capítulo anterior fez ressaltar os aspectos positivos da intervenção do Saneamento no campo da Saúde, durante a última década, no qual deu valioso contributo no domínio da desinfectação e controlo das águas de consumo, na melhoria da higiene e conforto da habitação, na evacuação das águas residuais e resíduos sólidos, no controlo da poluição da água, do solo, e do ar.

Importante também, neste contexto, foi a formação em Saneamento Ambiental de diferentes técnicos da Saúde, pessoal técnico e semi-especializado das autarquias, dando a todos uma filosofia de intervenção e uma linguagem técnica comuns.

A rápida melhoria dos valores apresentados por Portugal irá certamente continuar; mas não nos esqueçamos, contudo, que a linha ascensional será, para unidades de crescimento idênticas, atingida num espaço de tempo cada vez maior, e também que os valores dos países desenvolvidos tendem mais rapidamente a aproximar-se do máximo atingível.

As dificuldades resultantes desta realidade serão, tal como as exigências para as suplantar, redobradas.

A dispersão, sem fronteiras bem definidas e sem planos concertados, entre as várias entidades que têm a seu cargo tarefas relativas ao Saneamento do Ambiente, dispersão que tenderá naturalmente a ampliar-se, é um factor negativo neste contexto. Convirá pois delimitar competências e exigir planos concertados que conduzam a acções coordenadas e complementares, única via para a maximização dos recursos e obtenção de resultados eficazes.

Desejável seria que os órgãos competentes da Saúde exercessem a coordenação efectiva e a vigilância do estado sanitário do país, através das estruturas já existentes. Esta coordenação só será possível mediante o estabelecimento de plataformas de entendimento entre, e com, os diferentes Ministérios (Ambiente, Obras Públicas etc.) e Municípios.

A evolução da Engenharia Sanitária, e consequente influência do Saneamento nas estatísticas da Saúde, depende pois, indubitavelmente, da importância que os responsáveis da Saúde lhe atribuírem, podendo, no caso de se registar um grande desvio em relação às linhas orientadoras definidas no D. L. 413/71, ser travado o dinamismo do percurso realizado, com consequências para a Saúde Pública.

O Saneamento do Ambiente, no nosso país, atravessa um momento crucial. É necessário dar um salto qualitativo, para o qual não sei dizer-vos se temos todas as capacidades (e vontade). Ainda que não as tenhamos, cada trabalhador de Saúde deverá multiplicar por dez os seus esforços para bem de todos: técnicos, que assim terão maior satisfação profissional; população em geral que poderá ter aquilo que em Saúde deve ser o objectivo pri-

mordial: o pleno desenvolvimento das capacidades físicas e intelectuais do Homem.

Os problemas inerentes tendem a atingir uma complexidade e interdisciplinaridade que tornam muito difícil a elaboração de planos e programas, e, ainda mais difícil a sua implementação e coordenação.

Julgo que abordei, com a brevidade imposta pelo momento, os factos mais relevantes na área do Saneamento do Ambiente, e que, através deles, se pôde avaliar o contributo que o Prof. Gonçalves Ferreira deu ao desenvolvimento da Saúde em Portugal.

Não posso deixar de formular um voto urgente: não esqueçamos a sua acção, saibamos ser dignos continuadores, procuremos pôr em prática as suas lições, seguindo o caminho de honestidade e coerência que sempre nos mostrou.

SAÚDE OCUPACIONAL

F. Leal da Costa

Antes de iniciarmos esta breve exposição, não queremos deixar de agradecer à ilustre Comissão promotora deste encontro a oportunidade que nos foi dada de podermos vir render a nossa homenagem ao Exmo. Senhor Prof. Doutor Gonçalves Ferreira, querido Amigo e Mestre, a quem, desde há longo tempo e, em especial, nos últimos anos, nos ligaram laços de grande respeito e admiração, tecidos por sentimentos da maior afectividade.

Já tivemos ocasião de, publicamente, referir que a figura do homenageado é ímpar e modelar na História da Saúde Pública Portuguesa, por nela se terem reunido, tão frutuosa e bem conhecidas qualidades de estudioso incansável, de investigador rigoroso e aprofundado, de pensador muito lúcido e realista e de realizador metódico, persistente e determinado, que o fizeram verdadeiro político da saúde, na justa grandeza desta qualificação. Todos estes atributos foram devotada e generosamente postos ao serviço e utilidade da saúde dos portugueses, sempre com a mais plena isenção e inegável modéstia pessoal. Neste momento, pensamos ser oportuno repetir esta afirmação.

Fazer uma apreciação do desenvolvimento da saúde ocupacional, entre nós, nas últimas décadas, não é tarefa fácil. No nosso país a designação de «saúde ocupacional» é relativamente recente e parece não haver ainda um entendimento completo e inequívoco quanto ao seu significado, tanto ao nível das estruturas oficiais, nomeadamente entre os mais altos escalões dos vários ministérios, como, também, entre as variadas forças políticas e eco-

nómico-sociais, com que vivemos. Mas a dificuldade não predomina por este facto semântico, dado o espírito do conceito não ser novo. O que consideramos difícil é fazer o ajustamento da multidisciplinaridade contida no estudo e tratamento da saúde ocupacional, pela multiplicidade de agentes, de critérios, métodos e técnicas de abordagem e, sobretudo, de prováveis (ou verificadas) sobreposições de competências, com a inerente possibilidade de conflitos. Com efeito a saúde ocupacional, como expressão da Saúde Pública ou Saúde Comunitária, implica uma exterpolação das responsabilidades médicas e dos próprios Serviços de Saúde, exigindo a participação de todos os recursos necessários, ou simplesmente convenientes à saúde dos trabalhadores, desde a promoção desta até aos níveis terciários de prevenção dos riscos profissionais.

Julgamos, todavia, ser aceitável orientar esta exposição por duas coordenadas, correspondentes às duas grandes áreas complementares da saúde ocupacional:

— *Higiene do Trabalho*, onde predominam as acções de apreciação e controlo dos ambientes e das condições de trabalho, e que se traduz mais significativamente na prevenção dos acidentes e das doenças profissionais.

— *Medicina do Trabalho*, centrada directamente na saúde do trabalhador, procurando prioritariamente salvaguardar esta das influências nocivas de trabalho.

Nestes termos, vamos referir separadamente os mais importantes dispositivos de cada uma daquelas áreas, sem embargo de reconhecermos algum artificialismo nesta distinção, que apenas se justifica pelas diferenças da natureza técnica das respectivas intervenções, pois, na concorrência ao objectivo, têm, ou deveriam ter, uma metodologia muito semelhante, por imposição do vínculo comum epidemiológico.

Igualmente, para simplicidade de comunicação, não vamos ter a preocupação de rigorosamente subdividirmos esta matéria em capítulos isolados, referentes à organização e funcionamento das estruturas e ao ensino e formação dos agentes da saúde ocupacional.

Relativamente ao tempo, uma vez que falamos de desenvolvimento nas últimas décadas, parece-nos correcto partir do início da década de 60. Na verdade, foi desde então que mais se abriram os espíritos para o reconhecimento da necessidade de conservação da saúde dos trabalhadores e evitamento dos riscos advindos do trabalho. Anteriormente, as acções dos responsáveis tinham sido predominantemente dirigidas para a reparação das enfermidades dali resultantes.

A nossa atitude de marcarmos este início histórico, contudo, não deve significar, de modo algum, subestima pelo respeito devido a quantos contribuíram, até de longa data, para o aparecimento de abundante legislação verificado naquela década e consequente implantação, ou aperfeiçoamento de instituições votadas directa ou indirectamente à defesa do direito à saúde no trabalho.

HIGIENE DO TRABALHO

Prevenção dos Acidente de Trabalho e Doenças Profissionais

Em 30 de Novembro de 1962, a Portaria n.º 19533 criou o Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho, no âmbito da Junta de Acção Social do, então, Ministério das Corporações e Previdência Social. Este Gabinete surgiu pela necessidade de incentivar e aumentar os resultados muito animadores da Campanha Nacional de Prevenção de Acidente de Trabalho e Doenças Profissionais instituída pela Portaria n.º 17117 de 11 de Abril de 1959 e que se manteve pelos anos de 1960 e 1961, com a mobilização dos mais diversos meios de informação e de formação.

O Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho persistiu até 1974, sempre vocacionado para o estudo de quaisquer problemas de prevenção no trabalho, devendo registar-se o seu grande empreendimento de divulgador da higiene neste domínio, com acções pedagógicas importantes. Merecem referência os três congressos nacionais, realizado em 1965 (Lisboa), 1968 (Lisboa) e 1973 (Porto) e cujos programas e relatórios denotam bem uma franca evolução das ideias no sentido da saúde ocupacional.

Em Dezembro de 1974, o referido Gabinete passou a Direcção de Serviços de Riscos Profissionais (Decreto-Lei n.º 760/74) já, então, inserida no Ministério do Trabalho (Direcção-Geral do Trabalho). Mas, posteriormente, pelo Decreto-Lei n.º 47/78 de 21 de Março, esta Direcção de Serviços deu lugar à criação da actual Direcção-Geral de Higiene e Segurança do Trabalho, no mesmo Ministério.

A Direcção-Geral de Higiene e Segurança do Trabalho foi concebida e estruturada com largueza de finalidades, bastando citar a sua departamentação: Núcleo de Informação e Documentação, Direcção de Serviços Técnicos com duas Divisões (de Estudos e Investigação Aplicada e de Prevenção Técnica), Direcção de Serviços de Formação e Divulgação, correspondendo também a duas Divisões, além de Serviços Regionais. Esta Direcção-Geral tem sido responsável por uma publicação mensal — «Prevenção no Trabalho» — distribuída gratuitamente às empresas, a qual como instrumento informativo e, mesmo, formativo, merece aplauso. Também, a sua Divisão de Formação tem tido acção relevante na promoção e efectivação de variados cursos, nomeadamente o de Socorrismo e o de aperfeiçoamento destinado a Encarregados de Segurança. Todavia, se houve largueza de visão, ainda é cedo para se fazer um balanço das actividades desta jovem Direcção-Geral, relativamente à plenitude das suas atribuições legais. A dar fé a um relatório elaborado pelos alunos da Cadeira que regemos, ela sofre de carências técnicas, em pessoal e equipamento, para não falar de meios financeiros.

Como vimos, a Direcção-Geral de Higiene e Segurança do Trabalho, tal como o Gabinete seu antecedente, foi vocacionada indistintamente para a prevenção de acidentes de trabalho e de doenças profissionais.

Mais especificamente, quanto à prevenção de acidentes de trabalho, devemos citar o papel

desempenhado pelas companhias seguradoras em matéria de divulgação e formação. Na década de 60, o então Grémio dos Seguradores iniciou as actividades do Centro de Prevenção e Segurança, o qual, até às «nacionalizações», em Março de 1975, exerceu notável acção educativa junto dos trabalhadores das empresas, sendo de destacar a difusão do boletim «Prevenção» e, a partir de 1964, a revista trimestral «Segurança», de muito bom nível. O Centro de Prevenção e Segurança cedo deu início a cursos de Monitores de Segurança, por correspondência, e mais tarde, de 1972 a 1974, passou a ministrar o ensino na sua Escola de Prevenção e Segurança (com alvará do Ministério da Educação), em cursos de dois anos lectivos, em regime pós-laboral.

Em Dezembro de 1976, é criado o Instituto Nacional de Seguros na dependência do Ministério das Finanças, e neste Instituto é também criado um Gabinete de Formação, para continuar com os cursos de segurança, além de um Serviço de Análise de Riscos e Prevenção.

Neste ano de 1982, o referido Instituto foi reestruturado e, sob a designação de Instituto de Seguros de Portugal, passou a ter apenas acções de coordenação e fiscalização das actividades seguradoras. Surgiu, então, quase paralelamente, a Associação Portuguesa de Seguros, que absorveu aquele Serviço de Análises de Riscos e Prevenção e o chamado Centro de Formação de Seguros (CEFOS), que não é mais do que a evolução do citado Gabinete de Formação, operada em 1981. No CEFOS funciona, como unidade pedagógica, o Curso de Prevenção e Segurança, com o fim de preparar técnicas de Segurança para as empresas.

Devemos, porém, advertir que a apreciação, que acabamos de fazer, poderia ter os seus opositores, visto que a desconfiança de alguns críticos, mesmo depois do estatuto de empresas nacionalizadas não conseguiu vencer a confusão entre os interesses comerciais das companhias seguradoras e a inteligente actuação destas junto das classes laborais. Contudo, independentemente da motivação, o facto educativo permanece verdadeiro.

Também, se quisermos maior rigor histórico, podemos dizer que as companhias seguradoras iniciaram, de facto, as suas actividades educativas antes da década de 60, por volta de 1957, dado que o Centro de Prevenção e Segurança foi antecedido pelo Centro de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Esta alteração de nome correspon-

deu a uma clareza de objectivo, provocada, segundo pensamos, pelo aparecimento da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, esta, sim, vocacionada especificamente para as doenças do trabalho.

Com efeito, o Decreto-Lei n.º 44 307 de 27 de Abril de 1962 instituiu a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, em complemento da «lei da silicose», que adiante referiremos. A competência deste organismo, que, depois de 1974, se tem mantido afecto à Secretaria de Estado da Segurança Social, abarca o diagnóstico e reparação das doenças profissionais, e recuperação dos trabalhadores que delas sejam vítimas, assim como a sua reabilitação, mediante esforços para a colocação em ocupações compatíveis com o seu estado de saúde e a sua capacidade de trabalho. Digno de nota é o encargo legal de «colaborar com entidades estatais competentes, pelos meios ao seu alcance, na prevenção de tais enfermidades».

A Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais entrou em funcionamento em Abril de 1963 (Despacho de 28 de Março de 1963 — Ministério das Corporações e Previdência Social), limitada inicialmente à cobertura da silicose. Ao longo dos anos, tem vindo a alargar o seu âmbito a outras doenças, ao mesmo tempo que as seguradoras deixavam de poder cobrir as doenças profissionais relativamente às actividades que iam sendo abrangidas pela Caixa, até que, por força do Decreto-Lei n.º 227/81 de 18 de Julho, lhe foi transferida definitivamente toda a cobertura em matéria de doenças profissionais.

Como seria de esperar, a partir da natureza específica da referida Caixa, a sua participação tem termos preventivos tem sido menos evidente, salvo no que respeita à definição e critérios de notificação das doenças profissionais.

A Lei n.º 2127 de 3 de Agosto de 1965, que só foi regulamentada 6 anos depois, pelo Decreto n.º 360/71 de 21 de Agosto, promulgou novas bases do regime jurídico dos acidentes de trabalho e doenças profissionais. Esta Lei estabeleceu que as doenças profissionais constariam, taxativamente, de lista organizada sob parecer de uma comissão, a nomear para este fim. Mas só 2 anos depois é que surgiu o Decreto n.º 434/73 de 25 de Agosto, onde se apresentou a «lista das doenças profissionais» e se criou uma comissão permanente de revisão, tendo por atribuição o seu constante exame e actualização. Mais tarde,

o Decreto Regulamentar n.º 12/80 de 8 de Maio veio proceder à revisão da lista, alargando-a, com diversas inovações, assim como remodelou e actualizou aquela Comissão Permanente. Muito recentemente, o Despacho Normativo n.º 253/82 de 22 de Novembro deu nova redacção a alguns códigos da Lista de Doenças Profissionais, com vista a compatibilizá-la com a lista anexa à Convenção n.º 121 da Organização Internacional do Trabalho, com as alterações que lhe foram introduzidas, em Junho de 1980, e que se prevê sejam incluídas no Código Europeu de Segurança Social (revisito).

Numa apreciação relativa ao desenvolvimento da saúde ocupacional no nosso país, como estamos a pretender, é obrigatório exaltar calorosamente a evolução verificada no conteúdo da Lista de Doenças Profissionais, que reflecte de forma límpida uma real preocupação de defesa da saúde dos trabalhadores.

Muito notável foi, também, o Decreto-Lei n.º 2/82 de 5 de Janeiro, que determina a obrigatoriedade de participação, à Caixa Nacional, de *todas* as doenças profissionais e em relação a *todos* os médicos, o que, segundo o próprio texto, «resulta do facto de se entender que uma medida de tão vasta importância não pode excluir a colaboração de todos aqueles que dedicam aos problemas da saúde a razão de ser da sua actividade profissional». Dispensamo-nos de enaltecer este diploma.

Um Despacho Conjunto das Secretarias de Estado do Trabalho e da Segurança Social, de 9 de Fevereiro de 1982, aprovou o modelo de impresso destinado à participação obrigatória de doenças profissionais. Este impresso está disponível, gratuitamente, a todos os médicos que o solicitem à Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais.

No contexto da higiene do trabalho, é imprescindível a alusão ao Regulamento Geral de Segurança e Higiene do Trabalho nos Estabelecimentos Industriais, aprovado pela Portaria n.º 53/71 de 3 de Fevereiro e revisto pela Portaria n.º 702/80 de 22 de Setembro. Trata-se de um instrumento fundamental bem conhecido, que contém os deveres das entidades patronais e dos trabalhadores face à prevenção de riscos de saúde no trabalho, mas que, a nosso ver, continua a necessitar de melhor explicitação e maior rigor em muitos dos seus preceitos.

Para que esta sucinta exposição fique menos pobre, gostaríamos de referir outros orga-

nismos de grande interesse neste domínio. Assim, mencionamos a Direcção-Geral de Qualidade, sucessora da Direcção-Geral de Serviços Industriais, que, a par de intervir nos processos de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos industriais, em cooperação com a Direcção-Geral de Saúde, tem tido nos últimos anos papel decisivo em matéria normativa, a partir das suas comissões técnicas de normalização.

Relativamente a investigação e apoio técnico aos serviços oficiais e empresas, apontamos o Laboratório de Higiene Industrial do INSA, o Laboratório Nacional de Engenharia Civil e, embora em escala mais modesta, o Laboratório de Avaliação de Riscos. Este último, tendo sido criado em 1971, pertencendo a Junta de Acção Social do Ministério das Corporações (Gabinete de Higiene e Segurança do Trabalho), transitou, nesse mesmo ano, para a Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais.

Finalmente, voltando a Lei n.º 2127, que-remos recordar a Base XLVII, que estabeleceu:

«As entidades patronais devem constituir, conforme a sua capacidade económica e a gravidade ou frequência dos riscos das respectivas actividades, serviços e comissões de segurança, de que façam parte representantes do pessoal, com o objectivo de vigiar o cumprimento das normas de segurança e higiene no trabalho, investigar as causas dos acidentes e, em colaboração com os serviços técnicos e sociais das empresas, organizar a prevenção e assegurar a higiene nos locais de trabalho».

Esta Base deu, ulteriormente, motivo à formação, nas empresas, de Comissões de Higiene e Segurança, que passaram a constar do clausulado de Contratos Colectivos de Trabalho, facto que ainda hoje se verifica.

MEDICINA DO TRABALHO

Legislação Fundamental

Pode dizer-se que a medicina do trabalho, em Portugal, teve oficialmente início em 1962 com a legislação destinada à prevenção médica da silicose (Decreto-Lei n.º 44 308 de 27 de Abril de 1962, regulamentado pelo Decreto n.º 44 537 de 22 de Agosto de 1962). Esta legislação resultou da sombria panorâmica das pneumoconioses então verificada no nosso país.

A referida legislação, que ficou conhecida por «lei da silicose», teve, pois, o mérito de não só procurar satisfazer uma carência social, como veio abrir o caminho para uma medicina ocupacional mais alargada, determinando o início da criação de infra-estruturas, como a preparação profissional de médicos do trabalho.

Até 1962, a medicina do trabalho apenas era praticada em número muito reduzido de empresas, quer a título meramente particular, por vontade esclarecida de certos empresários, quer para cumprimento de alguns Contratos Colectivos de Trabalho, que já esboçavam a necessidade desta modalidade de Medicina Social.

Em 1967, a legislação portuguesa tornou extensiva a prática da medicina do trabalho a todas as empresas, tanto industriais como as comerciais, mediante o Decreto-Lei n.º 47 411 de 25 de Janeiro de 1967 e respectivo regulamento, Decreto n.º 47 412, da mesma data. Esta legislação, que, de certo modo, representou um alargamento dos diplomas de 1962, surgiu imbuída de um forte espírito humano. Todavia, muito embora se destinasse a cobrir a população de todas as empresas, apenas as industriais, com 200 ou mais trabalhadores, e as com risco silicótico ficaram obrigadas a criar e organizar serviços privativos de medicina do trabalho, dentro do prazo de 2 anos. Os restantes estabelecimentos industriais, comerciais e outros locais de trabalho ficaram a aguardar a obrigatoriedade desta legislação. Foi, no entanto previsto que as pequenas empresas de uma mesma localidade, ou de localidades próximas, organizariam em comum os respectivos serviços médicos do trabalho, mas só desde que, no conjunto, os trabalhadores atingissem o número de 500.

Assim, com os referidos diplomas de 1962 e de 1967, ficaram fixados os pontos fundamentais da organização e do exercício dos serviços de medicina do trabalho nas empresas. Desde que foram promulgados não sofreram, até agora, qualquer alteração ou actualização.

Ensino, Formação e Investigação

De acordo com o citado Decreto-Lei n.º 47 511, são *médicos do trabalho* apenas os licenciados em Medicina diplomados com o Curso de Medicina do Trabalho, criado pelo Decreto n.º 45 160, de 25 de Julho de 1963, e remodelado pelo Decreto n.º 45 992, de 23

de Outubro de 1964, ou efectuado na Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical, criada pelo Decreto-Lei n.º 47 102, de 16 de Julho de 1966.

Por força dos acontecimentos ulteriores, o referido Curso, a partir de 1972, passou a ser professado na Escola Nacional de Saúde Pública, segundo o estabelecido no Decreto-Lei n.º 441/72, de 8 de Novembro, acompanhando, portanto, toda a evolução orgânica e funcional desta Escola. Nestes termos, o Curso de Medicina do Trabalho tem vindo a ser sucessivamente aperfeiçoado pelo departamento que o rege, o qual, em 1977, passou a ter a designação de Cadeira de Saúde Ocupacional. Este departamento, além de funções de ensino e formação, tem exercido importantes actividades de acção externa e de investigação.

Por informações colhidas na Cadeira de Saúde Ocupacional, sabemos que já foram realizados 24 cursos, 19 tiveram lugar em Lisboa (do ano lectivo de 1963/64 ao de 1981/82, sem qualquer interrupção) e 5 no Porto, nos anos lectivos de 1975/76 a 1978/79 e de 1981/82. Deste total resultaram 477 diplomados.

No presente ano lectivo, decorre o 25.º Curso de Medicina do Trabalho.

O Decreto-Lei n.º 310/82 de 3 de Agosto, que estabelece as carreiras médicas, refere que «o médico de saúde pública pode aprofundar o seu perfil profissional orientando-o para o exercício de áreas específicas de intervenção» e aponta, entre outras, a área da saúde ocupacional. Esta diferenciação será obtida pela frequência e aproveitamento de «ciclos de estudos especiais», a regulamentar, constituindo estes cursos complementares uma das condições de acesso ao grau de chefe de serviço de saúde pública.

Subjacente a este Decreto-Lei, está nomeada uma comissão para o estudo dos projectos de planos dos referidos cursos complementares de saúde pública, por Despacho do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de Janeiro deste ano (D. R., II Série, 11/2/1982). Esta comissão a que temos a honra de pertencer, é presidida pelo director da Escola Nacional de Saúde Pública.

A actual tendência governamental parece, pois, admitir o fortalecimento das actividades de saúde ocupacional.

Ainda no âmbito do ensino e formação, desejamos referir, com alguma mágoa, o papel desempenhado pelas Faculdades de Medicina

na preparação dos seus alunos, relativamente ao conhecimento da saúde ocupacional. Até há pouco tempo nada estava superiormente estabelecido quanto a esta área de ensino, ficando o aproximação da matéria ao sabor dos programas das várias cadeiras, geralmente de modo fraco e pouco produtivo, como aliás se poderia generalizar a toda a formação conferida aos futuros médicos sobre a importância da Saúde Pública. Este facto, todavia, não é de surpreender, pois ele reflectiu o mal, de longa data reconhecido, do ensino das Faculdades ser quase exclusivamente dirigido no sentido da preparação de clínicos. Os esforços isolados de algumas Cadeiras, em particular as de Higiene e Medicina Social, nunca foram verdadeiramente bem sucedidos. Neste aspecto, podemos falar da nossa experiência pessoal, pois, a partir de 1967, o tema «Medicina do Trabalho» foi regularmente incluído no programa da Cadeira de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina de Lisboa, sem aparente recompensa. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, a Cadeira de Medicina Legal e Toxicologia Forense promoveu alguns cursos de sensibilização e iniciação à medicina do trabalho, mas cremos que o sucesso ficou atido apenas por alguns alunos mais vocacionados.

Presentemente, estamos mais esperançados devido à reestruturação curricular geral da licenciatura em Medicina, graças ao Decreto n.º 1'22/81 de 14 de Agosto. Este diploma inclui o ensino individualizado da Cadeira de Medicina Preventiva (Medicina Social e Comunitária) ou de Saúde Pública na parte terminal do ciclo clínico e indica que os programas devam abranger o tema Medicina do Trabalho.

A obrigatoriedade generalizada da notificação das doenças profissionais seguramente irá repercutir-se beneficemente na qualidade do ensino médico.

No que respeita ao ensino pós-graduado universitário, devemos aludir ao Curso de Mestrado em Saúde Ocupacional da Faculdade de Medicina de Coimbra, criado pela Portaria n.º 791/81, de 11 de Novembro e cujo acto inaugural decorreu em 14 de Janeiro deste ano. As consequências deste Curso estão, portanto, ainda por avaliar.

Relacionadamente com pós-graduação, convém referir que o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, em 1978, tomou a resolução de criar a especialidade de medicina do trabalho, o que efectivou em 13 de Janeiro

de 1979. Presentemente, o Colégio desta especialidade conta com cerca de 70 membros.

Nesta apresentação, não podemos deixar de homenagear o grande mérito pedagógico dos sucessivos Cursos de Férias sobre Medicina do Trabalho na Figueira da Foz, que, desde há longos anos, vêm a congregar entusiasticamente numerosos interessados na saúde ocupacional.

Desejamos, também, registar algumas iniciativas da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (secção da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa) fundada em 30 de Novembro de 1965. Esta Sociedade, afiliada na Comissão Permanente e Associação Internacional de Saúde Ocupacional, têm levado a cabo cursos de alto nível sobre higiene e medicina do trabalho e realizou, em Lisboa, dois Encontros Internacionais grandemente participados, em 1977 (9 a 15 de Outubro) e em 1980 (26 a 31 de Outubro). Em 1981, começou a ser publicada a Revista Portuguesa de Medicina do Trabalho, órgão oficial da Sociedade e onde podem ser lidos artigos nacionais que denunciam bons esforços no sentido da investigação.

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

A traços largos, passámos em revista os principais diplomas que, de algum modo, instituíram e orientaram a saúde ocupacional no nosso país, assim como referimos as mais significativas actividades com ela relacionadas.

Estamos crenentes que as notas que viemos a apresentar tenham dado uma ideia da evolução operada neste domínio da saúde pública, mas não gostaríamos de ficar apenas por um apontamento histórico dos acontecimentos. E, de facto, o convite que nos foi dirigido para participarmos neste encontro pedia-nos uma apreciação do desenvolvimento da saúde ocupacional, entre nós, nas últimas décadas e não, simplesmente, apontar a evolução ocorrida.

Embora com algum risco sematológico, afirma-se-nos que «desenvolvimento» implica necessariamente «evolução concertada», correspondendo a processos de propagação e prolongamento que, além de conterem aspectos quantitativos, desenrolados com afeição no tempo, devem, sobretudo, possuir conteúdo consequente, isto é, serem resultado de empreendimentos harmonizados e capazes de responder, com utilidade, às confrontações postas pelas carências e necessidades.

Nestes termos e pelo que dissemos relativamente ao que aconteceu a partir do início da década de 60, julgamos não ter deixado dúvida quanto a ter havido realmente algum progresso. Cumpriram-se as condições de expansão e prolongamento.

A questão que agora pode ser posta é a de reconhecermos se esse progresso foi abertamente satisfatório pelos resultados alcançados, desde uma correcta formulação dos objectivos até às soluções encontradas. A resposta que nos poderia caber, pois, seria a de referir se a evolução verificada em saúde ocupacional passou pela condição de equilíbrio, de concorrência harmónica, entre os empreendimentos realizados e se atingiu eficazmente o nível de utilidade desejável. Em suma, dizer se aquele desenvolvimento correspondeu a uma boa evolução qualitativa e quantitativa.

Sem contradizer o respeito e o louvor prestados a tantos esforços realizados especialmente nas últimas décadas, respondemos à questão com um parecer conclusivo que não é favorável ao que entendemos por «desenvolvimento».

Para tanto apoiamos o nosso parecer em quatro ordens de razões:

- Deficiente orientação e supervisão do exercício
- Carência de pessoal técnico
- Inadequada cobertura nacional
- Falta de uma política bem definida

A orientação, coordenação e fiscalização do que chamamos exercício da saúde ocupacional estão largamente dispersas, havendo competências sobrepostas e, por vezes, mal definidas. A dispersão dos Serviços tutelares, ou relacionados com os cuidados de saúde no trabalho, parece-nos excessiva e, agravada pela distribuição por vários ministérios, torna-se complexa e, não raras vezes, de operação duvidosa. Basta compulsar a legislação fundamental dos serviços médicos do trabalho para hoje se ter uma visão de exemplos de complexidade. A legislação produzida depois de 25 de Abril de 1974 também deu origem a exemplos de possíveis conflitos de competência, sendo bastante citar os campos de acção da Direcção-Geral de Saúde, da Direcção-Geral de Higiene e Segurança do Trabalho e da Direcção-Geral de Qualidade. Como exemplo de indefinição, apontamos a Inspeção do Trabalho, facto que, ainda neste ano, deu motivo às «Jornadas da Inspeção do Trabalho», que

tiveram lugar no Porto, de 27 a 29 de Janeiro. Não há, portanto, uma nítida concertação de actuações, o que é reflexo bem evidente de uma falta de política nacional. As comissões interministeriais, recurso sempre fácil dos Governos, obviamente que, na prática, nunca puderam superar tão profunda lacuna.

A carência de pessoal técnico necessário à prática de uma verdadeira saúde ocupacional é muito acentuada entre nós. Não há médicos do trabalho em número suficiente, não existe enfermagem do trabalho institucionalizada, os exemplos de higienistas ocupacionais são raridade preparada no estrangeiro, os incentivos à diferenciação de psicólogos para participarem em equipas de saúde ocupacional, nomeadamente ergonómicas, são praticamente nulos e os próprios Serviços tutelares clamam para serem mais dotados de pessoal técnico.

É sabido que a Escola Nacional de Saúde Pública e a Instituições que a antecederam nunca tiveram uma boa capacidade de resposta às confrontações suscitadas pelas necessidades do país em saúde ocupacional e, presumivelmente, assim continuará por mais tempo.

Relativamente à medicina do trabalho, a legislação em vigor atribui exclusivamente à Cadeira de Saúde Ocupacional daquela Escola a preparação dos diplomados e só estes, normalmente, é que ficam autorizados a exercer esta actividade nas empresas.

Mas a problemática de médicos do trabalho não é só quantitativa. Para além daquela contingência, acresce a interrogação, sobre os prováveis choques de interesses, em futuro próximo, entre os diplomados em medicina do trabalho, os titulares de mestrado em saúde ocupacional e os especialistas em medicina do trabalho. E, independentemente das qualificações, deve ser também considerado o problema do empenhamento eficaz e da dedicação realmente devotada dos profissionais legalmente habilitados à prática da medicina ocupacional. Este problema é assaz complexo e têm raízes na concorrência de variados antecedentes, desde o modo indiscriminado como a Ordem dos Médicos conferiu «idoneidades», ao abrigo do Decreto n.º 47 512 de 25 de Janeiro de 1967, até ao tristemente celebrado Despacho do Ministro dos Assuntos Sociais, de 29 de Agosto de 1975, que, demagogicamente, permitiu o risco dos serviços médicos do trabalho se converterem em postas de medicina geral, dando azo a abusos de empresários e trabalhadores, que nunca ficaram sana-

dos, apesar do Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 6 de Junho de 1977. Além de outras razões, este último problema também resultou de falhas na orientação e supervisão do exercício e da descoordenação e confusão, ainda reinantes, entre saúde ocupacional básica e assistência clínica do trabalhador.

A enfermagem do trabalho, como dissemos, ainda não está oficialmente institucionalizada. A legislação actual não obriga a sua existência e não há qualquer órgão para a sua preparação específica. Como resultado, apenas algumas empresas os serviços médicos dispõe de enfermagem, cujos profissionais têm de ser instruídos nos próprios serviços. A necessidade desta diferenciação técnica vem a ser cada vez mais sentida e tem sido uma preocupação dos responsáveis pela formação do Sector da Enfermagem. Segundo julgamos saber, ainda não se encontra bem definido o modo de se fazer esse ensino, podendo, assim, estar em aberto uma complementaridade de acção da Escola de Enfermagem de Saúde Pública, já que a Escola Nacional de Saúde Pública não o considera no seu âmbito.

A este propósito e talvez com algum abuso deste momento e neste lugar, permitimo-nos reivindicar a introdução do tema «enfermagem do trabalho» no programa do Curso Geral de Enfermagem, que tivemos a honra de elaborar e propor, em 1965, por convite da Direcção-Geral dos Hospitais.

A graduação superior de higienistas do trabalho e de técnicos de ergonomia ainda não se verificou no nosso país, mas estamos esperançados que venha a ser cumprida a previsível evolução (ou desenvolvimento) dos níveis de competência dos agentes de higiene e segurança e, até, dos psicólogos vocacionados para os problemas da execução do trabalho.

Neste contexto de carências de pessoal técnico, não podemos deixar de insistir na escassez de recursos humanos dos Serviços tutelares. Suficiente é referir a pobreza da Direcção de Serviços de Higiene e Medicina do Trabalho da Direcção-Geral de Saúde, que, com tão vastas responsabilidades como as estabelecidas pelo Decreto n.º 351/72 de 8 de Setembro, chegou, em 1980, a possuir apenas um técnico para a cobertura central do país. Mas aqui, como noutros serviços oficiais, a exiguidade dos vencimentos dos técnicos não é estranha a este fenómeno.

Outro aspecto a considerar relaciona-se com o aumento da prestação de serviços, como foi o

caso da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais que, em 1981, passou a cobrir toda a população activa e, todavia, não se verificou um correspondente aumento do seu quadro técnico. Para concretizar melhor este aspecto, recolhemos a informação de que o número de exames médicos solicitados a esta Caixa, em 1981, foi da ordem dos 3000, enquanto que no presente ano já ascendeu a cerca de 35 000.

No domínio da saúde ocupacional, as carências de pessoal dizem também respeito aos quadros empresariais. Em 1972, defendemos, em provas públicas, a tese de que *o conhecimento da medicina do trabalho deveria ser alargado no âmbito da Universidade*, com vista à demonstração da premissa de que os futuros profissionais dos quadros das empresas e do próprio Estado deveriam ter informação suficiente sobre a importância da saúde ocupacional, como condição fundamental da sua preparação para dirigentes. Esta tese continua plena de actualidade e julgamos que, desde então, alguma coisa se fez nas escolas superiores, mas não nos atrevemos a afirmá-lo como indicador de «desenvolvimento». Certas demagogias académicas, pressupostamente em favor dos trabalhadores, não chegam para revelar progresso em saúde ocupacional.

Durante cerca de 14 anos (de 1964/65 a 1978/79) prestámos docência na Escola Superior de Organização Científica do Trabalho, regendo a Cadeira de Fisiologia e Medicina do Trabalho do Curso de Gestão de Recursos Humanos (inicialmente designado por Psicologia do Trabalho). Esta longa experiência permitiu-nos ajuizar e reconfirmar a imperiosa necessidade de serem ministrados aos «quadros» dos sectores de gestão do pessoal das empresas conceitos e normas basilares relativas à saúde ocupacional e ao modo como devem ser utilizados os seus dispositivos de actuação. Quem, como nós, pratica há vastos anos a saúde ocupacional, sabe bem a carência que existe de técnicos devidamente especializados em recursos humanos. Assim, neste aspecto, também dificilmente se pode falar positivamente em desenvolvimento nas últimas décadas.

A cobertura do país em relação à saúde ocupacional está longe de ser atingida, pois somente cerca de um quarto da população activa com profissão está aparentemente protegida por serviços de medicina do trabalho. E estamos apenas a referir o aspecto quantitativo. A nosso ver, o facto deve-se grande-

mente ao não cumprimento da legislação fundamental dos serviços médicos do trabalho, muito em especial no concernente às pequenas empresas, com o agravamento de ser característica do país um elevadíssimo número de empresas com menos de 20, ou, mesmo, de 10 trabalhadores. Também, por motivos de dimensão populacional, apenas as grandes e muito poucas das médias empresas dispõem de médicos dos trabalho em tempo integral, sendo a regra o exercício em regime de tempo parcial, geralmente no mínimo consentido por lei. Este facto, não obstante ser bem compreensível, não propicia uma dedicação de qualidade. Desejaríamos acrescentar que a solução de recurso a grupos ou empresas de prestação de serviços de medicina do trabalho, se legal, nunca nos pareceu conveniente e é indiscutível o grave risco de poderem parecer uma mistificação dos empresários e disfarçado controlo de absentismo.

Os trabalhadores agrícolas, praticamente, não usufruem ainda de algo que possa ser denominado por saúde ocupacional. Igualmente gritante é a situação dos trabalhadores da função pública (os servidores do Estado) que, apesar da Revolução de 25 de Abril e da advinda impregnação socialista, continuam desprotegidos de saúde ocupacional. As empresas públicas (estatizadas) geralmente têm serviços de medicina do trabalho e outros dispositivos de saúde ocupacional, mas, na maioria dos casos, trata-se de herança e não de inovação.

Pelo que acabámos de apontar, é, pois, difícil aceitar ter havido significativo desenvolvimento em saúde ocupacional. Desejamos, contudo, mitigar esta sombria panorâmica, lembrando que, face aos diplomas referentes às doenças profissionais, os funcionários do Estado já podem ter uma cobertura reparadora e ponto de partida para exigências preventivas. Digno de nota é também o caso do recente Contrato Colectivo de Trabalho do Sector Bancário, que, no seu clausulado, consigna *medicina do trabalho, higiene, salubridade e segurança no trabalho e protecção contra acidentes e doenças profissionais* (Bol. Trab. Emp., 1.ª Série, n.º 26, 15/7/82); o regulamento anexo a este contrato tem o mérito de utilizar a expressão *doenças do trabalho*, além de «doenças profissionais», e de incluir um capítulo designado por *promoção da saúde*, muito embora bastante limitado na estruturação e na amplitude definidas; constitui, pois, um índice de progresso em saúde ocupacional, a servir

de exemplo e a ser melhorado noutros sectores da nossa economia, mesmo que não tão privilegiados como o dos bancários. Mas, este índice só pode consolar-nos moderadamente, já que é muito notória a crescente debilidade das médias e pequenas empresas privadas, para suportarem a implantação, ou melhoria, de estruturas de saúde laboral.

Toda esta dilatada soma de razões insere-se noutra ordem de determinantes, sem dúvida a mais importante, visto estar subjacente à maioria dos fenómenos apontados e que é a falta de uma política de saúde ocupacional bem definida. Esta questão é, por sua vez, um reflexo de outra ainda mais séria e mais delicada, que se traduz na constante imprecisão e falta de implementação de uma política de saúde nacional. Não devemos e não desejamos alargar o tema de que estamos incumbidos, mas não podemos isentarmo-nos de mencionar este ponto criticamente doloroso.

Temos, aqui, ocasião a propósito para exaltar a figura do homenageado, a quem ficámos a dever o histórico Decreto-Lei n.º 413/71 de 27 de Setembro, que reformou os serviços de saúde portugueses inspirado em exequíveis concepções e princípios doutrinários de inteira justiça social e onde ficaram estabelecidas as bases de um serviço nacional de saúde. Poderíamos hoje usufruir de uma política de saúde global, coerente e ajustada, não tivessem sido as controversas dificuldades de curso, antes e depois do 25 de Abril.

No domínio da saúde ocupacional e em consequência daquele diploma, é obrigação realçar o papel que deve caber aos centros de saúde, como unidades integradoras de cuidados comunitários, depondo-se especialmente, grandes esperanças na expectativa eficaz das valências de higiene do meio, higiente do trabalho e medicina do trabalho.

Definir uma política de saúde ocupacional é, pois, uma carência reconhecida por todos e é agradável dizer que já chegou às preocupações dos mais altos governantes, como demonstra a Resolução n.º 204/82 de 29 de Julho da Presidência do Conselho de Ministros, que cria o Conselho Nacional de Higiene e Segurança, baseada no princípio, ali expresso, de que a análise da situação portuguesa no domínio da segurança e da saúde dos trabalhadores evidenciou a necessidade da definição de uma política de âmbito nacional.

Com o devido respeito, não ficámos tranquilos com a leitura da citada Resolução.

É certo que este diploma tem de positivo a denúncia de um grave problema nacional e a intenção de tratá-lo, porém não deixam de ser pertinentes apreensões suscitadas pelo seu texto, desde o título do novo Conselho até à sua composição, passando por atribuições mal definidas, incompletas e, talvez, não susceptíveis de prevenir e reparar muitos dos males que apontámos nesta exposição.

Se este novo Conselho virá a ser um instrumento de desenvolvimento da saúde ocupacional é uma interrogação que agora não pode ser respondida. Aguardemos, pois, a sua regulamentação e respectiva efectivação.

De qualquer modo, é um desafio que está aberto a todos os responsáveis e agentes da saúde ocupacional.

CONTRIBUIÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE

Acção Laboratorial

Investigação

Formação

ACÇÃO LABORATORIAL

Adriana Figueiredo

Ao falar da acção laboratorial do INSA não se pode descurar o facto de que existe uma herança de quase 80 anos de história no desenvolvimento desta actividade.

Desde o início do funcionamento do antepassado Instituto Central de Higiene, em 1903, até à sua substituição, em 1945, pelo Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, a actividade laboratorial foi predominantemente orientada no campo da química sanitária (análises de águas e de alimentos), tendo-se realizado algum trabalho útil, em especial no apoio dado à fiscalização dos géneros alimentícios efectuada pela Inspeção-Geral dos Serviços Sanitários, actividade para a qual o chamado «Laboratório de Higiene» tinha sido praticamente destinado.

Com a criação, em 1913, da Inspeção-Geral dos Serviços de Fiscalização dos Géneros Alimentícios, deixou de competir aos serviços de saúde a exclusividade desta fiscalização oficial, o que permitiu ao «Laboratório de Higiene» alargar o seu campo de trabalho analítico, com montagem de novos métodos e nova orientação. Datam já do final da década de 30 os primeiros trabalhos sistematizados sobre constituintes de alimentos nacionais.

Apesar de em 1911 ter sido criada no Instituto Central de Higiene uma secção laboratorial para bacteriologia — «Serviços de

Vacina e Bacteriologia Sanitária» — à qual competia «praticar as análises de bacteriologia sanitária como sejam as das águas potáveis, dos géneros alimentícios e outras demandadas pela técnica sanitária», não lhe foram facultadas nem instalações, nem pessoal, nem capacidade económica que lhe permitisse realizar, de forma minimamente satisfatória, esta tarefa, pelo que se limitou a fazer, até meados da década de 40, exames bacteriológicos para apreciação da potabilidade das águas, serologia da Sífilis (Wasserman e Kahn), R. de Widal, Hemocultura de Kayser, exames directos para pesquisa de Bacilo de Koch, de gonococos e diagnóstico de tinha, em número muito reduzido.

A necessidade de melhorar uma situação sanitária nacional cujos índices eram, então, equiparáveis aos que outros países europeus tinham tido 50 anos antes, originou uma mudança na política de saúde governamental, com a conseqüente reorganização, em 1945, dos Serviços de Assistência Social, incluindo a remodelação do Instituto que passou a denominar-se Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e foi colocado na dependência da Direcção-Geral de Saúde, da qual representava uma descentralização de funções e um complemento laboratorial com os seus dois únicos laboratórios em funcionamento, «Laboratório de Higiene de Alimentos e Bromatolo-

gia» e «Laboratório de Bacteriologia Sanitária», ambos herdados do Instituto Central de Higiene.

Esta reforma, que visada, sobretudo, melhorar os índices sanitários incrementando a luta contra as doenças transmissíveis, concedeu ao Instituto melhores possibilidades económicas e criou um quadro de pessoal técnico que, embora restrito, permitiu iniciar o desenvolvimento da acção laboratorial dos dois laboratórios existentes.

Para satisfazer as necessidades resultantes do crescente aperfeiçoamento técnico e do alargamento do campo de trabalho, o pessoal foi sendo, ao longo dos anos, reforçado com elementos contratados além do quadro e os laboratórios foram invadindo salas e outras dependências do 1.º e 2.º andar do edifício, acabando por esgotar o espaço das varandas, para tal vedadas e envidraçadas, e dos corredores, ocupados com equipamento, até que, em 1967/68, se construiu, nas traseiras do edifício, um bloco de oito laboratórios onde se instalaram secções da bacteriologia, libertando as instalações do 2.º andar para o desenvolvimento do Laboratório de Virologia.

Acompanhando este constante crescimento, o pessoal técnico foi-se diferenciando, beneficiando de bolsas de estudo que permitiram especializações nos diferentes sectores de trabalho.

Durante este período de cerca de 25 anos, os laboratórios do Instituto desenvolveram uma enorme actividade, realizando trabalhos de grande importância para o País.

No Laboratório de Higiene dos Alimentos e Bromatologia montaram-se muitos novos métodos de análise, utilizando modernas técnicas que permitiram determinar a composição de grande número de vários produtos alimentares. É deste trabalho que resultou a elaboração da «Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses» cuja concepção e execução são da responsabilidade do Prof. Doutor Gonçalves Ferreira, que trabalhava no Instituto como «Médico Nutricionista» desde 1952, e da Dr.ª Maria Ernestina da Silva Graça Mendes, química distinta que ao Instituto dedicou toda a sua vida profissional iniciada ainda no tempo de Ricardo Jorge.

Obra de grande envergadura e importância, para ela muito contribuiu, também, o laboratório da Delegação do Porto que, criada pela reforma de 1945, só foi organizada em 1954,

tendo iniciado a sua actividade em Janeiro de 1955 sob a direcção do Prof. Dr. Gonçalves Ferreira.

Outros campos de acção foram sendo, também, desenvolvidos, destacando-se os estudos sobre águas residuais, o desenvolvimento de uma secção de Toxicologia de Alimentos e o início dos trabalhos sobre higiene industrial e poluição atmosférica que conduziram à criação do Laboratório de Higiene Industrial instalado em 1968 num andar arrendado fora das velhas instalações do Instituto.

Sob a criteriosa direcção do Professor Dr. Arnaldo Sampaio, nomeado em 1945 chefe dos Serviços de Bacteriologia Sanitária, o Laboratório de Bacteriologia Sanitária, partindo quase do nada, entrou rapidamente em fase de grande progresso, cumprindo um plano de prioridades previamente elaborado de harmonia com os principais problemas de Saúde Pública no campo das doenças transmissíveis bacterianas: Salmoneloses e Shigeloses, Sifilis e outras doenças venéreas, Estreptococcias, Brucelose, Febre escaro-nodular, etc. Secções especializadas foram-se criando e nos princípios da década de 50 o nível técnico-científico do trabalho realizado era comparável ao dos bons laboratórios europeus e havia capacidade de trabalho própria de Laboratório de Saúde Pública.

Prosseguindo regularmente o seu desenvolvimento, o campo de acção do laboratório estendeu-se à Virologia e em 1953 foi criado o Centro Nacional da Gripe inserido na rede mundial de Centros da Gripe da O.M.S. Três anos mais tarde organizou-se a Secção de Virologia que englobou o Centro da Gripe e iniciou trabalhos sobre Tracoma e Poliomielite, criando rapidamente grande prestígio.

Em meados da década de 60, com a melhoria das instalações já referida, foi possível individualizar novas secções especializadas, resultantes do desenvolvimento de actividades que já se vinham processando: Bacteriologia de Alimentos, Bacteriologia de Águas (que incluiu o serviço de bacteriologia da Junta Sanitária de Águas), Bacteriologia das Vias Respiratórias, Fagotipia (com o Centro Nacional de Referências de Fagotipia de Salmonelas, que fôra instalado em 1950 na secção de Salmonelas e Shigelas), Química Clínica-Hematologia e Toxoplasmose.

Muitos trabalhos foram realizados e publicados durante todo este período, trabalhos que contribuíram para um melhor conhecimento da situação sanitária portuguesa, per-

mitindo tirar conclusões de ordem epidemiológica e apoiar em bases científicas as necessárias medidas de controlo. Destacamos os importantes trabalhos sobre Gripe, Sífilis, Febre tifóide, Poliomielite, Rickettsioses, Bruceose, etc.

Em 1971, o bem conhecido Decreto-Lei 413/71, da responsabilidade do Prof. Gonçalves Ferreira, então Secretário de Estado da Saúde, dá nova dimensão ao Instituto criando o Instituto Nacional de Saúde em substituição do Instituto Superior de Higiene.

Até então, o Instituto era um órgão da Direcção-Geral de Saúde e a sua acção laboratorial, predominantemente subordinada ao conceito clássico de Saúde Pública — Higiene e Medicina Preventiva — desenvolvia-se nos campos da Nutrição, Higiene Ambiental e Doenças Transmissíveis.

Com o Decreto 413/71 o Instituto ficou directamente subordinado ao Ministro, com uma vasta gama de competências, com destaque para a investigação científica no sector da saúde, cuja coordenação, no âmbito do Ministério, lhe foi atribuída.

Aos seus serviços laboratoriais foram atribuídas funções de Laboratório Central de Referência, de orientação, coordenação e supervisão dos Laboratórios de Saúde Pública Distritais, de investigação científica nos diversos campos da saúde, etc., mantendo-se, no entanto, a função de Laboratório Distrital de Saúde Pública nos Distritos de Lisboa e Porto, o que, naturalmente, tem prejudicado, em alguns laboratórios, o pleno desenvolvimento das outras funções.

Tendo-se iniciado, em meados dos anos 60, uma política de preparação dos serviços para a futura transferência de instalações, quando esta se concretizou, em fins de 1973, já existiam em funcionamento, nas velhas instalações da sede do INSA, cinco laboratórios independentes, subdivididos em várias secções: Laboratório de Nutrição e Higiene dos Alimentos, incluindo Águas e Águas Residuais; Laboratório de Bacteriologia, incluindo Toxoplasmose; Laboratório de Virologia; Laboratório de Química Clínica e Hematologia; Laboratório de Higiene Industrial e Poluição do Ar.

Após transferência para o novo edifício do INSA novos laboratórios e novas secções se individualizaram, ou se criaram, estando actualmente em actividade onze serviços laboratoriais.

Laboratório de Nutrição e Higiene dos Alimentos
Laboratório de Bacteriologia com núcleos de Toxoplasmose e Micologia
Laboratório de Virologia
Laboratório de Química Clínica e Hematologia
Laboratório de Higiene Industrial e Poluição do Ar
Laboratório de Comprovação de Medicamentos
Laboratório de Química de Águas
Laboratório de Microbiologia de Alimentos
Laboratório de Imunologia
Laboratório de Microbiologia Experimental
Laboratório de Genética Humana

Estes laboratórios, alguns subdivididos em grandes áreas de trabalho, estão organizados em secções laboratoriais especializadas, conforme se mostra nos organigramas em anexo.

Na Delegação do Instituto no Porto, que, como já referimos, iniciou actividade em 1955, houve, também, uma rápida expansão dos serviços laboratoriais, realizando-se trabalho de grande interesse regional e nacional logo nos primeiros anos de acção.

Apesar das deficientíssimas instalações de que dispõe, a Delegação do Porto mantém em funcionamento, e com muito bom nível técnico-científico, os seguintes laboratórios:

Laboratório de Higiene dos Alimentos e Nutrição, incluindo águas e águas residuais.
Laboratório de Bacteriologia Sanitária, Sero-logia e Hematologia.
Laboratório de Bioquímica.
Laboratório de Bacteriologia da Tuberculose
Laboratório de Virologia
Laboratório de Parasitologia
Laboratório de Imunologia
Laboratório de Higiene Industrial e do Ambiente

Alguns destes Laboratórios, como os de Bacteriologia da Tuberculose e o de Parasitologia, estão muito mais desenvolvidos que os correspondentes núcleos existentes na Sede e têm realizado trabalhos de investigação notáveis.

Trabalhando num sistema de complementaridade, os serviços laboratoriais da Sede e da Delegação do Porto apoiam-se mutuamente, de acordo com as respectivas potencialidades.

Um sistema de complementaridade funciona também, em relação à rede de Laboratórios de Saúde Pública do País, o que permite estender os mais diferenciados serviços laboratoriais do INSA a todos os Distritos.

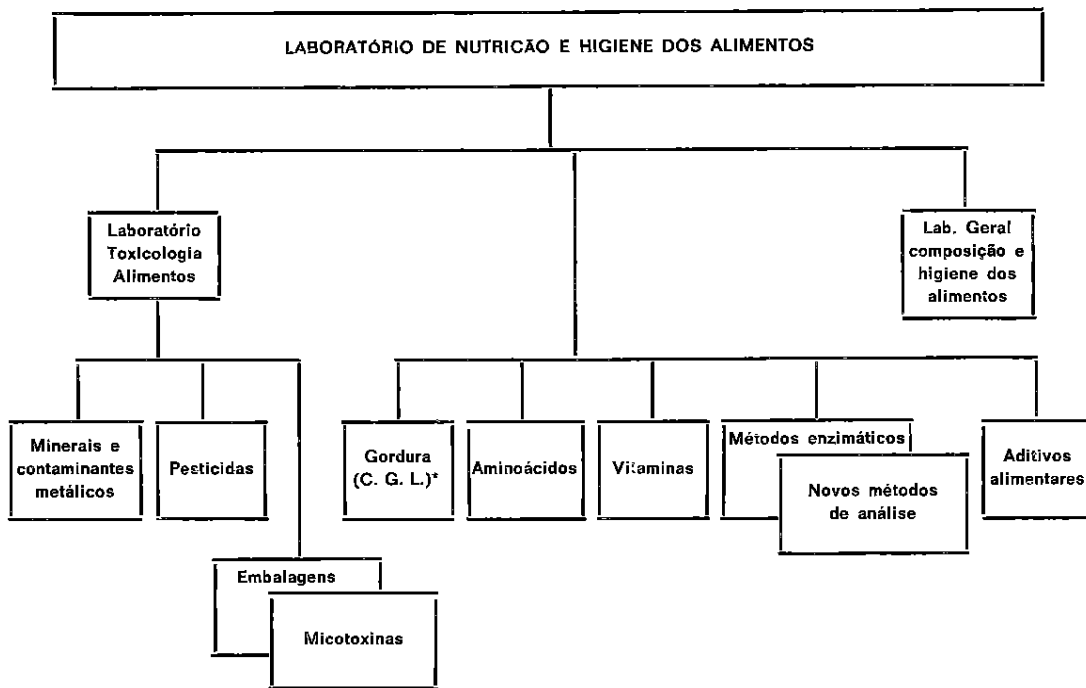
Uma das acções laboratoriais do INSA mais importantes, pela contribuição que presta ao estabelecimento de um bom nível técnico-científico da actividade analítica de laboratórios de todo o País, é a instituição do «Programa Nacional de Controlo de Qualidade».

Iniciado em 1981, para a Química Clínica, participam actualmente, e voluntariamente, no programa, 52 laboratórios distribuídos por todos distritos: 19 Laboratórios de Saúde Pública e 33 Laboratórios Hospitalares.

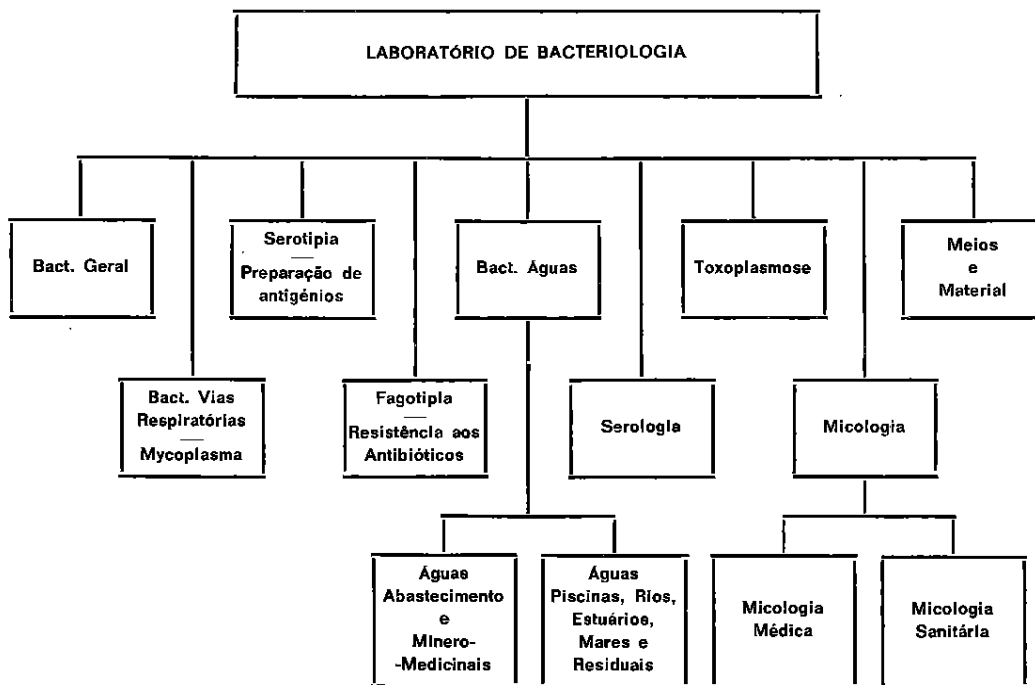
A curto prazo, o programa será alargado à Hematologia e, a médio prazo, à Bacteriologia e Serologia.

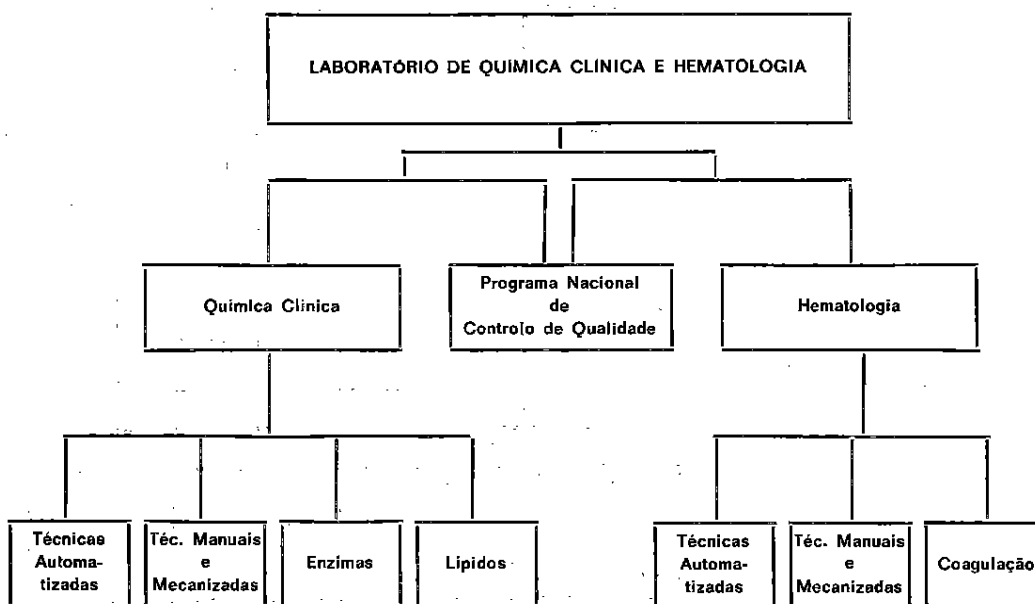
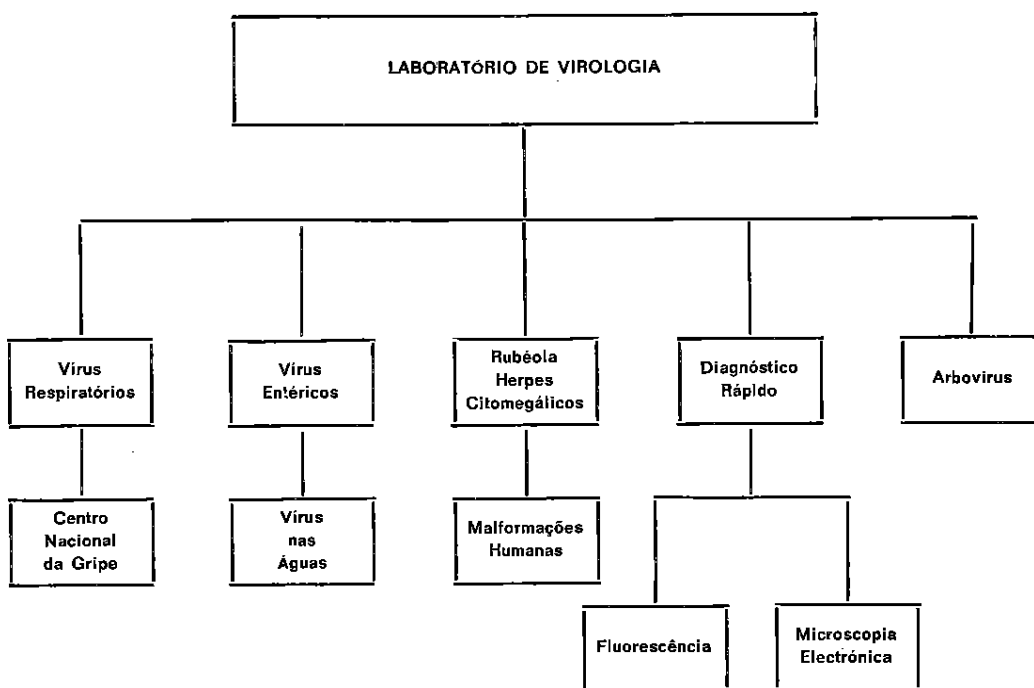
Para dar satisfação às múltiplas atribuições que legalmente lhe foram conferidas — Laboratórios de Referência, Investigação aplicada em Saúde Pública, Prestação de serviços à comunidade e Ensino — os laboratórios do INSA, em constante actualização técnico-científica, têm procurado acompanhar e dar suporte à evolução do conceito de Saúde Pública, mantendo-se em condições de poder facultar aos Serviços de Saúde o apoio necessário.

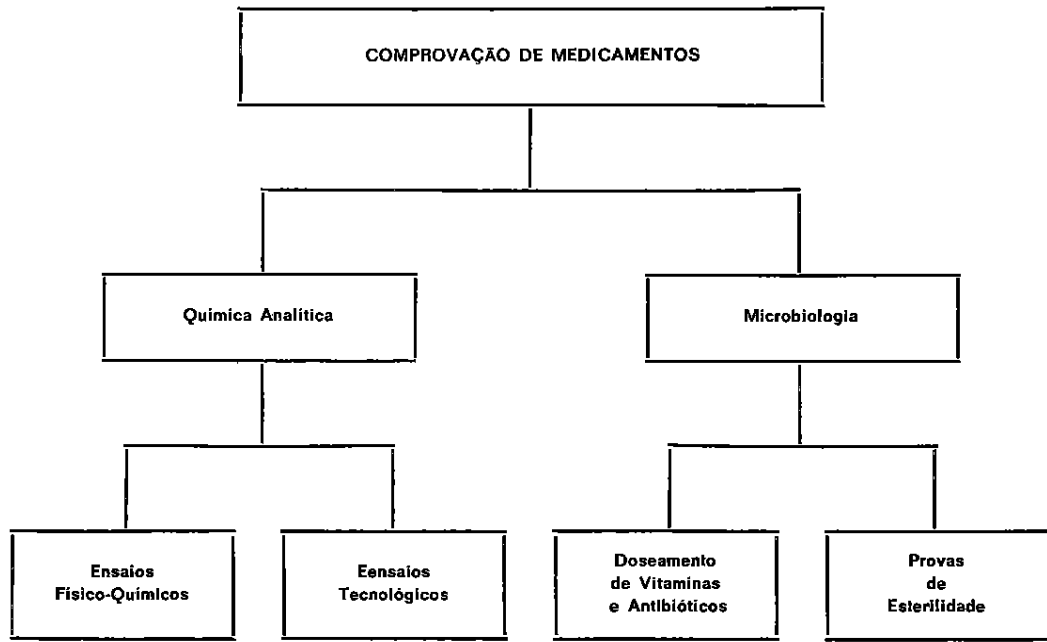
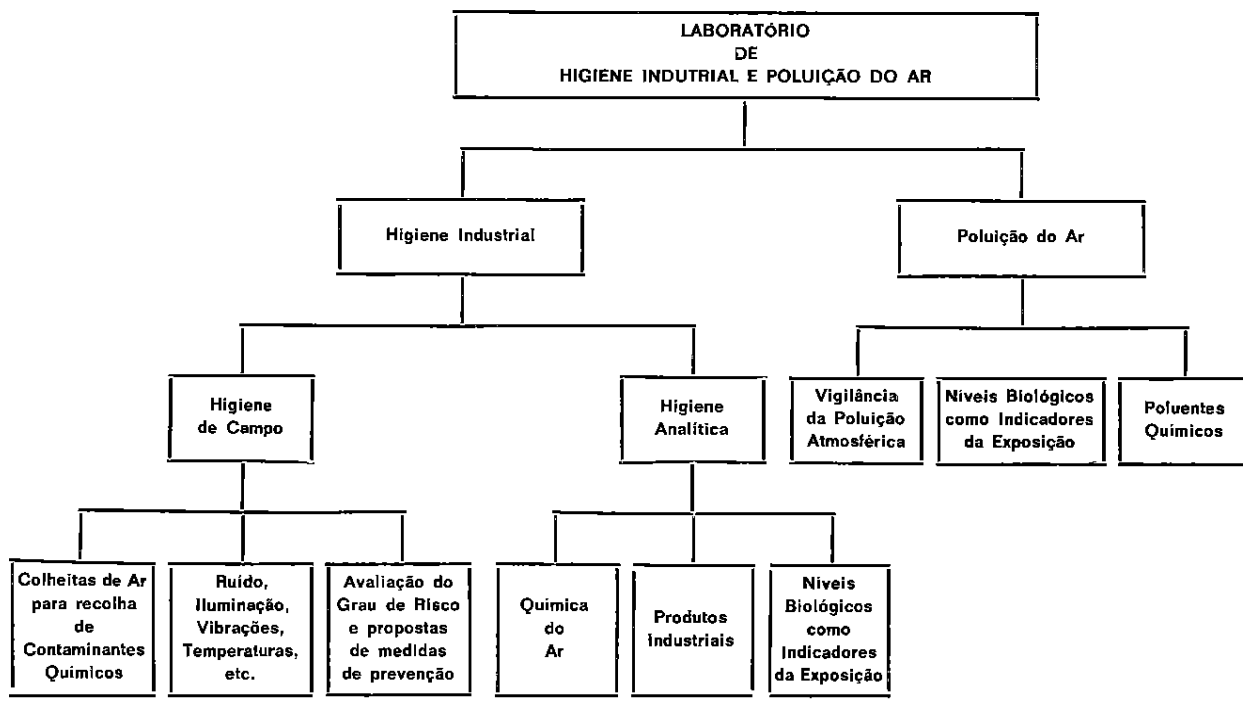
Muito se tem contribuído para uma melhoria dos serviços de Saúde Portugueses, embora nem sempre as já grandes potencialidades de acção laboratorial e os conhecimentos obtidos tenham podido ser devidamente aproveitados em acções benéficas para a comunidade.

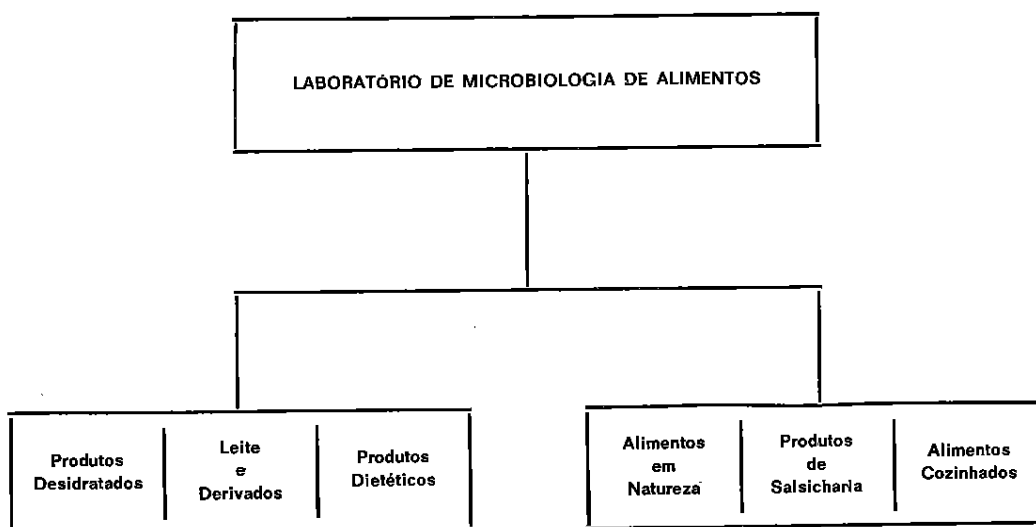
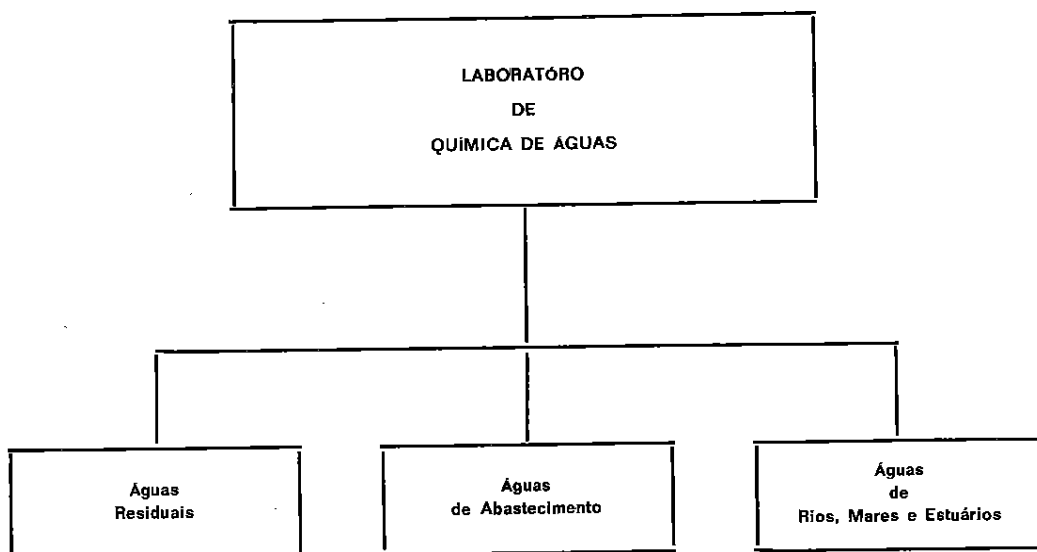


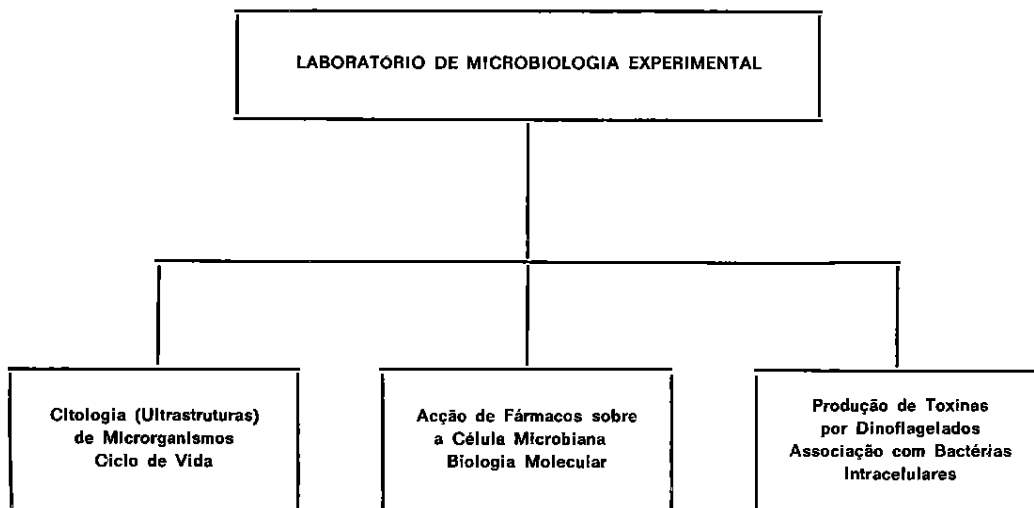
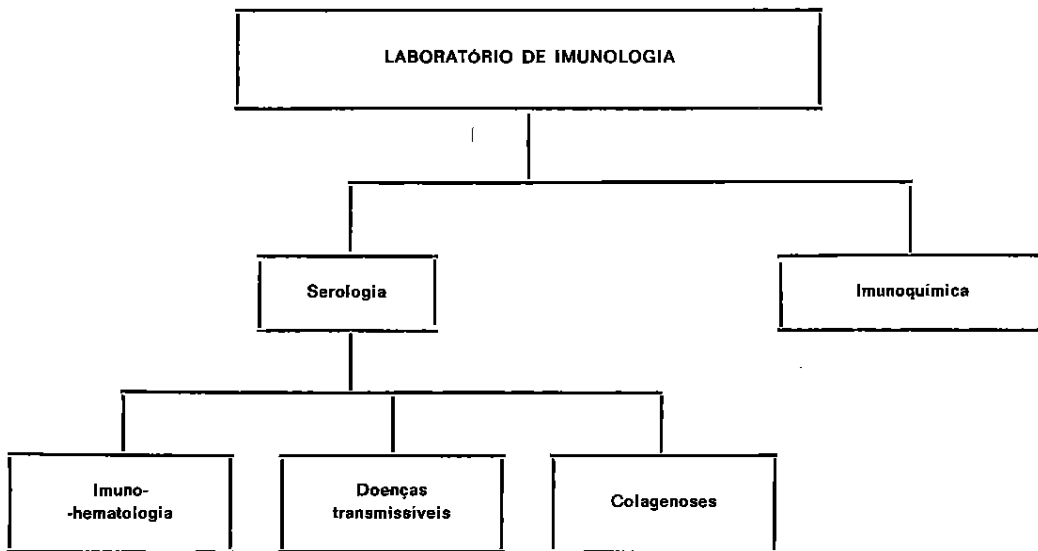
* Cromatografia Gás-Líquido.

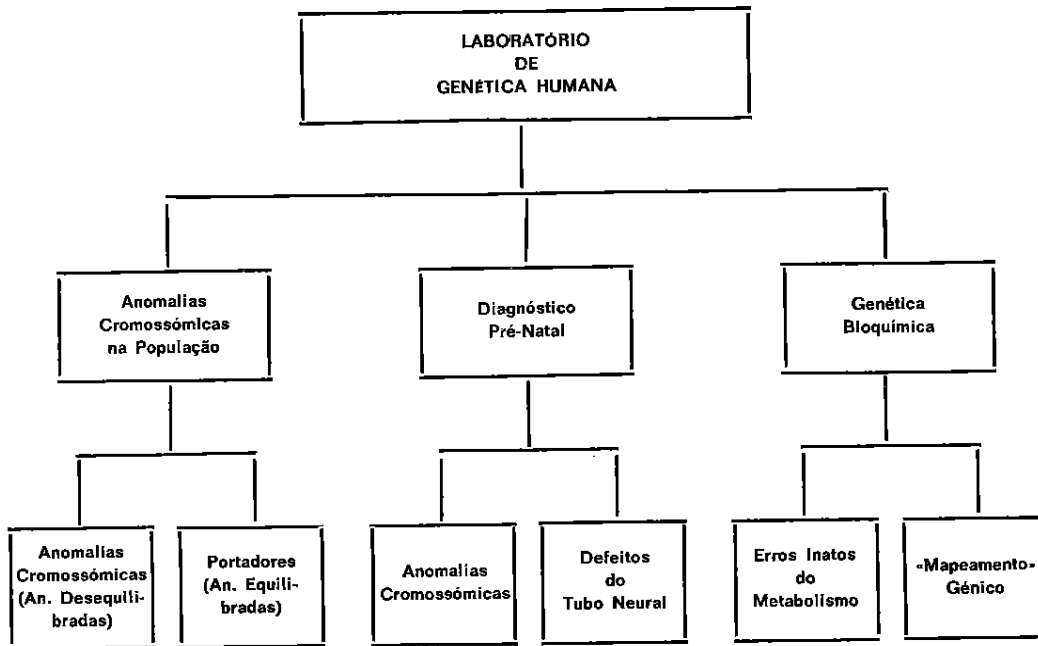












INVESTIGAÇÃO

Laura Ayres

1. Considerarei, separadamente, o que foi a contribuição do Instituto para o desenvolvimento da Saúde, no campo da investigação, nos períodos 1945-1971 (Instituto Superior de Higiene) e de 1971 até aos nossos dias (Instituto Nacional de Saúde). A posição das duas instituições no contexto da Saúde, é diferente; portanto, são assim diferentes as suas atribuições e finalidades.

O Instituto Superior de Higiene era um órgão da Direcção-Geral de Saúde, fundamentalmente com funções de Laboratório de Saúde Pública. O Instituto Nacional de Saúde é um organismo autónomo do Ministério dos Assuntos Sociais, com funções de investigação, de laboratório de referência e de ensino.

2. Se bem que o Instituto de Higiene fosse apenas Laboratório de Saúde Pública, os seus técnicos sabiam que um Serviço de Saúde Pública deve manter, a par com um serviço de rotina (entendido como a standardização de normas que atinjam o maior número possível de indivíduos), um espírito de investigação que há-de fornecer ao primeiro novos elementos de trabalho.

Os domínios que então interessavam em particular ao País diziam respeito a uma patologia predominantemente ligada a factores ecológicos, infecciosos e outros. Tendo em conta esta realidade, a organização e orientação de

trabalho dos Serviços de Saúde foi a de desenvolver Laboratórios de Microbiologia e formar técnicos neste domínio, sem o que a grande maioria dos trabalhos que se impunham não poderiam realizar-se.

3. Nas décadas de 1940-1960, dá-se o grande desenvolvimento dos laboratórios. As limitações, que foram muitas, resultavam de erros de gestão, comuns a toda a Administração Pública Portuguesa, e de uma má política de formação de técnicos. Estes eram formados a conta-gotas; nunca houve a visão, a coragem, ou a vontade de enviar para o estrangeiro, simultaneamente, um grande número de técnicos que, no seu regresso, constituíssem uma massa crítica suficientemente grande para poderem mudar situações de rotina. Na maior parte dos casos, a formação era irregular e os técnicos, quando regressavam, nem sempre encontravam as melhores condições para desenvolverem a sua actividade.

Por outro lado, as poucas bolsas existentes nem sempre eram aproveitadas. Ganhava-se muito mal e os técnicos tinham de recorrer a empregos complementares, que nem sempre eram fáceis de abandonar.

4. No entanto, produziram-se trabalhos de grande interesse, como já foi dito, nomeadamente no campo das Doenças Infecto-Conta-

gias e no da Nutrição, áreas principalmente privilegiadas nessa época. Os trabalhos eram, sobretudo, de índole epidemiológica, muitos eram feitos em colaboração com o Centro de Saúde de Lisboa, então existente na Rua da Alameda, e de que foram directores Maia Loureiro e José Cutileiro, e com o Serviço de Doenças Infecto-Contagiosas do Hospital Curry Cabral, dirigido por Cristiano Nina.

Muitos desses trabalhos aproveitavam os dados de rotina; muitos deles contribuíram para derrubar conceitos clínicos errados, mas enquistados na prática clínica de então.

No campo das Doenças Infecto-Contagiosas refiro, em especial, os trabalhos sobre estreptococcias, salmoneloses, doenças de transmissão sexual, rickettsioses e doenças virais — como a gripe, a poliomielite e o tracoma, nessa altura considerada uma doença por vírus. No campo da Nutrição são de referir os estudos sobre a Tabela da Composição dos Alimentos Portugueses.

5. Em 1971, o decreto-Lei 413/71 cria o Instituto Nacional de Saúde e extingue o Instituto Superior de Higiene. Em 1973, o Instituto muda-se para as modernas instalações que hoje ocupa. A contratação de técnicos e a sua formação faz-se, ainda que com dificuldades, a um ritmo melhor do que até então. Estavam criadas, em teoria, as condições para que, no Instituto, fosse incrementada a investigação que deveria fazer-se com uma perspectiva mais actualizada face aos novos padrões de doença, que traduzem uma patologia relacionada mais com factores do comportamento humano do que com factores do meio ambiente e de que são exemplo as doenças crónico-degenerativas e os problemas da velhice.

De acordo com a nova legislação, o Instituto passa a ser um órgão central do Ministério directamente dependente do Gabinete Ministerial e tem como finalidades:

- coordenar as actividades de investigação no sector da saúde;
- efectuar, promover, estimular a realização de estudos e trabalhos.

Competia-lhe, portanto, definir uma política de investigação e concretizá-la em acções.

6. Considerou-se então, na linha do que vinha sendo feito, que o Instituto deveria orientar-se na via da investigação aplicada ao conhecimento da situação portuguesa, com vista

ao desenvolvimento do Sector da Saúde em Portugal. A investigação biomédica, fundamental, deveria, em princípio, ser deixada às Universidades, nomeadamente às Faculdades de Medicina, mais vocacionadas e, porventura, mais preparadas para a fazer.

A investigação aplicada, de base epidemiológica, seria feita pelo Instituto ou fomentada por ele. A investigação biomédica desenvolvida no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde deveria também ser coordenada pelo Instituto.

A nível do Instituto são vários os trabalhos em curso ou já realizados que contribuem para um melhor conhecimento da situação portuguesa. Penso que se os resultados obtidos fossem tomados em mais consideração pelas autoridades competentes poderiam contribuir, de imediato, para o melhor desenvolvimento da saúde no País.

7. Definida a orientação geral, foram consideradas prioritariamente várias áreas, a saber:

Área das doenças transmissíveis

- para colheita de dados sobre a história natural das doenças deste tipo;
- para estudos epidemiológicos;
- para montagem de sistemas de vigilância que permitam o seu controlo.

Área da alimentação e nutrição

- para estudo da composição de alimentos dietéticos e correntes, do seu valor nutricional e da sua qualidade alimentar;
- para ampliação e actualização da tabela de composição de alimentos, já elaborada na fase anterior;
- para estudo sobre águas de consumo;
- para estudo do estado nutricional da população portuguesa, consumo de alimentos e definição duma política alimentar nacional.

Área do ambiente e trabalho

- para avaliação dos riscos de exposição profissional a substâncias tóxicas e perigosas;
- para estudos visando a caracterização e análise evolutiva da poluição do ar.

Área da administração de Saúde Pública, de normalização e de controlo

- para estudos de gestão laboratorial;
- para estabelecimento de padrões de normalidade;
- para definição de normas e métodos de controlo da qualidade do trabalho laboratorial;
- para estudo das necessidades de saúde em vários domínios e da forma de as satisfazer.

Área da comprovação de medicamentos

- para estudo e vigilância dos medicamentos de consumo corrente.

Há ainda trabalhos em áreas não incluídas nas cinco atrás referidas — microbiologia experimental, genética e ensino de enfermagem.

Área da microbiologia experimental

- na linha da investigação experimental: o estudo experimental da acção de alguns fármacos sobre a célula de microrganismos em cultura, a nível de ultra-estruturas;
- na linha da investigação aplicada: o estudo da toxicidade nos dinoflagelados.

Área da genética humana

- para rastreio de anomalias cromossómicas na população;
- para estudos da prevalência de anomalias cromossómicas em populações específicas;
- para diagnóstico pré-natal de anomalias cromossómicas e do tubo neural;
- para estudo do mapa génico — contribuição para a localização cromossómica de determinados genes com utilização de duas metodologias distintas, dosagem génica e hibridização celular inter-específica.

Área do ensino de enfermagem

- para estudos sobre necessidades do País em formação de enfermeiros;
- para avaliação do ensino e produtividade das Escolas de Enfermagem;
- para avaliação da gestão financeira das Escolas de Enfermagem.

Não se indicam em pormenor os trabalhos em curso nas diferentes áreas referidas. O tempo de que dispomos não o permitiria.

Há ainda uma outra área, a da investigação biomédica, que se refere a projectos efectuados fora do Instituto, no campo médico, com subsídios específicos.

8. Quanto ao fomento da investigação noutras Instituições, que não o INSA, várias foram as vias encontradas para a sua concretização.

8.1 CRIAÇÃO DOS PRÉMIOS RICARDO JORGE, destinados a estimular a investigação nos sectores da Medicina Clínica e da Saúde Pública. O valor do prémio, de 75 000 escudos para cada um dos sectores, era, ao tempo em que foi instituído, bastante atractivo para estimular os investigadores a apresentarem o resultado das suas pesquisas.

8.2 CRIAÇÃO DE CENTROS DE ESTUDO E INVESTIGAÇÃO FORA DO INSTITUTO.

Até à data, foram integrados o Centro de Estudos da Paramiloidose e o Centro de Cardiologia Preventiva.

O CENTRO DE ESTUDOS DA PARAMILOIDOSE, que funciona no Instituto de Neurologia do Hospital de Santo António, no Porto, foi criado pelo Professor Corino de Andrade e dedica-se ao estudo da Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), doença de grande importância em Saúde Pública, devido ao seu carácter hereditário dominante, que foi identificada e descrita por aquele investigador no fim da década de 40. Trata-se de uma doença muito grave, que se manifesta habitualmente pela segunda ou terceira décadas da vida e que se caracteriza pela destruição das bainhas de mielina dos nervos periféricos, com deposição de substância amiloide ao longo dos nervos atingidos. Pelas suas características bioanatômicas, esta doença constitui um modelo

experimental extremamente rico, que tem permitido a sua abordagem segundo diferentes e variadas perspectivas (genética, bioquímica, anatomo-patológica, microbiológica, imunológica, epidemiológica, etc.) e que, pelo seu interesse biomédico, está a ser investigada em diversos centros de ponta na Europa, América e Japão.

O Centro de Estudos de Paramiloidose, que é subsidiado pelo INSA desde há cerca de 10 anos, tem produzido trabalhos do maior interesse e com grande repercussão a nível internacional.

O CENTRO DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA, instalado no Hospital de Santa Maria, é dirigido pelo Professor Fernando Pádua.

De criação recente (sucedeu ao antigo Núcleo de Cardiologia Preventiva) tem por objectivo estudar a epidemiologia das doenças cárdio-vasculares em Portugal e, de um modo geral, servir de Centro metodológico para o desenvolvimento dos cuidados assistenciais para uma adequada prevenção cárdio-vascular.

Prevê-se, também, a integração no INSA do Instituto de Malariologia de Águas de Moura e do Centro Nacional da Gripe.

8.3 CRIAÇÃO DE CENTROS DE ESTUDO E DE INVESTIGAÇÃO NO INSTITUTO.

Dos vários centros de estudo criados pela legislação de 1971 no próprio Instituto, foram, até agora, postos a funcionar o CENTRO DE ESTUDOS DE NUTRIÇÃO, que tem dado larga contribuição para um melhor conhecimento da situação portuguesa em termos de alimentação e nutrição, e o CENTRO DE ESTUDOS DE ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE, actualmente numa fase de renovação, que se debruçou sobre os problemas atrás enunciados e que se ocupou também, durante algum tempo, de problemas de Educação Médica.

8.4 CRIAÇÃO DA COMISSÃO COORDENADORA DA INVESTIGAÇÃO MÉDICA. Esta comissão tem por fim dar execução às directrizes emanadas do Conselho Consultivo, órgão do Instituto que funciona junto da Direcção e que define a política superior do Instituto e estabelece as prioridades dos programas de investigação.

A Comissão compete coordenar o financiamento de estudos e investigações. Foi por acção desta Comissão que foram atribuídos vá-

rios subsídios de investigação tanto a trabalhadores isolados como a Centros de Investigação e de que se destacam os trabalhos de Thomé Villar e de Cortez Pimentel sobre pneumococinose e a sua relação com o exercício profissional, os do grupo de Fernando Pádua sobre doenças cárdio-vasculares e os de Gouveia Monteiro sobre o cancro do estômago.

9. Pelo exposto se conclui que a legislação de 1971 considerou o Instituto como o órgão responsável pela dinamização da investigação em Saúde no País.

Com efeito, fez-se a lei, construiu-se o edifício, desenvolveram-se os laboratórios, formaram-se técnicos. Em suma, foram criadas as condições para o incremento da investigação. No entanto, o avanço não tem sido aquele que os técnicos e os responsáveis desejavam. Mais uma vez se verificou que legislar é fácil, enquanto que realizar é difícil.

Porquê no caso presente? Existem várias razões das quais, as principais, me parecem ser as quatro que vou apontar:

a) A mudança de mentalidades não se fez por lei e, provavelmente, alguns de nós não estávamos à altura das novas tarefas que eram colocadas nos nossos ombros.

b) O artigo 3.º, ponto 2, do Decreto 35/72, que regulamenta o Instituto Nacional de Saúde e que diz: «incumbe ainda ao Instituto a função de laboratório distrital de Saúde Pública nos distritos de Lisboa e Porto».

De acordo com esta disposição, não se tendo, entretanto, criado outros laboratórios distritais em Lisboa e no Porto, grande parte dos técnicos consomem muito do seu tempo em tarefas que poderiam ser feitas por outros, libertando-os para trabalho mais necessário, de investigação.

c) A falta de uma carreira de investigação, que, ao criar-se, deve ser aliciante, quer em termos económicos, quer em termos de possibilidades de progressão na mesma. No INSA existe, actualmente, uma carreira de técnicos superiores de laboratório e quatro investigadores perdidos, sem carreira, restos de uma que existia, mas que também sofria de uma má estruturação, que dificultava o acesso dos mais novos. E mal paga que era, também. No topo, os investigadores, alguns com dezenas de anos de serviço e experiência ímpar no País, não

podiam aspirar, por razões que nunca entendi bem, às letras que eram atribuídas ou se pensava atribuir (como aconteceu já) aos chefes de serviço hospitalares.

Se não é forçoso que à carreira de investigação só concorram os génios, não é, também, lícito supor que, para ela, só vão os incapazes da execução das tarefas correspondentes ao diagnóstico e tratamento da doença.

Os investigadores fizeram uma opção, prosseguem tarefas extremamente importantes na procura do porquê dos problemas e do modo de os resolver. Mas devem ser protegidos da tentação de procurarem em outros empregos a compensação económica a que têm direito pelo seu esforço e que a outros não é negada pelo Estado (quer em compensação directa, quer pela permissão de a procurarem em outras tarefas que podem ser lesivas das esta-
tais).

d) O corte de verbas para a investigação. Nos dois primeiros anos de funcionamento do Instituto, este pôde dispor de verbas que lhe permitiriam atribuir bolsas e financiar traba-

lhos de fôlego e muito mérito em Saúde Pública. Essas verbas que rondavam os 4-5 milhares de contos (valor de 1972) não existem hoje. Actualmente, o financiamento de projectos de investigação só pode ser feito com verbas do Plano de Investimentos, sempre aleatórias, que não permitem um correcto planeamento.

10. Para terminar, gostaria de lembrar que, para além do INSA, o País não dispõe de nenhuma outra estrutura organizada para a investigação em Saúde, capaz de executar os trabalhos de estudo necessários para um conhecimento da situação portuguesa, permitindo um correcto desenvolvimento do sector. As instituições universitárias, como disse, têm outra vocação e outras preocupações. Mas a investigação clínica e a investigação biomédica fundamental não podem, por si, resolver os problemas da Saúde.

Assim, penso que esta instituição, o INSA, deve ser particularmente apoiada, de tal modo que seja possível um melhor aproveitamento da extraordinária potencialidade das estruturas e do corpo técnico de que dispõe.

ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO

Waldemar Ferreira

No antigo Instituto Central de Higiene (1899-1945) apenas se efectuaram cursos de Medicina Sanitária com uma média de 34 participantes por ano e em 1903, um curso de Engenharia Sanitária. Durante alguns anos, realizaram-se também cursos de Visitadoras Sanitárias.

No Instituto Superior de Higiene (1945-1971) continuaram os cursos de Medicina Sanitária que foram profundamente remodelados devido ao baixo nível que apresentavam, sendo os alunos obrigados a elaborarem, a título individual, uma monografia de interesse em Saúde Pública; desde 1954 cursos similares realizaram-se na Delegação do Porto; estes cursos foram extintos em 1966 e substituídos pelo curso de Saúde Pública, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública e Medicina Tropical. Desde 1963, foram também criados no Instituto Superior de Higiene cursos de Medicina do Trabalho, com a duração de um ano, que foram também integrados naquela Escola em 1966.

Até 1952 continuaram no I. S. H. cursos de Visitadoras Sanitárias. A partir de 1951, foram criados cursos de Agentes Sanitários, desde 1966 curso de preparadores de laboratório e desde 1969 cursos de Técnicos Superiores de Laboratório. Outro tipo de actividade de formação um pouco diferentes foi a realização de cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde (1946-1965) e para Engenheiros Sanitários (1954-1957).

De todos estes cursos, são especialmente de realçar os Cursos de Medicina Sanitária, em cuja reorganização teve papel preponderante o Prof. Gonçalves Ferreira, os de Agentes Sanitários que representaram uma importante inovação em Saúde Pública e os cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde (que não só serviram para actualizar os conhecimentos técnicos mas também estimularam e contribuíram para o desenvolvimento da Saúde Pública, especialmente a nível rural).

O Instituto Nacional de Saúde, a partir de 1972, e em consequência da reforma dos Serviços de Saúde de 1971 e da integração da Escola Nacional de Saúde Pública no INSA até 1976, passou a efectuar o ensino pós-graduação de Saúde Pública, Medicina do Trabalho e Administração Hospitalar e continuou com os cursos de aperfeiçoamento para Subdelegados de Saúde, assim como com os cursos de técnicos auxiliares de laboratório — antigos preparadores — com interrupção de 1978 a 1981 e com os dos técnicos auxiliares sanitários; estes dois cursos foram profundamente remodelados em 1981 e 1978, respectivamente, com a sua duração aumentada, especialmente os estágios, e alargamento das matérias versadas.

A partir de 1974, foi atribuída ao INSA a responsabilidade de orientar, coordenar e fiscalizar o ensino de enfermagem, para o qual foi criado um Departamento especializado.

Recentemente, realizaram-se vários cursos de formação e reciclagem para Técnicos de Laboratório — tanto Superiores como Auxiliares — do próprio INSA e dos laboratórios dos Centros de Saúde. Estes cursos são de curta duração e versam assuntos específicos de diferentes sectores de tecnologia laboratorial, incluindo a gestão de laboratórios e controle de qualidade e permitem não só uma melhoria dos conhecimentos técnicos dos participantes como um contacto directo com os problemas existentes a nível periférico e que têm de ser resolvidos em função das condições locais. Por outro lado, ajudam imenso o estabelecimento de estandardização e uniformidade de métodos laboratoriais e dos resultados obtidos, permitindo uma melhor interpretação e comparação de dados entre diferentes laboratórios.

Finalmente, começou o INSA ultimamente a organizar cursos de reciclagem para pessoal administrativo, com o fim de lhes dar os necessários conhecimentos modernos e também para os preparar para concursos de promoção que exigem provas escritas e orais, e cursos de inglês para o pessoal técnico.

Uma actividade ligada também à formação do pessoal técnico é a realização de estágios orientados para técnicos superiores, que vão trabalhar nos laboratórios dos Centros de Saúde e em certos casos em laboratórios hospitalares. Com a reestruturação recente das carreiras desses técnicos, está em estudo actualmente a organização de estágios prolongados de dois anos de duração, que se espera que venham a começar em 1983 e que estão previstos na lei que definiu esses cursos.

Outro aspecto muito importante de formação de pessoal é o processo de formação contínua, em que os técnicos de todos os níveis, durante o seu trabalho habitual e diário, vão melhorando os seus conhecimentos e aplicando mais correctamente o que foram aprendendo. Este processo leva à participação de todo o pessoal e permite também um melhor relacionamento humano e intensificação do trabalho em equipe, mas habitualmente é-lhe dada pouca atenção e passa despercebido em relação às outras actividades de formação já citadas. Esta formação contínua tem também uma grande importância na melhor compreensão do conceito de Saúde Pública nos seus diferentes aspectos, já que o INSA se dedica fundamentalmente à Saúde Pública e que todo o seu pessoal deve ter uma ideia clara sobre os

objectivos das diferentes actividades do Instituto. Por outro lado, a formação básica do pessoal do INSA é igualmente deficiente nestes assuntos e aqui é de realçar também o papel notável desempenhado pelo Prof. Gonçalves Ferreira.

Um dos problemas que mais tem preocupado o INSA é a deficiente formação pedagógica dos professores, monitores e assistentes que participam nos diferentes cursos professados no Instituto. Praticamente todo o pessoal participa — em graus diferentes — no ensino mas sem qualquer aprendizagem de técnicas pedagógicas, métodos modernos de transmissão de conhecimentos, particularmente audio-visuais ou relacionamento aluno-professor; isto leva a um esforço redobrado para a maioria dos que ensinam, mas a experiência tem mostrado que esses esforços têm sido compensados pelo interesse e aproveitamento dos alunos.

Pensa-se que nesta área se torna indispensável, em primeiro lugar, a formação pedagógica dos monitores dos diferentes cursos e daqueles que lidam directamente com os alunos durante a sua formação prática ou estágios, e a preparação progressiva dos professores para substituírem parte do ensino em aulas teóricas por mesas redondas ou outros métodos de ensino em que o contacto directo dos professores com os alunos e a participação destes no ensino seja mais efectiva.

Uma palavra apenas para referir outra actividade fundamental do INSA neste campo é a formação do público em geral e em especial dos utentes dos Serviços de Saúde, através da informação dos mesmos em relação aos grandes problemas de Saúde Pública, já que é grande o número de pessoas que recorrem aos serviços laboratoriais do INSA, para resolução de problemas de saúde.

Quanto às perspectivas futuras das actividades de formação do INSA, prevê-se o alargamento e expansão dos serviços prestados actualmente pelo Núcleo de Formação, criado a título experimental pela Direcção para lhe dar parecer em todos os assuntos relacionados com formação de pessoal. Na orgânica futura do Centro de Estudos da Administração de Saúde será desenvolvido um sector de formação, que terá funções não só de apoio à Direcção mas também uma acção executiva e de supervisão em todos os projectos de ensino, incluindo também as bolsas de estudo, que não foram consideradas neste capítulo. A secção de ensino do Conselho Técnico, re-

centemente posta a funcionar, deverá também apreciar os planos e programas de ensino que lhe sejam submetidos pela Direcção.

O desenvolvimento das actividades de ensino e formação dirão respeito, em especial, a:

- 1) Expansão dos cursos de reciclagem e formação especializada, de curta duração;
- 2) Orientação pedagógica dos monitores e professores dos cursos professados no INSA;
- 3) Estudos sobre a necessidade de outras actividades de formação, como por

exemplo, a utilização da nova tecnologia audio-visual;

- 4) Cursos sobre controle de qualidade laboratorial para pessoal técnico dos Centros de Saúde e Hospitais;
- 5) Estudos sobre as necessidades do INSA em recursos humanos.

Estas actividades futuras terão, em muitos casos, de ser efectuadas em colaboração com outros Departamentos da Secretaria de Estado da Saúde, como o de Recursos Humanos, Estudos e Planeamento e Escola Nacional de Saúde Pública.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Laura Ayres

1. A análise da evolução das *políticas de saúde* em Portugal, nas últimas décadas, leva a considerar que as mesmas não têm sido sempre claramente definidas, coerentes, viáveis e continuadas.

2. Sem embargo de se valorizarem as contribuições dadas por alguns legisladores depois da II Guerra Mundial (nomeadamente as de Trigo de Negreiros e de Neto de Carvalho), há que reconhecer que o grande marco histórico neste domínio, durante este período, é constituído pela legislação de Gonçalves Ferreira, publicada em 1971.

Os princípios doutrinários inovadores então formulados, nas célebres Decretos-Lei 413 e 414/71, mantêm toda a sua actualidade, podendo-se mesmo, sob alguns aspectos — como é o caso dos que respeitam à área dos cuidados de saúde primários — classificá-los de precursores à escala internacional. Atente-se na consagração universal que tais princípios vieram a conquistar, 7 anos mais tarde, na Conferência de Alma-Ata. Pode afirmar-se, aliás, que a doutrina avançada em 1971 continua a representar um substracto filosófico e estrutural sólido e coerente, sobre o qual poderá assentar qualquer política de saúde moderna e progressiva, que, com as necessárias correcções de percurso, queira aplicar-se ao País.

3. A orgânica de serviços então institucionalizada e a simultânea criação ou reen-

quadramento das correspondentes carreiras profissionais, ofereceram ao País um dispositivo operacional que, se tivesse sido utilizado em conformidade com as suas potencialidades, teria possibilitado um rápido desenvolvimento das condições de saúde de grande parte da população, sobretudo em algumas áreas de intervenção directa — como a da Saúde Materno-Infantil e a da Higiene do Meio Ambiente.

Embora, como é geralmente sabido, as virtualidades do sistema não tenham sido convenientemente exploradas, muito de positivo se conseguiu pela sua implementação, mesmo parcial, conforme adiante se refere (N.º 7).

4. A execução eficaz duma política de saúde depende, em grande medida, dum planeamento adequado e do desenvolvimento dos recursos humanos aptos a dar-lhe realização eficiente e esclarecida.

5. O sistema de *planeamento*, em Portugal, tem apresentado, contudo, algumas deficiências de base, que podem resumir-se nos seguintes aspectos:

- ausência de perspectiva temporal dos objectivos e acções, no médio e longo prazo;
- objectivos e políticas vagos;
- não definição de responsáveis pelo alcance dos objectivos;

- não utilização do Plano com um instrumento de gestão, que permita um confronto entre meios e fim, em termos de utilidade;
- existência de *plano* e *orçamento* como instrumentos justapostos e não integrados, na gestão da administração pública.

Como é natural, as deficiências apontadas, que são de âmbito global, acabam por se repercutir, de forma extremamente negativa, no sector da Saúde.

O desenvolvimento deste sector implica, obrigatoriamente, o reforço da operacionalidade do sistema, a nível sectorial e subsectorial.

6. Pelo que respeita ao *desenvolvimento de recursos humanos*, e atendendo a que também não tem havido uma política concertada e coerente neste domínio, considera-se urgente a formulação duma tal política, para o que se recomendam, entre outras, as seguintes medidas:

- promover a coordenação do sistema educativo com o sistema da prestação de cuidados (serviços de Saúde), segundo o princípio da estimulação recíproca, com vista ao desenvolvimento integrado dos dois sistemas;
- definir, com o apoio dos sectores interessados — incluindo o Ministério da Educação — uma política nacional para a formação do pessoal de saúde;
- assegurar a inserção do processo de formação no esquema mais vasto do processo de desenvolvimento dos recursos humanos, mediante adequada coordenação das suas 3 fases (planeamento, produção, gestão);
- promover o planeamento dos recursos humanos da Saúde, em âmbito nacional;
- promover, se necessário em ligação com outros Ministérios, a formação do pessoal qualitativa e quantitativamente adequado à satisfação das necessidades *do conjunto* da população;
- assegurar a pertinência dos processos formativos, relativamente às necessidades concretas do País;

- definir as finalidades, objectivos e prioridades da formação, tendo em vista a política de saúde nacional;
- promover a tradução dos objectivos da formação em planos e programas de execução adequados;
- promover a formação profissional a todos os níveis, incluindo a formação permanente;
- promover a formação de formadores, em moldes modernos e adequados às necessidades do País;
- assegurar a actualização permanente dos métodos pedagógicos postos ao serviço da formação profissional;
- tomar em consideração a informação derivada da gestão do exercício profissional, com vista ao reajustamento permanente dos processos de formação;
- promover os trabalhos de estudo e investigação necessários ao aperfeiçoamento do processo de Desenvolvimento de Recursos Humanos.

7. Os Decretos Lei 413/71 e 414/71 marcam o início de uma reforma no sistema de prestação de Cuidados de Saúde pela *integração de cuidados preventivos e curativos*, e articulação dos Centros de Saúde com os Hospitais e com a Assistência Social. No momento actual, parece chegada a altura de dar o grande passo na integração das actividades, que não foi possível fazer em 1971. No entanto, a regulamentação incompleta e às vezes mal compreendida das carreiras recentemente criadas, bem como a relativa indefinição sobre a entidade a quem deve caber a administração da Saúde das Comunidades, provocam ansiedade nos profissionais de Saúde. Estes temem que os caminhos abertos com a lei 413/71 se venham a modificar, o que impõe um acompanhamento atento e continuado por parte da Secretaria de Estado da Saúde.

A despeito das dificuldades apontadas, têm-se, contudo, verificado alguns efeitos positivos da legislação de 1971.

Com efeito, recorrendo a informação de rotina (Instituto Nacional de Estatística e Serviços de Saúde Centrais), é possível formular a hipótese de que, enquanto o País, em termos económico-sociais, se tem vindo a desequilibrar especialmente, em termos de prestação de Cuidados de Saúde, ao longo da década de 70 a 79, se teria observado uma melhoria

da distribuição de alguns recursos e dos indicadores de utilização dos Serviços. Eventualmente, em termos de efeitos nos níveis de Saúde, admite-se que as assimetrias espaciais se não terão agravado.

No que respeita a recursos humanos em médicos e enfermeiros, não terá havido grande melhoria da distribuição, sobretudo dos primeiros. Todavia, a criação e desenvolvimento do Serviço Médico à Periferia (SMP) melhorou ligeiramente a distribuição dos médicos, facultando o acesso aos Cuidados a populações do interior que até aí não o podiam fazer — embora, como é sabido, algumas reservas se tenham que pôr no que respeita à qualidade dos cuidados oferecidos.

No que respeita à utilização de camas hospitalares, consultas externas (hospitalares, Serviços Médico-Sociais) e urgências, houve nítidas melhorias da distribuição. Elas são particularmente observáveis nos cuidados de Saúde Materno e Infantil, quer se trate de consultas, quer de partos em estabelecimentos de Saúde com internamento.

Em matéria de encargos de exploração, apenas se dispõe dos valores relativos a 1981 e observa-se uma surpreendente distribuição igualitária dos recursos dispendidos, funcionando o Sector da Saúde Pública como elemento corrector das assimetrias verificadas nos Serviços Médico-Sociais e no Sector hospitalar, pelas verbas gastas com o SMP fora de Lisboa, Porto e Coimbra. Na distribuição dos investimentos em equipamentos de Saúde, verifica-se também que entre 76 e 80 o Sector da Saúde Pública cresceu notavelmente de importância relativa.

Observando os resultados e apenas quanto à mortalidade infantil nas suas duas componentes — neo-natal e pós neo-natal — verifica-se que o acentuado declínio destes indicadores foi relativamente bem distribuído pelo território, sem que se agravassem as assimetrias observadas no início da década.

Em termos gerais, poderá, pois, concluir-se que, analisando a informação estatística de rotina, se verifica que, ao longo da década de 70, os tão criticados Serviços de Saúde portugueses funcionavam em termos que permitiram corrigir algumas assimetrias existentes, ditadas pelo agravamento dos níveis de desenvolvimento económico e social nos diferentes distritos.

Afigura-se a muitos observadores que um dos principais factores a contribuir para esta situação terá sido a acção desenvolvida pela rede dos cuidados de saúde primários, corporizada nos Centros de Saúde criados pela legislação de 1971.

8. No que se refere aos *cuidados hospitalares* o Decreto-Lei 413/71 foi de capital importância na caracterização dos cuidados diferenciados e da sua inserção no conjunto da prestação de cuidados de saúde.

No domínio dos cuidados hospitalares convinha que actualmente em Portugal se clarifiquem, antes de mais, conceitos na área do Sistema de Cuidados de Saúde que, no campo dos cuidados hospitalares, tem a ver, sobretudo, com o conceito moderno de hospital.

9. A *articulação dos cuidados primários e cuidados hospitalares* é uma necessidade urgente. O maior obstáculo a esta articulação radica na indefinição das funções de cada profissional de Saúde no Centro de Saúde. Torna-se necessário delimitar cada uma das áreas, sem prejuízo do trabalho de equipa que se impõe, e generalizar, difundir e fazer respeitar directrizes e protocolos. Impõe-se também pôr em funcionamento efectivo as Administrações Regionais de Saúde, dando-lhe os meios necessários para a sua acção, num esquema de verdadeira descentralização, administrativa e financeira.

Torna-se necessário também clarificar as relações mútuas, operacionais, entre os médicos de Clínica Geral e os de Saúde Pública.

10. Reconhece-se a necessidade de acções extensas de *planeamento familiar*, fundamentalmente a cargo das enfermeiras e com participação activa das populações e em que o papel da educação para a saúde é de crucial importância. Esta recomendação baseia-se na análise das condições de natalidade e na sua relação com a situação económica das populações; das taxas de mortalidade infantil muito altas nas zonas rurais; das diferentes possibilidades de sobrevivência em crianças de países pobres e ricos que apresentam grandes variações do seu peso ao nascer; do aumento da percentagem de crianças desnutridas em relação directa com o número de nascimentos por mulher e a diminuição do intervalo entre as gestações.

11. No campo do *Saneamento do Meio Ambiente* foi notável o papel do Decreto-Lei 413/71. O desenvolvimento da Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária da Direcção-Geral de Saúde permitiu a concretização de acções junto das populações que se traduziram, na última década, pela melhoria das taxas de mortalidade infantil e de morbilidade por doenças transmissíveis. Por outro lado, foi possível, nos últimos anos, incrementar a formação do pessoal técnico necessário nesta área.

Actualmente, as maiores dificuldades que se observam no campo do Saneamento Básico resultam da dispersão por vários Ministérios de organismos com competências afins ou sobrepostas às da Direcção-Geral de Saúde.

A orientação a seguir neste campo pela Direcção-Geral de Saúde deveria ter como objectivos:

- assegurar a liderança de todas as acções que visem a melhoria da Saúde Pública;
- assegurar, em todo o País, a vigilância Sanitária do Ambiente;
- orientar os Serviços não incluídos na Direcção-Geral de Saúde nos empreendimentos em relação aos quais esta Direcção-Geral tenha que assegurar a Vigilância Sanitária.

12. No que se refere à *Saúde Ocupacional* torna-se evidente a necessidade de uma melhor definição das actividades neste campo, integradas nas valências dos Centros de Saúde.

13. O papel do Instituto Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-Lei 413/71 no desenvolvimento laboratorial, na investigação e na preparação de técnicos tem sido uma importante contribuição dada ao País, resultante tanto de trabalho efectuado directamente pelo Instituto como da dinamização de acções fora do Instituto. No entanto, no que se refere às actividades de *investigação* e de desenvolvimento laboratorial de que aquela necessita, é fundamental que os governos considerem rapidamente a necessidade de uma carreira de investigação atractiva e a necessidade de in-

vestirem em acções desta natureza que, sem dúvida, contribuirão para o desenvolvimento da Saúde do País pelo conhecimento da situação portuguesa e o encontrar de soluções para a resolução dos problemas detectados.

É fundamental também que o Instituto continue a manter a sua tarefa de dinamização e coordenação da investigação em Saúde no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais.

14. É de primordial importância o *desenvolvimento dos departamentos laboratoriais* do INSA e importa também levar a cabo a criação de laboratórios distritais de Saúde Pública em Lisboa e Porto, o que terá como consequência a diminuição das actividades puramente de rotina actualmente realizadas pelo Instituto.

A nível de desenvolvimento laboratorial impõe-se ainda o reforço das actividades de referência e de controlo do trabalho laboratorial

15. Foi particularmente recomendado que se incrementem os *actividades de formação* desenvolvidas no Instituto, em áreas e de tipos diversos e para diferentes técnicos incluindo a formação de formadores, no que se refere às suas competências pedagógicas. Seria também importante que, tanto o Instituto Nacional de Saúde, como a Escola Nacional de Saúde Pública, participassem na formação pré-graduada dos médicos.

16. Ainda no campo da formação de técnicos é necessário que a Secretaria de Estado da Saúde colmate as necessidades que se fazem sentir em áreas importantes em que se verificam grandes carências, como as da saúde oral, saúde ocular e outras.

17. Considerando as más condições de segurança da delegação do Porto do Instituto Nacional de Saúde e os prejuízos que este facto acarreta relativamente às actividades que esta delegação deve desenvolver no interesse da Saúde Pública relativamente a todo o Norte do País, recomenda-se vivamente às autoridades competentes a urgente tarefa da resolução deste problema.

