

A DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

NOTAS HISTÓRICAS

**Valentino Viegas
João Frada
José Pereira Miguel**

LISBOA 2006

Índice

Introdução	3
I – Antecedentes da DGS	4
1 – Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto	4
2 – Génese da Organização da Saúde em Portugal	7
3 – Regulamento de Saúde Pública e criação do Conselho de Saúde Pública	9
4 – O retrocesso	16
II – A Criação da Direcção-Geral da Saúde	20
1 – Ricardo Jorge e a peste bubónica	20
2 – A criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública	22
3 – Regulamento Geral dos Serviços da Saúde e Beneficência Pública	24
4 – A criação da Direcção-Geral de Saúde	26
III – A fase inicial da Direcção-Geral de Saúde	27
1 - O estado da saúde do País	27
2 – A Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública	31
3 – A Reorganização dos Serviços da Assistência Social	33
IV – O Direito à Saúde e a Consolidação da DGS	36
1 – O reconhecimento do direito à saúde	36
V – A Saúde e a Revolução de 1974	40
1 – A saúde e a nova Constituição Portuguesa	40
2 – O reforço dos poderes da Direcção-Geral da Saúde	42
VI - Os Directores-Gerais	45
VII - Bibliografia	46

INTRODUÇÃO

A criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, em 1899, representa um marco importante na história da Saúde em Portugal. É consequência lógica da evolução do conceito sobre Saúde Pública. Os governantes, na época, não podiam ficar indiferentes à oportunidade da organização de respostas aos problemas identificados.

De todo o devir histórico, torna-se inquestionável que a segunda metade do século XIX assinala os mais notáveis progressos técnicos e científicos no Ocidente, não só na Medicina como em muitas outras áreas do conhecimento subsidiárias da Saúde Pública.

No trabalho que ora se publica, destacam-se, no primeiro capítulo, e “como nota de abertura”, alguns dos factos e razões determinantes da criação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, que antecederam a institucionalização da Direcção-Geral de Saúde; seguidamente, focam-se os diversos momentos e factores subjacentes à evolução conceptual sobre a Saúde durante os séculos XVIII e XIX, bem como as primeiras respostas que a comunidade internacional e os portugueses, em particular, vieram a estabelecer no contexto organizacional do Sector; por fim, procede-se à apresentação sinóptica dos passos fundamentais que se referem à aprovação do Regulamento de Saúde Pública e do estabelecimento do Conselho de Saúde Pública, incluindo breves referências a importantes diplomas regulamentadores de todo este processo.

No segundo capítulo, analisam-se as consequências da peste bubónica em Portugal e o papel de Ricardo Jorge na reorganização dos serviços de saúde, que haveria de servir de impulso definitivo para a criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública.

No terceiro capítulo, abordam-se, em moldes gerais, as primeiras iniciativas conduzidas pela Direcção-Geral de Saúde, com vista a promover a educação sanitária das populações e, em especial, das crianças das escolas primárias e do ensino secundário. Apontam-se, também, as principais alterações estruturais e funcionais observadas em todas as práticas sanitárias da reorganização dos serviços de Saúde Pública e da Assistência Social, entre o fim da I Grande Guerra e o da II Guerra Mundial.

O quarto capítulo é centrado no período de 1945 a 1971.

No quinto capítulo, procura-se compreender as transformações ocorridas em Portugal no sector da Saúde, resultantes, sobretudo, das exigências de uma nova mentalidade social nascida na Revolução de Abril de 1974 e, consequentemente, de um novo modelo político e de saúde no quadro da Constituição de 1976.

No sexto capítulo, apresenta-se os nomes dos Directores-Gerais e no último consta a bibliografia.

I- ANTECEDENTES DA DGS

1 – Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto

É seguro que não há melhoria da saúde sem actualização dos conhecimentos e sem a sua aplicação apropriada.

“Na Faculdade de Medicina de Coimbra o ensino da cirurgia tinha um carácter prevalentemente teórico”¹, e, para agravar ainda mais a situação, os diplomados pelas Escolas Régias de Cirurgia eram inferiorizados em relação aos universitários.

Se, por um lado, se impunha a equiparação das Escolas com a Universidade, por outro, criticava-se o ensino ministrado na Faculdade de Medicina de Coimbra e propunha-se a sua transferência para Lisboa.

Tal proposta partiu, em 1853, de Oliveira Soares, médico português, formado em Paris. Afirmava que “em Coimbra os estudantes gastam quase todo o tempo em traduzir e bem entender os compêndios e na leitura de alguns autores modernos, necessários para atacarem e depois destruírem as doutrinas dos mesmos compêndios”².

A necessidade de reforma da Universidade Coimbrã foi também reclamada, no mesmo ano, por Joaquim Salgado, assinalando o desequilíbrio do método de aprendizagem que ali ocorria: “quanto à Universidade de Coimbra comparo-a com um edifício gótico a que se teriam juntado algumas peças de arquitectura moderna. Com efeito, se as ciências são a *exposição metódica do que é*, há muito de arbitrário nessa instituição e ela deve sofrer uma inteira reforma”³.

O triunfo da Revolução de Setembro de 1836 permitiu ao Secretário de Estado dos Negócios do Reino, Manuel da Silva Passos, reorganizar as Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto, que passaram a ser denominadas por Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

No preâmbulo do diploma de 29 de Dezembro de 1836, em que se considerava que “attendendo a que as Escólas de Cirurgia de Lisboa, e Porto, destinadas especialmente a formar uma classe de Facultativos tão necessaria, e importante, podem ser melhoradas não só com proveito do Ensino Publico, mas com grande utilidade dos Hospitaes de ambas as Cidades”⁴, decretava-se a criação das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, em substituição das Escolas de Cirurgia de Lisboa e Porto.

O quadro de estudos, com a duração de cinco anos, é ampliado e dotado das disciplinas e cadeiras seguintes:

Primeiro ano

1.ª Cadeira – Anatomia.

Mais Química, frequentada em qualquer estabelecimento.

Segundo ano

2.ª Cadeira – Fisiologia e Higiene.

Mais Zoologia e Botânica, frequentadas em qualquer estabelecimento.

Terceiro ano

¹ - M. Ferreira de Mira, *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Edição da Empresa Nacional de Publicidade, 1947, p. 351.

² - Idem, p. 352.

³ - Idem, *Ibidem*.

⁴ - Diário do Governo n.º 3, 4 de Janeiro de 1837, *Legislação Portuguesa, Collecção de Leis e outros Documentos Officiaes*, 1.º Semestre de 1837, sétima Serie – 1.ª Parte, Lisboa, Imprensa Nacional, 1837, p. 9.

- 3.^a Cadeira – História Natural dos Medicamentos, Matéria Médica e Farmácia.
4.^a Cadeira – Patologia e Terapêutica Externas.
Mais Clínica Cirúrgica.

Quarto ano

- 5.^a Cadeira – Aparelhos e Operações Cirúrgicas e Cirurgia Forense.
6.^a Cadeira – Partos, moléstias das mulheres de parto e dos recém-nascidos.
Mais Clínica Cirúrgica.

Quinto ano

- 7.^a Cadeira – História Médica, Patologia Geral, Patologia e Terapêutica Interna.
8.^a Cadeira – Clínica Médica, Higiene Pública e Medicina Legal.
9.^a Cadeira - Clínica Cirúrgica⁵.

As 2.^a, 3.^a, 7.^a e 8.^a cadeiras são reputadas cadeiras médicas e ocupadas sempre por médicos formados no país. As outras cinco são reputadas cadeiras cirúrgicas, providas em candidatos que tenham o curso completo de alguma das Escolas de Lisboa e Porto.

Estabeleceu-se, também, que a Anatomia Patológica seria descrita e estudada juntamente com a Patologia interna e externa.

A Medicina Legal e a Higiene Pública ficariam pertencendo ao Professor de Clínica Médica, sendo lidas em duas prelecções por semana.

Cada uma das Escolas teria um Director, que, quando provido de novo, seria um Professor nomeado pelo Governo, nove Lentes Proprietários, quatro Substitutos, dois Demonstradores, um Contínuo, um Guarda e um Porteiro.

Dois dos Substitutos seriam médicos e outros dois cirurgiões. Um dos Demonstradores seria médico e outro cirurgião.

A Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa teria o seu assento em Lisboa, no Hospital São José, e a do Porto no Hospital de Santo António.

O Lente de matéria médica e de farmácia poderia praticar na Botica do Hospital as operações farmacêuticas necessárias para o ensino.

Em cada uma das Escolas Médico-Cirúrgicas haveria anexa uma Farmácia e um curso bienal, gratuito, teórico e prático, destinado especialmente à instrução das parteiras⁶.

⁵ - As disciplinas do curso da Faculdade de Medicina de Coimbra eram as seguintes:

1.^o ano. Anatomia descritiva. Histologia e fisiologia geral.
2.^o ano. Fisiologia especial. Anatomia patológica. Anatomia topográfica e medicina operatória.
3.^o ano. Patologia geral. Propedêutica. Matéria médica, farmacologia e farmácia. Patologia.
4.^o ano. Patologia interna. Clínica cirúrgica. Obstetrícia, moléstias de puerperas e de recém-nascidos.
5.^o ano. Clínica médica. Medicina Legal. Higiene Pública e Polícia médica (F. A. Gonçalves Ferreira, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1990, p. 211).

⁶ - Diário do Governo n.º 3, 4 de Janeiro de 1837, *ed. cit.*, pp. 9-13.

Devido à oposição da Universidade de Coimbra às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, a luta destas pela equiparação continuou durante décadas. Gradualmente, os avanços fazem-se notar, até que, em 1911, são criadas as Universidades de Lisboa e Porto e se iguala o ensino de todas as cadeiras do curso médico universitário.

“A carta de lei de 1861 dispôs que os cirurgiões formados nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto e os bacharéis formados em medicina pela Universidade de Coimbra pudessem concorrer a todas as cadeiras que constituem o curso completo daquelas Escolas. Os preparatórios indispensáveis para se ser admitido à frequência escolar foram aumentando sucessivamente. A carta de lei de 1863 criou duas cadeiras, a de anatomia patológica e a de medicina legal e higiene; só mais tarde, em 1876, foi criada a de patologia geral, semiologia e história médica. Mas em 1866 as Escolas Médico-Cirúrgicas tinham alcançado perfeita igualdade, sob o ponto de vista prático, com a Faculdade de Medicina, nos termos do art. 1.^o da Carta de lei de 20 de Junho desse ano: «É livre no território português o exercício da medicina aos facultativos com os cursos das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto». Somente aos

A luta contínua conduzida pelas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, perante a oposição da Universidade de Coimbra, até à criação das Universidades de Lisboa e Porto, e à consequente equiparação dos ensinos, representa um salto qualitativo e um progresso no alargamento da aprendizagem do saber medicinal prático em Portugal.

A formação de um maior número de quadros académicos qualificados na área da medicina vai reflectir-se directamente no bem-estar da população portuguesa e em ganhos de saúde.

diplomados por estas Escolas não eram concedidos os títulos académicos; mas o público, passando a denominá-los doutores, antecipou-se à lei, que só dispôs nesse sentido quando foram criadas as Universidades de Lisboa e Porto, em 1911” (M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 358).

2 – Gênese da Organização da Saúde em Portugal

O primeiro esboço de administração sanitária em Portugal deve-se, exactamente, à *Provedoria-mor de Saúde*, instituída em 1707⁷.

O provedor-mor de saúde, responsável pela fiscalização do porto de Belém, centralizava e coordenava os serviços da polícia sanitária, cujas actividades envolviam, em particular, a identificação e o controlo das mais diversas doenças importadas por via marítima. Numa missão mais alargada, a polícia sanitária, sob a tutela do provedor-mor, acabaria, mais tarde, por estender a sua tutela à vigilância de epidemias de carácter infeccioso disseminadas por via terrestre, postos e fronteiras do País, acção esta já prevista em disposições legais do regimento de 1695.

Em 1707, a *Provedoria-mor de Saúde do Reino* integrava também os serviços de inspecção superior de todos os produtos comestíveis expostos à venda, bem como das fábricas, das ruas, de certos líquidos espirituosos e, em geral, de “todos os objectos de saúde, não só na cidade, mas cinco léguas em torno”⁸.

Estando a par das primeiras organizações europeias de carácter sanitário, e até antecipando-se a outras - as Comissões provinciais da Bélgica, nascidas em 1813, e o Conselho Superior da França, em 1822 -, a *Junta de Saúde*, criada em Portugal por Portaria de 28 de Agosto de 1813, assinala o início daquilo a que se pode chamar consciência sanitária⁹.

Depois de identificados muitos agentes patogénicos microbianos, sobretudo de natureza bacteriana, responsáveis pela maior parte das doenças transmissíveis que assolam a Europa do século XIX (por exemplo cólera “peste negra”), a sociedade desta época e, em particular, a comunidade científica podem, finalmente, começar a compreender um pouco melhor alguns dos mecanismos e factores facilitadores da propagação destas doenças.

A necessidade de pôr em prática os novos conceitos e cuidados de assepsia e higiene, bem como de accionar as “velhas” quarentenas, enquanto estratégias fundamentais à prevenção destas patologias altamente contagiosas, decorrentes, como é óbvio, do elevado número de comunicações estabelecidas entre continentes e regiões, leva a que a comunidade científica e os Estados tendam a centrar e a dirigir estas acções a partir de instituições, organizações, conferências, convenções e órgãos especializados, criados ou promovidos para dar resposta aos diversos problemas de natureza sanitária das populações.

A Europa, flagelada ao longo de séculos por diversas “pestilências” responsáveis por grande morbidade e mortalidade, iria agora ser assolada por uma nova epidemia, oriunda do vale do Ganges. A cólera, que deixara de ser apenas uma patologia endémica da Índia, por volta de 1817, passando a assumir uma extensão epidémica preocupante, depois de alastrar a toda a península indostânica, estendeu-se a todos os continentes, deixando atrás de si e, em surtos sucessivos, milhões de vítimas¹⁰. “No século XIX, a cólera grassou repetidamente pelas rotas usuais do comércio e das viagens, na Europa, Ásia, África e América”¹¹.

Em 1826 ou, segundo alguns autores, talvez um pouco mais tarde, em 1832, a Europa Ocidental era pela primeira vez invadida pela *cholera morbus* ou cólera Asiática¹².

⁷ - Eduardo Coelho, *O Prof. Ricardo Jorge: Breve Ensaio Crítico*, Paris-Lisboa, 1929, p. 29.

⁸ - M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 309.

⁹ - Eduardo Coelho, *op. cit.*, p. 29.

¹⁰ - Maxcy Rosenau Starwell, *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, Vol. I, Lisboa, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1979, p. 536.

¹¹ - *Idem*, *ibidem*.

¹² - Na História das Ciências, a rigorosa descrição “científica” da doença ficaria a dever-se a Garcia de Orta, médico quinhentista português de ascendência judaica, autor dos “Colóquios dos Simples e Drogas e Coisas Medicinais da Índia”, publicados em Goa, em 1563.

Dado como extinto em 1837, este surto epidémico, estendendo-se pela Rússia, Alemanha, Inglaterra, França, Espanha e Portugal, teria feito mais de um milhão de vítimas.

Visando limitar os efeitos mórbidos da peste, da cólera e de outras doenças epidémicas de carácter infectocontagioso, através do estabelecimento e cumprimento de regulamentos quarentenários e da fiscalização de barcos saídos de portos egípcios, são criados diversos Conselhos Sanitários especialmente nos países do Mediterrâneo Oriental, destacando-se: o Conselho Quarentenário Egípcio, reunido em 1831, na cidade de Alexandria, no qual se assinala a presença dos representantes consulares das diversas nações europeias, e o Conselho Superior de Saúde, reunido em 1838, na Turquia, onde estão presentes quatro delegados Turcos e um representante de cada nação europeia.

Portugal, tal como os outros países, também na trajectória destes flagelos demográficos, pretendia descobrir nas acções e reacções dos demais países atingidos por tais “pestilências”, bem como na sua própria experiência e reflexão, as luzes fundamentais à definição das necessárias estratégias de combate e prevenção a implementar no domínio da saúde pública.

As autoridades sanitárias portuguesas, em particular na cidade de Lisboa, temendo a invasão de cólera, proibiram, em Abril de 1832, a entrada de navios oriundos de portos ingleses, os quais, pelas suas relações comerciais com a Índia, eram autênticos viveiros susceptíveis ao contágio e à propagação da doença.

A classe médica portuguesa, numa época em que os conhecimentos de higiene e, sobretudo, de microbiologia, eram ainda muito incipientes¹³, antes da entrada da cólera, interrogava-se acerca da sua natureza e do modo de transmissão, bem como do respectivo tratamento. Lima Leitão, uma reconhecida autoridade em matéria médica, em 1832, reflectindo sobre a referida doença, um flagelo epidémico na Europa Setentrional, concluiria “que se não tratava de cólera e que esta se propagava pelo ar atmosférico, tendo o carácter de epidémica, mas não de contagiosa”¹⁴. Na mesma data, Fonseca Benevides escreveria também dois manuais com instruções para evitar a cólera e para a tratar. Não obstante os saltos científicos ocorridos por todo o século XIX, em particular, durante a segunda metade, os tratamentos recomendados não eram muito diferentes dos que se aconselhavam durante os surtos de peste negra: “fumigações para sanear o ar em tempo de epidemias”¹⁵.

A esperada invasão de cólera em Portugal viria a ocorrer no primeiro dia de Janeiro de 1833, na cidade do Porto, com a chegada do vapor *London Merchant*, trazendo como passageiro o General *Solignac*, o seu Estado-Maior e cerca de 200 soldados Belgas, destinados a engrossar as fileiras do exército liberal. Ter-se-ia, então, declarado cólera. Num ápice, a doença estendia-se a Aveiro, e em Abril do mesmo ano era já noticiada em Lisboa, com os primeiros registos de morte no Hospital de São José.

¹³ - Se bem que, na opinião de Fowke, os investigadores Britton e Swaye tenham encontrado, por volta de 1848, nas dejeções e vômitos de muitos coléricos, um micróbio idêntico ao vibrião responsável pela doença, a descoberta do agente (vibrião colérico) viria a ser atribuída a Koch, em 1883. (A. Luís Lopes, “O valor do bacilo colérico de Koch”, *Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa*, Lisboa, 1894, n.º 58, p. 233).

¹⁴ - M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 404.

¹⁵ - *Idem*, 405.

3 – Regulamento de Saúde Pública e criação do Conselho de Saúde Pública

Perante os recentes acontecimentos epidémicos, Passos Manuel aproveita a Revolução de Setembro de 1836 para adoptar medidas enérgicas em diversos sectores e actividades da atribulada sociedade portuguesa.

No intuito de se dar resposta global aos problemas da saúde, em 3 de Janeiro de 1837 é aprovado o Regulamento de Saúde Pública e criado o *Conselho de Saúde Pública*.

A *Comissão de Saúde Pública* é substituída pelo *Conselho de Saúde Pública*, ficando com as suas atribuições e outras mencionadas neste Regulamento.

a) – Composição do *Conselho de Saúde Pública*

O *Conselho de Saúde Pública* seria composto por doze vogais:

Três médicos, dois cirurgiões e dois farmacêuticos, todos nomeados pelo governo;

Um delegado do Administrador Geral do Distrito de Lisboa, por ele nomeado;

Um delegado da Câmara Municipal de Lisboa, escolhido por ela de entre os vereadores;

Um delegado do Director-Geral da Alfândega, por ele nomeado;

Um oficial do Estado Maior da 1.^a Divisão Militar, nomeado pelo respectivo general;

Um oficial do Estado Maior da Marinha, nomeado pelo Major General da Armada.

O Conselho teria um Presidente e um vice-Presidente, escolhidos de entre os vogais e nomeados pelo governo.

Haveria também um Fiscal do Conselho, obrigatoriamente facultativo de Medicina ou Cirurgia, igualmente nomeado pelo governo.

b) – Competência do *Conselho de Saúde Pública*

Ao *Conselho de Saúde Pública* competia a fiscalização superior em tudo o que respeitasse aos diversos ramos de saúde, a saber:

Educação física dos habitantes;

Prática de Medicina, Cirurgia e Farmácia;

Polícia Médica.

O *Conselho de Saúde Pública* ficava subordinado à Repartição dos Negócios do Reino, da qual receberia as ordens sobre objectos da sua competência, dando-lhe conta da sua execução ou consultando-a sempre que fosse necessário.

Para um melhor e mais rápido desempenho das suas competências, o Conselho foi autorizado a corresponder-se directamente com todas as Autoridades Superiores Administrativas, Judiciais, Eclesiásticas, Militares e Consulares Portuguesas no Estrangeiro, para solicitar noções, esclarecimentos e providências de que carecesse em quaisquer assuntos de Saúde Pública. Por sua vez, os Cônsules Estrangeiros em Portugal são convidados a coadjuvar e responder com solicitude às requisições efectuadas pelo Conselho.

As sessões do Conselho teriam lugar, impreterivelmente, três vezes por semana, havendo ainda as extraordinárias, se o serviço e o bem público o exigissem.

c) – Organização do *Conselho de Saúde Pública*

Em cada Cabeça do Distrito Administrativo haveria um Delegado do *Conselho de Saúde Pública*, por ele nomeado, sempre facultativo de medicina e escolhido de entre os de maior mérito.

Em cada Concelho haveria um Subdelegado do *Conselho de Saúde Pública*, cujo cargo recairia no Administrador do Concelho ou em quem o estivesse a substituir, com funções fiscais e administrativas.

Em cada Paróquia haveria um Cabeça de Saúde, cargo exercido pelo Regedor da Paróquia.

d) – Atribuições

Do *Conselho de Saúde*

1 - Propor ao governo os oficiais, amanuenses, empregados de secretaria, médicos, empregados da visita de saúde no porto de Belém e de outros portos de mar.

2 - Nomear os Delegados nos diferentes Distritos Administrativos do Reino.

3 - Fiscalizar e inspeccionar tudo o que respeita à saúde e higiene pública.

4 - Mandar registar ou visitar as lojas de boticários, de bebidas espirituosas, de víveres e de comestíveis.

5 - Inspeccionar os cemitérios públicos e prescrever medidas para se conservar neles a salubridade e para evitar as exalações pútridas, que infeccionam o ar, com risco da saúde dos povos, devido ao mau método ou defeito no enterramento dos corpos.

6 - Visitar os hospitais civis, os recolhimentos, lazaretos, casas de asilo de mendicidade, e quaisquer outros estabelecimentos de caridade em que se recolham enfermos, inválidos, órfãos ou expostos, assim como as cadeias públicas. E também as fábricas de curtumes de velas de *espremaceti* e de quaisquer outros artefactos cujas matérias primas ou manufacturadas possam influir na saúde pública.

7 - Elaborar a resenha do estado sanitário dos referidos estabelecimentos, acompanhada de observações e da proposta ao governo de providências ou melhoramentos necessários.

8 - Fazer a visita de saúde nos portos do mar, por meio dos seus comissionados, às embarcações e passageiros que neles entrarem.

9 - Indagar se existem pântanos, charcos, águas estagnadas, poços ou quaisquer outros focos de infecção e apontar a sua existência à autoridade superior administrativa do distrito, que dará conta ao governo quando se careçam de maiores providências, indicando o meio e a forma de os extinguir.

10 - Indicar às câmaras municipais o melhor e o mais pronto método para a limpeza das ruas, canos, cloacas, etc., e para observância da polícia médica camarária, com instruções adequadas.

11 - Prevenir as autoridades administrativas competentes da existência de médicos estrangeiros, cirurgiões, etc., sem habilitação ou licença para curar, bem como da venda de remédios particulares de composição secreta, que não estejam aprovados pelo Conselho, a fim de que as autoridades inibirem a continuação do curativo ou a venda de tais remédios, ou relaxarem ao poder judicial os indivíduos nisso implicados, quando de semelhante abuso se tenha seguido prejuízo à saúde dos povos ou quando são reincidentes.

12 a 15 - Enquanto não se estabelecerem as Escolas de Medicina, Cirurgia e Farmácia (onde, depois de estabelecidas, se devem fazer os exames), examinar os boticários, os farmacêuticos, os cirurgiões - que pretenderem curar de medicina -, os médicos formados em universidades estrangeiras, os parteiros, as parteiras, os sangradores, algebristas e dentistas.

16 - Conceder licenças para a venda de remédios especiais e particulares, procedendo ao competente exame e aprovação.

17 - Conferir os diplomas aos aprovados nos exames, para exercerem os seus mesteres.

18 - Fiscalizar o serviço de todos os seus delegados, subdelegados e outros empregados do ramo de saúde, e suspendê-los no caso de praticarem abusos ou prevaricações, dando conta ao governo, a fim de serem punidos judicialmente, conforme a natureza das culpas.

19 - Regular as quarentenas; declarar quais os portos contagiados ou suspeitos e qual o grau de suspeição de cada um deles; estabelecer o grau de susceptibilidade dos géneros; decidir sobre os casos ocorrentes duvidosos relativos à manutenção da saúde pública, não previstos na lei ou qualquer regulamento anterior, dando pronto conhecimento às Estações competentes.

20 - Formar o mapa necrológico do reino, que se remeterá no princípio de cada ano à Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, com as devidas observações, assim como o relatório do estado dos estabelecimentos públicos, cuja parte sanitária é da sua competência, com especificação dos melhoramentos que tiveram, ou das medidas necessárias para se obterem aqueles melhoramentos. Para o efeito, tanto a Direcção dos Hospitais Militares como o Conselho de Saúde Naval remeterão ao Conselho de Saúde Pública, mensalmente, os mapas dos óbitos acontecidos nos hospitais da sua competência.

21 - Organizar os modelos dos atestados dos facultativos, que devem servir para a concessão dos bilhetes dos Cabeças de Saúde para enterramentos, os guias dos hospitais e misericórdias, bem como os mapas necrológicos, de modo a uniformizar o sistema em todo o reino.

22 - Velar com o maior cuidado sobre a educação física dos habitantes, em especial nas casas dos expostos, órfãos, colégios públicos e particulares, fazendo publicar e adoptar instruções elementares em que se apresentem os preceitos gerais e singulares adaptados às diversas idades, sexos, ocupações e empregos.

23 - Formar a matrícula de todos os médicos, cirurgiões, boticários, farmacêuticos, dentistas, parteiros, parteiras, etc., que exercerem estas profissões no reino, escrevendo a data, a natureza de seus títulos e as terras em que se acham estabelecidos. As informações

confidenciais sobre o seu serviço serão reduzidas às seguintes notas: óptimo, bom, sofrível e mau. Estas matrículas serão feitas fora da capital pelos delegados, auxiliados pelos subdelegados, e remetidos por aqueles ao Conselho.

24 - Por último, publicar, por meio de um periódico mensal, os trabalhos, providências e resultado das medidas que empregar, assim como os mapas necrológicos, com as observações que demonstrem o estado público sanitário e os melhoramentos progressivos obtidos.

Dos Delegados do *Conselho de Saúde*

1 – Fiscalizar e cumprir parcialmente, em seus distritos, o que em geral é cometido ao Conselho de Saúde, designadamente as atribuições consignadas, na alínea d), nos n.ºs 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 20, 22 e 23.

2 – Remeter ao Conselho, na época que ele indicar:

Um relatório circunstanciado das moléstias que mais predominaram no distrito, do tratamento que se lhes aplicou, com a designação do número de mortos que tivesse havido;

Um mapa demonstrativo em que se declare o número e qualidade dos Estabelecimentos de Saúde, o seu estado, melhoramento que tiveram e aquele de que são susceptíveis;

O número e a qualidade de empregados dos Estabelecimentos de Saúde que cada um tinha, seus conhecimentos e serviços.

Dos Subdelegados do *Conselho de Saúde*

1 – Cumprir as instruções que pelo Conselho lhes forem transmitidas sobre a Higiene Pública e Polícia Médica.

2 – Satisfazer as requisições e exigências que pelos Delegados do Conselho lhes forem feitas sobre assuntos relativos à Saúde Pública.

3 – Fazer as visitas de saúde nos portos de mar, dos seus respectivos concelhos, aos navios e passageiros que neles entrarem, quando assim for determinado pelo governo.

4 – Conhecer da validade e legitimidade dos títulos com que os facultativos de medicina ou cirurgia se inculcarem habilitados para curar, bem como dos títulos de boticários, farmacêuticos, dentistas, parteiros, parteiras, etc., e vigiar para que não exerçam estes mesteres sem estarem para eles habilitados.

5 – Inibir a venda de remédios de composição secreta, sem estarem previamente aprovados pelo Conselho.

6 – Vigiar a venda pública de comestíveis, líquidos, drogas, remédios, etc., e proceder à revista deles pela forma como lhes incumbe este Regulamento, como empregados de saúde, e segundo as leis de administração, como empregados administrativos, e dando conta como adiante se determina.

7 – Formalizar e remeter ao Conselho as contas relativas ao rendimento e despesa das suas Subdelegações nas épocas que por ele forem determinadas.

8 – Superintender em seus Concelhos sobre tudo o que respeitar à manutenção da saúde pública.

Dos Cabeças de Saúde

1 – Não consentir que se enterre nas igrejas cadáver algum, ou em qualquer outro local, que não seja nos cemitérios para isso destinados.

2 – Não conferir bilhetes para enterramento de cadáveres nos cemitérios sem atestação dos facultativos, que trataram dos finados, ou ordem da autoridade judicial ou administrativa competente.

3 – Remeter ao Subdelegado (o administrador do concelho), no princípio de cada mês, a relação dos bilhetes conferidos durante o mês precedente, documentada com os atestados justificativos dos facultativos para ser por ele enviada ao Delegado do distrito. Remeter também o produto das quotas que pertencerem ao Conselho de Saúde, pela concessão dos citados bilhetes.

Em Lisboa estas remessas serão feitas directamente ao Presidente do Conselho de Saúde.

Dos Guardas dos Cemitérios

1 - Em cada cemitério haveria um guarda, nomeado pela Câmara Municipal do respectivo concelho, que seria pago pelas rendas dele. Para preenchimento deste emprego, devia dar-se preferência, sempre que possível, aos militares inválidos que tivessem servido com boa conta.

2 – Os guardas dos cemitérios tinham que saber ler e escrever para poderem preencher o serviço que lhes competia.

3 – Pertencia-lhes:

Impedir que os cemitérios fossem devassados ou profanados pelos animais;

Velar para que os corpos fossem bem enterrados e em covas profundas, com as dimensões que fossem designadas nas instruções que lhes dessem os Delegados ou os Subdelegados do Conselho de Saúde;

Receber, para serem enterrados, somente os cadáveres que fossem acompanhados de bilhetes do Cabeça de Saúde competente, ou os que aos cemitérios fossem enviados, com guias dos hospitais e misericórdias, assinadas pelos respectivos directores ou provedores, bem como os que fossem mandados enterrar por ordem das autoridades judiciais ou administrativas, em casos extraordinários;

Remeter, no princípio de cada mês, ao Subdelegado (o administrador do concelho), os bilhetes ou guias dos cadáveres enterrados durante o mês precedente, a fim de serem por ele conferidos com a relação que enviarem os Cabeças de Saúde e remetidos com ela ao Delegado do Distrito. Em Lisboa, seriam directamente remetidos ao Presidente do Conselho de Saúde.

e) – Outras disposições

Os vogais do Conselho de Saúde podiam ser incumbidos pelo Presidente, com aprovação do Conselho, de quaisquer comissões ou trabalhos que fossem da sua competência, tanto na capital como fora dela, especialmente na ocasião em que em algum

ponto do reino existisse contágio ou epidemia, dando conta ao Conselho do resultado das incumbências ou missões.

Os visitantes poderiam inibir os boticários de continuarem a manipulação dos remédios, quando estes não tivessem aptidão adequada ou quando houvessem errado ou cometido fraudes em prejuízo do público. Todavia, teriam que assegurar que a botica não se fechasse por falta de farmacêutico aprovado que manipulasse os remédios, especialmente nas terras pequenas onde houvesse falta de boticas.

Feitas as visitas, os delegados tinham que dar conta ao Conselho de Saúde do estado das terras que visitassem, do número e estado das boticas, dos hospitais civis e outros estabelecimentos de saúde, mencionando as providências que julgassem indispensáveis, a bem do serviço público e utilidade dos povos, bem como as penas e recompensas que julgassem aplicáveis aos empregados de saúde dessas terras.

Os facultativos de medicina e cirurgia dos concelhos eram obrigados a remeter, mensalmente, ao Delegado do respectivo distrito e, em Lisboa, ao Conselho de Saúde, uma relação circunstanciada dos enfermos que tratassem, especificando as suas moléstias, tratamento e resultado, e dando parte, ao mesmo tempo, do estado de salubridade e da polícia sanitária das terras. A mesma obrigação incumbia aos directores ou provedores dos hospitais civis e aos facultativos das casas de expostos, asilos, recolhimentos de órfãos ou de qualquer outra denominação.

No caso de invasão de moléstias contagiosas ou epidémicas e de epizootias, os médicos dos concelhos e, na sua falta, os cirurgiões tinham que dar imediatamente parte aos respectivos Delegados que, por sua vez, tinham que participar, sem demora, ao Conselho de Saúde¹⁶.

Segundo o Diploma, era intenção do governo estender a acção dos agentes de saúde a todo o país.

Directamente subordinado à Repartição dos Negócios do Reino, e em sua estreita ligação para resolução de todos os casos omissos no diploma, competia ao Conselho de Saúde Pública a fiscalização superior em tudo o que respeitasse aos diversos ramos de saúde.

Se a composição dos membros de vogais daquele Conselho mais parece satisfazer um compromisso político do que constituir uma selecção de individualidades credenciadas para o desempenho de funções na saúde pública, os órgãos intermédios, com uma estrutura vertical bem hierarquizada, com atribuições de tarefas específicas, prazos rigorosos, prémios e penalizações, e, simultaneamente, com obrigatoriedade de apresentação do levantamento de problemas, bem como das soluções mais apropriadas, permitiam uma coordenação de funções e uma co-responsabilização de todos os agentes na execução do Regulamento de Saúde Pública.

Por outro lado, se a obrigatoriedade da convocação do plenário, três vezes por semana, além das eventuais sessões extraordinárias, podia ser de execução difícil, a prerrogativa que o Conselho tinha de poder corresponder-se directamente com as mais altas autoridades nacionais e estrangeiras, sedeadas no País, possibilitava uma actuação rápida e directa para enfrentar situações emergentes.

Na prática, o êxito da aplicação do Regulamento de Saúde Pública ficava dependente da eficácia do trabalho dos Delegados do Conselho de Saúde Pública, colocados em cada Cabeça de Distrito Administrativo, dos Subdelegados do Conselho de Saúde Pública nos Concelhos, dos Regedores da Paróquia nas Paróquias e dos Guardas dos Cemitérios.

¹⁶ - Diário do Governo n.º 9, 11 de Janeiro de 1837, *Legislação Portuguesa, Collecção de Leis e outros Documentos Officiaes*, 1.º Semestre de 1837, sétima Serie – 1.ª Parte, Lisboa, Imprensa Nacional, 1837, pp. 28-33. Como se depreende, o nosso texto é praticamente uma transcrição do diploma.

Através das novas medidas adoptadas por Passos Manuel contribuía-se para a alteração gradual do conceito tradicional de Saúde, que deixa de corresponder só à cura da doença, para passar a integrar também a prevenção da doença.

São, de facto, relevantes as acções previstas no diploma:

Fiscalizar e inspeccionar tudo o que dissesse respeito à saúde pública, designadamente, lojas, fábricas, cadeias públicas, hospitais civis, recolhimentos, lazaretos, casas de asilos de mendicidade e quaisquer outros estabelecimentos de caridade, portos do mar, pântanos, charcos, águas estagnadas, poços ou quaisquer outros focos de infecção, cemitérios públicos e outros locais em que a saúde pública estivesse em causa;

Elaborar a resenha do estado sanitário, acompanhada de observações e proposta ao governo de providências ou melhoramentos necessários;

Indicar às câmaras municipais o melhor e o mais rápido método para a limpeza;

Regular as quarentenas e decidir sobre casos duvidosos ou não previstos na lei;

Formar o mapa necrológico do reino;

Prevenir as autoridades administrativas da existência de profissionais de saúde sem habilitações ou licença para curar, bem como da venda de remédios particulares de composição secreta não aprovados pelo Conselho;

Examinar os boticários, farmacêuticos, cirurgiões (que pretendiam curar em medicina), médicos formados em universidades estrangeiras, parteiros, parteiras, sangradores, algebristas e dentistas;

Conceder licenças para venda de remédios especiais e particulares;

Organizar os modelos dos atestados dos facultativos, os guias dos hospitais e misericórdias, bem como os mapas necrológicos, de modo a uniformizar o sistema em todo o reino;

Velar com maior cuidado sobre a educação física dos habitantes, em especial dos mais desfavorecidos;

Formar a matrícula de todos os profissionais de saúde, classificando-os qualitativamente e escrevendo a data, a natureza dos seus títulos e as terras em que se encontram estabelecidos;

Obrigar a publicar no periódico mensal, os trabalhos, providências e resultados das medidas que empregassem, assim como os mapas necrológicos, com observações respeitantes ao estado sanitário e aos melhoramentos progressivos obtidos.

Como afirmou Ricardo Jorge na sua conferência sobre *A Hygiene em Portugal*, em 3 de Agosto de 1884, a organização sanitária traçada por Passos Manuel não só é verdadeiramente “admirável e fecunda”, como representa uma antecipação legislativa na organização da polícia sanitária em relação a outros países: “Fôra uma grave lacuna em o novo plano a ausencia do elemento medico para as subdelegacias nos concelhos, lacuna que deve especialmente attribuir-se às deficiencias da epocha. No seu todo porém a organização sanitaria, traçada por Passos Manoel, é verdadeiramente admiravel e fecunda; e infunde tanta mais consideração quando é certo que só dez annos depois, em 1848, é que surgiam em França e na Inglaterra leis organisadoras de policia sanitaria, representadas pelo Public Health Act e pela instituição dos Conseils d’hygiène et salubrité.”¹⁷

¹⁷ - Ricardo d’Almeida Jorge, *Hygiene Social Aplicada á Nação Portuguesa*, Porto, Livraria Civilização, 1885, pp. 22-23.

4 – O retrocesso

A Reforma de Passos Manuel parecia ter criado as condições fundamentais para a resolução dos problemas de Saúde em Portugal. Porém, basta ler a composição do Conselho de Saúde Pública para se inferir que esta lei, embora possa ter aumentado as disposições de vigilância e intervenção, dificilmente podia impor, de forma concertada, o cumprimento das medidas de protecção sanitária e de higiene colectiva, legalmente impostas. Por isso, teve “aceitação e execução pouco eficaz por parte dos responsáveis e do povo em geral, donde o deficiente estado de sanidade dos aglomerados populacionais”¹⁸.

Razão pela qual a Lei de 18 de Setembro de 1844 procurasse reorganizar e colmatar as insuficiências identificadas na Lei anterior.

No Reino e nos seus domínios, a autoridade superior continuava a ser a do Conselho de Saúde Pública do Reino, agora de composição mais restrita e de nomeação centralizada, com cinco vogais efectivos, três médicos e dois cirurgiões, de nomeação régia, e quatro adjuntos, três médicos e um cirurgião, nomeados pelo governo. Em cada distrito, passava a existir um Provedor de Saúde, em cada concelho municipal e em cada bairro das cidades de Lisboa e Porto, um Vice-Provedor de Saúde, e em cada paróquia, um Comissário de Saúde. Estes cargos seriam desempenhados por médicos, excepto o de Comissário de Saúde que, em cada paróquia, seria desempenhado pelo respectivo regedor. Um farmacêutico, nomeado pelo Governo, seria adido ao Conselho para, sob a sua direcção, executar as análises químicas e outros trabalhos próprios da sua profissão. São criadas também trinta e duas Estações de Saúde, nos portos do litoral, distribuídas em quatro categorias, conforme os portos fossem da 1.^a, 2.^a, 3.^a ou da 4.^a ordem.

Ao Conselho de Saúde é anexada a Instituição Vacínica. Em todos os concelhos, far-se-ia vacinação gratuita e pública, pelo menos duas vezes por mês, nos Paços do Concelho ou no Hospital da Misericórdia, se houvesse, ou em outro lugar público, que o Vice-Provedor de Saúde julgasse apropriado¹⁹. Recordar-se que, nesta data, 1844, a vacinação limitava-se, apenas, à aplicação da vacina anti-variólica, iniciada em todo o Mundo após os trabalhos de Edward Jenner, em 1796. Acrescente-se, ainda, que esta vacina teria começado a ser utilizada, pelo menos, a partir de 1799, na cidade de Lisboa²⁰.

Apesar dos ajustes, depressa se verifica que também esta Lei, de Setembro de 1844, necessitava de alterações, o que vem a ser feito com a Lei de 26 de Novembro de 1845.

O Conselho de Saúde Pública do Reino deixa de ser presidido por um médico, para passar a sê-lo pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino. Em vez de trinta e duas Estações de Saúde, são criadas trinta e sete. A nomeação dos Comissários de Saúde passa a poder recair ou não no regedor da paróquia, e as funções deste passam a poder ser exercidas simultaneamente em duas ou mais paróquias²¹.

Volvidas cerca de três décadas, a Lei de 3 de Dezembro de 1868, embora reconheça que o decreto de 3 de Janeiro de 1837 tinha trazido “um melhoramento importante na

¹⁸ - F. A. Gonçalves Ferreira, *op. cit.*, p. 229.

¹⁹ - Diário do Governo n.º 227 e seguintes, 25 de Setembro, *Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa*, redigida pelo desembargador António Delgado da Silva, anno de 1844, Lisboa, Imprensa Nacional, 1845, pp. 230-238.

É de destacar que aos Provedores se atribuía a obrigatoriedade de “Remetter annualmente ao Conselho de Saude um Relatorio do estado sanitario do respectivo Districto, indicando as molestias mais frequentes, e suas causas, com declaração das que são passageiras, ou permanets, ou extraordinarias, e propondo os meios de as extinguir” (n.º 3 do artigo 16).

²⁰ - António de Azevedo, “Comemoração das descobertas da vacina e da anestesia”, *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Tomo LX, Lisboa, 1896, p. 54.

²¹ - Diários do Governo de 1 de Dezembro, n.º 283, até o de 5 de Dezembro, n.º 287, *Legislação Portuguesa*, Lei de 26 de Novembro de 1845, pp. 783-791.

organização do serviço de saúde, até então subordinado a disposições legislativas dispersas, incoerentes e desarmónicas”, e que as leis de saúde de 18 de Setembro de 1844 e de 26 de Novembro de 1845 tinham tido uma duração efémera, devido a vicissitudes políticas, extingue o Conselho de Saúde Pública do Reino, passando as suas funções deliberativas e executivas a ser exercidas pela Secretaria de Estado dos Negócios do Reino.

Esta passava a ter uma Repartição na qual seriam processados e expedidos todos os negócios de saúde pública. Na Secretaria, era criada uma Junta Consultiva de Saúde Pública, presidida pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino, composta por cinco vogais ordinários, facultativos aprovados nas escolas superiores do reino em medicina ou cirurgia, e onze vogais extraordinários, cuja composição, de tão díspar, abrangia desde o Director-Geral das Obras Públicas ao negociante matriculado da praça de Lisboa.

A Junta Consultiva de Saúde Pública seria ouvida sobre:

1 – As propostas de lei que acerca de assuntos de saúde pública tivessem que ser apresentadas às cortes;

2 – Os decretos, regulamentos e instruções de administração sanitária e sua interpretação;

3 – Os regulamentos das quarentenas, fiscalização sanitária nos portos de mar e serviço dos lazaretos;

4 – As providências que deviam ser adoptadas para prevenir ou combater epidemias, endemias, epizootias e quaisquer moléstias contagiosas;

5 – Os meios adequados para promover a propagação da vacina;

6 – A polícia sanitária dos estabelecimentos industriais insalubres, incómodos ou perigosos, e a higiene dos respectivos operários;

7 – Providências relativos a cemitérios;

8 – A polícia sanitária rural;

9 – A polícia sanitária das mulheres toleradas;

10 – A escolha do local para a fundação de hospitais, rodas de expostos, creches, asilos, cadeias e outros estabelecimentos análogos, higiene e seu regime sanitário interno;

11 – A polícia sanitária municipal, sistema de despejos e de limpeza das povoações, higiene das habitações e lugares onde residissem grande número de pessoas;

12 – As condições higiénicas que deviam ser observadas a bordo dos navios que transportassem colonos;

13 – A polícia sanitária dos alimentos;

14 – A polícia sanitária dos medicamentos, drogas e remédios de composição secreta, uso de águas minerais e de banhos termais;

15 – O regimento dos preços dos medicamentos que tivesse que ser publicado;

16 – A formação do quadro nosográfico;

17 – Os modelos das certidões e bilhetes obituários e guias dos hospitais;

18 – As regras que deviam seguir-se para uniformidade da estatística necrológica;

19 – Quaisquer outros assuntos de administração sanitária em que fosse consultada pelo governo.

Quanto à organização dos serviços de saúde, determinava-se que:

Nos distritos, caberia ao respectivo governador civil superintender e prover em tudo o que dissesse respeito à saúde pública, na conformidade das leis, regulamentos e ordens do governo, e fiscalizar as repartições e empregados de saúde. Haveria junto de cada governador civil um delegado de saúde, encarregado de o aconselhar nos assuntos de saúde pública que demandassem conhecimentos técnicos. Estes delegados de saúde seriam facultativos, nomeados pelo governo, com funções meramente consultivas, mas sendo necessariamente ouvidos quando se tratasse da matéria constante nos citados números 4 a 14, 17 e 18, em que a Junta Consultiva de Saúde Pública também era ouvida;

Ao administrador caberia, no seu concelho ou bairro, superintender e prover em tudo o que dissesse respeito à saúde pública, na conformidade das leis, regulamentos e ordens do respectivo governador civil, especialmente em vinte funções mencionadas no diploma. Em cada um dos concelhos do continente e das ilhas adjacentes haveria um subdelegado de saúde, encarregado de aconselhar o administrador do concelho em assuntos de saúde pública que demandassem conhecimentos técnicos. Estes subdelegados de saúde seriam facultativos, nomeados pelo governador civil, sob proposta do respectivo administrador do concelho, com funções meramente consultivas, mas sendo necessariamente ouvidos em determinados casos mencionados no diploma;

Em cada freguesia, haveria um comissário de saúde, que seria o respectivo regedor, cujas competências também vêm mencionadas no diploma.

Quanto à defesa contra as infecções por via marítima, manter-se-iam nos portos do litoral do continente e ilhas adjacentes as Estações de Saúde e repartições anexas existentes²².

Na realidade, para que as determinações legais funcionem não basta dar-lhes força imperiosa, porque elas só são eficazes quando o País está preparado para as aceitar ou quando, pelo menos, simultaneamente, são criadas condições que permitam a sua aplicação. Embora o excerto que se segue, retirado dos *Anais do Conselho de Saúde Pública*, se reporte à década de trinta, mais precisamente a 1839, continua a ilustrar, na perfeição, a mentalidade social e também científica das décadas seguintes. A diferença entre o país legislado e a eficácia da prática higiénica está, efectivamente, bem retratada nesta transcrição: “É antigo costume nesta capital ordenar-se, pelas autoridades competentes, que os objectos de uso dos falecidos de tísica pulmonar sejam queimados, nem poucas vezes se tem visto estes espectáculos públicos; entretanto a experiência tem mostrado que no maior número de

²² - Diário de Lisboa (sic) n.º 284, de 14 de Dezembro, *Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa*, Anno de 1868, Lisboa, Imprensa Nacional, 1869, Lei de 3 de Dezembro de 1868, pp. 432-435.

casos são os mandados das autoridades iludidos e só se queimam os trastes inúteis ou de pouco valor, e que os outros, sem a devida beneficiação, vão servir aos sãos e pôr assim em risco a sua saúde e comprometer as suas vidas.”²³

Inicialmente, o Conselho de Saúde Pública deu “inúmeras provas do seu zelo e sabedoria em mais do que uma ocasião perigosa e a sua attitude perante as ameaças ou invasões de epidemia foi recta e digna. Incitou muitas reformas, fez uma propaganda firme em favor de muita ideia avançada e generosa em materia de policia sanitaria, e tentou educar o espirito publico”²⁴, todavia, “não foi bem duradoiro; a degeneração entrou no conselho de saude. Primeiro veio a incuria e o desleixo; depois, como consequencia, a ausencia deploravel de trabalhos proprios, a mediocridade e inanidade até das suas deliberações. E em 1865 o conselho estava depauperado...de saude.”²⁵

Por isso, era urgente a reforma de homens e instituições. Mas o diploma de 1868, de D. António Alves Martins, bispo de Viseu, que, na sua introdução, vem acompanhado da desculpa de estreiteza do tempo e das dificuldades do tesouro, foi, na voz de Ricardo Jorge, “filho de damnado coito burocratico”, que, em vez de representar um avanço se traduziu em “verdadeiro escandalo da sciencia, do senso cummum e da saude publica”²⁶.

A actividade legislativa e reformas sanitárias surgiam, quase sempre, na sequência dos graves surtos epidémicos de “cólera-morbus” e febre amarela, causadoras de grande mortalidade, perante recursos estratégicos, técnicos e humanos permanentemente ineficazes. A década de cinquenta foi particularmente marcada por estes flagelos. Importada de Espanha em 1855, a cólera, responsável por grande morbidade e mortalidade, tornar-se-ia praticamente endémica na cidade de Lisboa, onde se manteria até Novembro de 1856 ²⁷. Para além das razões higiénicas, numa época em que as noções sobre a importância da assepsia afloram apenas entre os mais iluminados homens de ciência, as condições climatéricas de 1856 não se mostraram também muito favoráveis. Em Londres, John Snow descobrira nesse ano a transmissão hídrica da cólera.

Em 1872, foi publicado por Caetano Beirão um novo projecto de regulamento sanitário para Lisboa, visando a protecção da população contra uma nova invasão de cólera. Por outro lado, uma Comissão de especialistas, nomeada pela Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, elaborou, em 1886, um projecto de instruções populares sobre a natureza da doença e as respectivas precauções a tomar. Discutiram-se a importância dos “cordões sanitários”, a implementar nos países, regiões e zonas afectadas, bem como o interesse das visitas sanitárias, o isolamento de doentes, a desinfecção das roupas e o interesse no uso de água potável²⁸.

As mudanças determinadas pelo espírito científico da segunda metade do século XIX e pela experiência adquirida no confronto assíduo com tais adversidades levam a que as classes mais avisadas da sociedade, da medicina e da política comecem a ter uma visão da saúde pública e dos seus problemas bem diferente da de épocas anteriores. Em 1863 criou-se, assim, nas Escolas Médico-Cirúrgicas, uma cadeira de Medicina Legal e Higiene Pública; esta área disciplinar era já leccionada, desde 1836, na Faculdade de Medicina de Coimbra.

²³ - M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 411.

²⁴ - Ricardo d’Almeida Jorge, *Higiene Social Aplicada Á Nação Portuguesa*, Porto, Livraria Civilização, 1885, p. 23.

²⁵ - Idem, pp. 23-24.

²⁶ - Idem, pp. 25 e 24.

²⁷ - S.A., *Relatório da Epidemia de Cólera em Portugal nos anos de 1855 e 1856*, Lisboa, 1858, p. 13.

²⁸ - M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 477.

II – A CRIAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1 – Ricardo Jorge e a peste bubónica

Ricardo Jorge, médico, um dos membros da comissão técnica de saneamento da cidade do Porto, eleito relator geral pelos seus pares, quando relata ao Presidente da Câmara Municipal daquela cidade o estado de saúde do município, vinca de uma forma insofismável a importância da higiene no bem-estar da população:

“A limpeza Deus a amou, afirma o dicto popular; e ama-a também a hygiene. A limpeza da cidade não é só uma obra meritoria ao creador, é uma obra redemptora das creaturas. D’essa purificação depende, nada mais nem nada menos, que o estado sanitario da população; a doença e a morte prosperam com a immundicie”²⁹.

Na realidade, como portuense, sentia a necessidade de elevar a higiene ao amor divino, porque constatava que o estado de degradação a que tinha chegado a sua cidade era deveras chocante: “Não farei offensa ao homem portuense, se me atrever a dizer que umas tres quartas partes das nossas casas são mais ou menos uma especie de sentina cloisonnée.”³⁰

Procurava sensibilizar os governantes citando as proféticas palavras de Disraeli, “vigiar pela saude do povo é o primeiro dever do homem publico”, e apontava Inglaterra, precursora e mestra de todas as nações em higiene pública, como exemplo a seguir³¹.

Feito e exposto o estudo da situação, proclamava a urgência de um inquérito sobre instalações, processo de remoção de imundícies, condições orográficas, hidrográficas, estatísticas e outras, e apresentava quatro propostas com questionário pormenorizado que abarcava os problemas essenciais da higiene portuense.

Antes mesmo que o inquérito pudesse ser posto em prática, Ricardo Jorge, no dia 4 de Julho de 1899, recebe um bilhete de um negociante da rua de São João, chamando a sua atenção para uns óbitos que tinham ocorrido na rua da Fonte Taurina. Inteirado do caso, e suspeitando da gravidade da moléstia, dá imediato conhecimento às autoridades competentes das suas inquietações e toma medidas para impedir a propagação da doença.

Trezentos anos depois do último surto epidémico, a peste bubónica regressara a Portugal e Ricardo Jorge foi, indiscutivelmente, o primeiro investigador português a diagnosticar correctamente a doença e a observar e descrever o seu agente bacteriano, já identificado em 1894 por Alexandre Yersin e Kitasato, durante surtos de peste a que ambos puderam assistir, separadamente.

Confrontado, desde a primeira hora, com uma situação de tão grande responsabilidade, Ricardo Jorge não só teve a frieza e a coragem para assumir a existência da doença, como revelou também a serenidade indispensável à definição das respectivas estratégias de luta contra a peste.

Rapidamente, a notícia faz eco pelo mundo fora. As missões dos peritos estrangeiros confirmavam *in loco*, total e integralmente, tudo o que fora diagnosticado e prognosticado pelo investigador português.

²⁹ - Ricardo Jorge, *Saneamento do Porto. Relatorio apresentado á Comissão Municipal de Saneamento*, Porto, Typographia de António José da Silva Teixeira, 1880, p. 10.

³⁰ - Idem, p. 30.

³¹ - Idem, pp. 3 e 16.

No apêndice documental que acompanha este trabalho, o autor, na página 88, por indicação do paleógrafo da Câmara do Porto, referindo-se ao primitivo regimento sobre posturas, dado por D. Pedro I, data-o de 10 de Outubro de 1401, especificando que se trata do pergaminho do século XV.

Na verdade, o rei D. Pedro I reinou de 1357 a 1367. O lapso na datação reside no facto de a data de 1401, que deve constar do documento, se referir à era de César. Para se acertar com o nosso calendário é preciso subtrair 38 anos. Assim, a data do documento não é de 10 de Outubro de 1401, mas sim 10 de Outubro de 1363.

Depois do cidadão espanhol Gregório Blanco, primeiro caso de falecimento por peste bubónica registado em 5 de Junho de 1899, diagnosticaram-se, entre esta data e 24 de Setembro do mesmo ano, mais 88 casos, 48 homens e 40 mulheres, com idades compreendidas entre os 2 e os 80 anos. Ao todo, pereceram 37 pessoas, isto é, 41,5% dos doentes.

Todavia, conforme relata Ricardo Jorge, apesar da vigilância estabelecida, calcula-se que “pelos menos um quinto dos casos tem sido desconhecidos”³².

³² - Idem, *A Peste bubónica no Porto-1899. Seu descobrimento-Primeiros trabalhos*, Porto, Repartição de Saude e Hygiene da Camara do Porto, 1899, p. 53.

A tentativa de isolar o Porto do resto do país, através do cordão sanitário com controlo militar, não impediu que surgissem casos de peste em Barcelos, Guimarães, Santo Tirso e Lisboa (Legislação Sanitaria. Collecção de Documentos Officiaes desde Julho de 1899 a 24 de Dezembro de 1901, in *Annaes de Saude Publica do Reino Publicados pela Inspeção Geral dos Serviços Sanitarios, Seccão de Legislação – Tomo II*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1904, p. 168.)

O comportamento de certa imprensa periódica e de parte da população portuense foi lamentável:

“A agitação de parte da população do Porto, adversa ás mais elementares e consagradas medidas prophylacticas, e que chegou a romper por vergonhosos desmandos e desacertos, entretinha-a parte da imprensa periodica, que falseando a sua missão, promovia a negação da existencia da epidemia pestilencial, affrontava as autoridades publicas, injuriava e agredia os seus agentes, concorrendo por todos os modos para o descredito e mallogro da defesa da saude publica.” (Idem, p.167).

As medidas implementadas pelo médico municipal Ricardo Jorge foram alvo de desagradáveis manifestações populares, a ponto de tornar difícil a sua permanência na cidade do Porto, o que motivou a sua transferência para Lisboa.

Chamado a dirigir o combate contra aquela terrível doença, Luís da Câmara Pestana foi por ela atacado, vindo a falecer, em 15 de Novembro de 1899, com apenas 36 anos de idade (M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, pp. 479 e 454).

2 – A criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública

A epidemia da peste bubónica, que grassou na cidade do Porto, revelou aos governantes que o facto de o país ter ficado imune durante longos anos àquele flagelo não era suficiente para se acreditar que bastavam os regulamentos de sanidade marítima para poupar Portugal daquela e doutras doenças epidémicas.

A reorganização dos serviços de saúde e higiene, que há muito se fazia sentir no país, a partir da descoberta da peste bubónica e da acção desenvolvida por Ricardo Jorge, impôs-se como uma necessidade inadiável.

Por isso, afirmavam os governantes: “A crise sanitaria, que nos assaltou, invadindo a peste bubónica de surpresa a cidade do Porto, sem embargo das rigorosas precauções do aviso de 14 de abril de 1897, mallogrou aquella esperança, e poz em relevo, que os sacrificios do thesouro publico para se alcançar uma efficaz organização dos serviços de saude em todo o reino serão sempre incontestavelmente menos dolorosos e incomparavelmente menos avultados, que os exigidos actualmente para prevenir, combater e debellar qualquer invasão epidemica”³³.

Para a realização de todas as necessárias reformas, apontava-se para as seguintes medidas:

- a) Especialização dos serviços e unidade na sua direcção superior, tanto na parte técnica como administrativa;
- b) Criação de um quadro de funcionários especializados, competentes e de reconhecida idoneidade;
- c) Autonomia da Direcção-Geral de Saúde e Higiene Pública, face aos demais serviços do Ministério dos Negócios do Reino;
- d) Criação de uma Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, sendo as funções do Director e do Chefe de Repartição de Saúde confiadas a quem, a par das condições gerais para o exercício de semelhante cargo, possua as habilitações técnicas indispensáveis para o expediente dos assuntos de sanidade pública;
- e) Exercício pelo Chefe de Repartição da Saúde das importantes e indispensáveis funções de Inspector-Geral dos Serviços Sanitários, para que haja garantia de uma inspecção que fiscalize e vigie em todo o reino;
- f) Criação de um corpo consultivo que não só coadjuve com o seu conselho o governo, nos variados assuntos de saúde e higiene, mas que tenha também a iniciativa da proposta de melhoramentos que convenha introduzir nos mesmos serviços³⁴.

Aprovada a Reforma da Organização Superior dos Serviços de Saúde, Higiene e Beneficência Pública, no dia 4 de Outubro de 1899, por Decreto assinado por José Luciano de Castro, é criada, na Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, dividida em duas Repartições, competindo a cada uma delas as atribuições que naqueles assuntos pertenciam, ao tempo, à Direcção-Geral de Administração Política e Civil.

Os lugares de Director e Inspector-Geral seriam providos por médicos habilitados pela Universidade de Coimbra ou pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa ou do Porto.

As funções que, ao tempo, competiam à Junta Consultiva de Saúde Pública seriam desempenhadas por um Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública, presidido pelo Ministro e Secretário de Estado dos Negócios do Reino. Como vice-Presidente ficaria o

³³ - Diário do Governo, n.º 226, de 6 de Outubro, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Anno de 1899, Lisboa, Imprensa Nacional, 1900, p. 487.

³⁴ - Idem, *ibidem*.

Director-Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública e como Secretário um dos empregados da respectiva Direcção-Geral.

O Conselho Superior de Saúde e Higiene Pública teria vogais ordinários, substitutos e extraordinários e, logo que instalado com os vogais ordinários, teria que propor ao Governo a reorganização dos serviços de saúde distritais e concelhios.³⁵

João Ferraz de Macedo foi o primeiro Director-Geral de Saúde e Beneficência Pública.³⁶

³⁵ - *Idem, Ibidem.*

A criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e do Conselho Superior de Saúde Pública tinha como objectivo fundamental melhorar a defesa contra futuras epidemias:

“A insufficiencia da nossa organização sanitaria revelara-se mais que uma vez nesta apertada conjuntura. No seu parecer de 13 de setembro o reconheciam os vogaes da junta quando de antemão declaravam applaudir «qualquer systema que á hygiene publica e á organização da policia sanitaria traga melhoria para defesa contra futuras epidemias». Para o conseguimento d’esto voto era preciso reedificar desde a base a nova administração sanitaria. A esta obra social de devotou o Governo iniciando-o pelo decreto de 4 de outubro, que cria uma direcção geral de saude e beneficencia publica e o Conselho Superior de Saude Publica, e pelo de 28 de dezembro, que reorganiza a saude publica do reino.” (“Legislação Sanitaria. Collecção de Documentos Officiaes desde Julho de 1899 a 24 de Dezembro de 1901”, in *Annaes de Saude Publica do Reino Publicados pela Inspeccão Geral dos Servicos Sanitarios*, Seccção de Legislação – Tomo II, Lisboa, Imprensa Nacional, 1904, p. 168.)

Assinale-se que, no trabalho *A Saúde dos Portugueses. 1997*, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, Lisboa, 1997, por lapso, na página 18, consta que a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública foi criada em Dezembro de 1901, quando o diploma aí citado em nota, de 24 de Dezembro de 1901, corresponde à criação do Regulamento-Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública e não da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública. Na realidade, conforme documentámos, esta foi criada em 4 de Outubro de 1899. Em igual lapso laborou também M. Ferreira de Mira (*op.cit.*, p. 504). Como, para os profissionais de saúde, a regulamentação dos serviços de saúde era fundamental e necessária para o exercicio quotidiano da sua profissão, e essa só se deu, de facto, em 1901, possivelmente por arrastamento, foi-se atribuindo a mesma data à criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública.

³⁶ - M. Ferreira de Mira, *op. cit.*, p. 506.

3 – Regulamento Geral dos Serviços da Saúde e Beneficência Pública

No longo preâmbulo que justifica o diploma de 1901, definem-se, além de outras, as atribuições das várias entidades envolvidas. O papel dos párocos continua a ser posto em evidência porque, além dos deveres legais consagrados de registo estatístico e de polícia mortuária, confia-se-lhes também a divulgação de instruções e conselhos populares sobre higiene. Mas é sobretudo no facultativo, considerado o primeiro funcionário de saúde, e no médico que se aposta o êxito do sistema de saúde que se pretende inaugurar:

“A serie medica abre pelo facultativo que na pratica da sua profissão tem de ser naturalmente o primeiro funcionario de saude; sem que o medico comprehenda que por imposição deontologica e necessidade impreterivel tem de na assistência individual zelar a assistencia collectiva, não há hygiene publica viavel, tanto nos seus fundamentos de pathologia social, como na sua obra a mais imperiosa e salvadora, a defesa contra as molestias zymoticas. A classe medica do país – demonstra-o o seu honroso porte perante epidemias recentes – está compenetrada d’esse alto dever social, que, como nenhum outro, erige a sua profissão num sacerdocio publico. Será ella, pois, e confiadamente, o esteio do systema sanitario inaugurado”.³⁷

Logo no artigo primeiro deste diploma, da autoria do reformador sanitário Ricardo Jorge, e publicado pelo ministro Ernesto Rodolpho Hintze Ribeiro, se afirma que a “superintendencia dos serviços de saude e beneficencia publica pertence ao Ministerio do Reino, competindo a resolução e expediente dos negocios respectivos sob a immediata auctoridade e determinação do Ministro, á Direcção Geral de Saude e Beneficencia Publica, que faz parte da Secretaria de Estado dos Negocios do Reino”.³⁸

E o artigo segundo reza assim: “Á Direcção Geral de Saude e Beneficencia Publica preside um director geral. O logar do director geral será provido pelo Governo em medico habilitado pela Universidade de Coimbra ou pelas escolas medico-cirurgicas de Lisboa e Porto, que reconhecidamente possua a capacidade e mais requisitos necessarios para o desempenho das importantes funcções que lhe são comettidas”.³⁹

Das treze competências conferidas ao Director-Geral, salientamos a que o obriga a “submetter à apreciação do Ministro, devidamente informados e instruidos pelas estações competentes, os negocios que necessitem de resolução superior, interpondo o seu parecer, escrito ou verbal” e “propor ao Ministro as reformas e melhoramentos que mais convenham aos interesses do serviço publico”.⁴⁰

³⁷ - Diário do Governo, n.º 292, de 26 de Dezembro de 1901, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Anno de 1901, Lisboa, Imprensa Nacional, 1902, p. 1032.

³⁸ - Idem, p. 1037.

³⁹ - Idem, *Ibidem*.

⁴⁰ - Idem, *Ibidem*.

As funções do serviço de saúde são especificadas no documento: “vigiar e estudar quanto diz respeito á sanidade publica, á hygiene social e á vida physica da população, promovendo as condições da sua melhoria, e abrangem a defesa contra a invasão das molestias exotico-pestilenciaes, a estatistica demographico-sanitaria, a prevenção e combate das molestias inficiosas, a salubridade dos logares e habitações, a inspecção das substancias alimenticias, a hygiene da industria e do trabalho, a policia mortuaria, o exercicio medico-profissional e quaesquer outras applicações da hygiene publica” (pp. 1037-1038).

Com este diploma, os serviços de saúde passam a dividir-se em centrais e externos. Os primeiros fazem parte da Direcção-Geral da Saúde e Beneficência Pública e pertencem à Secretaria de Estado dos Negócios do Reino e os segundos são estabelecidos fora da Secretaria de Estado, ficando na dependência dos centrais.

Os serviços centrais de saúde compreendem a Inspeção Geral dos Serviços Sanitários do Reino, a Repartição da Saúde e o Conselho Superior de Higiene Pública, que exerce funções consultivas. As atribuições de cada um destes organismos podem ser consultadas no diploma.

A reforma de 1899 de Ricardo Jorge, profusamente definida neste Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública, com 347 artigos, alguns dos quais com vários números e alíneas, representa uma grande vontade de lutar em prol da saúde em Portugal, lançando as bases da legislação sanitária do país. Todavia, na opinião de Gonçalves Ferreira, estas “bases do que se pode chamar o moderno sanitarismo considerado necessário ao País, não conseguiram fazer melhorar as condições de saúde geral da população e o estado sanitário urbano, apesar de serem definidas e discriminadas minuciosamente as atribuições dos funcionários sanitários, das autoridades administrativas e eclesiásticas em relação aos assuntos de saúde pública”. Segundo o seu parecer, os inconvenientes mais notórios desta reforma foram “a dispersão de responsabilidades por numerosas entidades e a falta de interesse destas”⁴¹.

A verdade é que depois do diploma de 4 de Outubro de 1899, que criou a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, e da sua regulamentação, em 1901, começa a tornar-se mais claro que, agora, ainda faltava dar o passo decisivo, isto é, que era necessário cortar o secular cordão umbilical que ligava a saúde dos portugueses à beneficência pública.

No que diz respeito aos serviços externos, o documento especifica, entre outras, as funções sanitárias, do médico sanitário, dos governadores civis, dos administradores do concelho, dos regedores da paróquia, das câmaras municipais, das juntas das paróquias, dos párocos, dos administradores e guardas dos cemitérios municipais e paroquiais, dos facultativos, dos facultativos municipais, dos delegados de saúde, dos subdelegados de saúde, do engenheiro sanitário e do secretário.

Os serviços especiais de desinfecção e análises sanitárias são desempenhados em Lisboa pelo Posto de Desinfecção Pública, pelo Real Instituto Bacteriológico e pelo Laboratório de Higiene.

É criado, em Lisboa, um Instituto Central de Higiene, com o intuito de ministrar instrução especial técnica e conferir tirocínio profissional prático, necessário como habilitação de admissão aos lugares de médicos e engenheiros do corpo de saúde pública, e com numerosas outras atribuições.

O serviço de sanidade marítima continua a ser desempenhado pelas Estações de Saúde, agora de 1.^a, 2.^a e 3.^a classes, conforme o seu pessoal, material e funções.

Por sua vez, os Serviços de Beneficência Pública dividem-se em serviços centrais, que compreendem a Repartição de Beneficência e o Conselho Superior de Beneficência Pública, e os serviços externos (pp. 1038-1064).

⁴¹ - F. A. Gonçalves Ferreira, *op. cit.*, pp. 337-338.

4 – A criação da Direcção-Geral de Saúde

Essa separação entre a saúde e beneficência pública é concretizada com a criação da Direcção-Geral de Saúde.

Assim, por decreto do Ministro do Interior, António José de Almeida, no dia 9 de Fevereiro de 1911, é extinta a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criada a Direcção-Geral de Saúde, que passa a ter a seu cargo a resolução e o expediente dos serviços de saúde pública, sendo os serviços de beneficência integrados na Direcção-Geral de Administração Política e Civil. É igualmente extinto o lugar de Inspector-Geral dos Serviços Sanitários, passando o respectivo funcionário a ocupar o cargo de Director-Geral de Saúde. Esta responsabilidade coube a Ricardo Jorge⁴².

O Director-Geral de Saúde é nomeado pelo Governo e fica sob imediata autoridade do Ministro do Interior. O Instituto Central de Higiene, que estava na dependência imediata da Direcção-Geral de Saúde, é incorporado nos estabelecimentos anexos à Faculdade de Medicina de Lisboa⁴³.

A criação da Direcção-Geral de Saúde é um marco significativo na legislação de saúde em Portugal. Curiosamente, esta instituição centenária, que veio a afirmar-se essencial para a orientação e coordenação da saúde a nível nacional, nasceu de uma forma seca, por decreto, para valer como lei, sem preâmbulo, nem qualquer nota explicativa ou justificativa.

Esta circunstância revela que a permanência e a continuidade de organismos novos não dependem da fundamentação que se dá para a sua criação, mas sim da sua real, efectiva e constante necessidade.

⁴² - Diário do Governo n.º 33, de 10 de Fevereiro de 1911, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Anno de 1911, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912, pp. 118-119.

Embora desconheçamos o documento de sua nomeação, inferimos que o primeiro Director-Geral a ser nomeado no seguimento da transformação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública em Direcção-Geral de Saúde foi Ricardo Jorge:

Pelo trabalho desempenhado no combate à peste bubónica foi nomeado Inspector-Geral da Saúde Pública. No diploma da criação da Direcção-Geral de Saúde consta que é extinto o lugar de Inspector-Geral dos Serviços Sanitários e que o respectivo funcionário passa a ocupar o cargo de Director-Geral de Saúde. De facto, em 21 de Outubro de 1910 continuava a ser Inspector-Geral dos Serviços Sanitários (Diário do Governo n.º 16, de 24 de Outubro de 1910, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Anno de 1910, vol. II, Lisboa, Imprensa Nacional, 1911, p. 20).

E logo, em 4 de Maio de 1911, o Governo Provisório da República, correspondendo ao convite do governo francês para se fazer representar na Conferência Sanitária Internacional, que devia realizar-se em Paris, no corrente mês de Maio, confia esta representação a Ricardo Jorge, Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa e Director-Geral de Saúde (Diário do Governo n.º 104, de 5 de Maio de 1911, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Anno de 1911, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912, p. 799).

⁴³ - Diário do Governo, n.º 124, de 29 de Maio de 1911, *Legislação Portuguesa, Collecção Official de Legislação Portuguesa*, Ano de 1911, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912, em 26 de Maio de 1911, p. 1171.

III – A FASE INICIAL DA DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

1 – O estado da saúde do País

Apesar de todas as reservas que se podem fazer a quem é chamado para actualizar o “seu próprio” Regulamento e de se saber que Ricardo Jorge, por ser temido, “raras vezes era atacado de frente, sendo o adversário prontamente reduzido ao silêncio”⁴⁴, o certo é que foi ele a traçar, de forma precisa e concisa, o retrato do estado de saúde em Portugal.

Na sua análise cuidada e cientificamente rigorosa, constatava que os serviços de saúde, desde a sua implantação regular, em 1901, não tinham recebido benefícios apreciáveis, antes, talvez, prejuízos sensíveis. Segundo ele, era de registar, apenas, a separação independente da Direcção-Geral de Saúde, operada em 1911 pela República. Afirmava, por outro lado, que tinha faltado à Reforma de 1901, que ao tempo colocava Portugal acima de muitos países, o apoio da força e do dinheiro, a tal ponto que as somas ínfimas consignadas no Orçamento tinham sido posteriormente “ratinhadas”. Lamentava ainda que, no tocante à higiene pública, fosse tão gritante o nosso atraso, altamente lesivo para a existência e saúde dos cidadãos e vexatório para o brio nacional.

As grandes cidades, nos finais da segunda década do século XX, estavam perladadas de gente oriunda de todos os cantos do País. Em busca de melhores condições de vida, de mais conforto e até de diversão, as populações, acorrendo, sem controlo, aos centros urbanos, acabariam por desencadear e exacerbar graves problemas higiénicos e sanitários, difíceis de solucionar, em termos de saúde pública. Nos bairros velhos das cidades pululavam lixeiras “a céu aberto”, e as águas das enxurradas, misturando e amalgamando lamas e resíduos, frequentemente despejados na via pública, exalavam odores nauseabundos, conspurcando tudo e todos os que viviam nestes antros. As águas de consumo eram facilmente fonte de disseminação de doenças, não só porque raramente eram analisadas, face à parca acção dos poucos laboratórios de análises bacteriológicas do País, como porque os sistemas de canalizações, envelhecidos, fendidos e defeituosos, lado a lado com colectores de esgotos a descoberto, constituíam a triste realidade de muitas cidades e vilas portuguesas desta época.

O serviço de transportes de lixos em carroças ambulantes, mal concebido e mal executado por pessoal sem qualquer preparação, acabava por espalhar muito mais resíduos insalubres do que aqueles que recolhia; as montureiras municipais, situadas em locais impróprios, na proximidade de zonas áreas habitacionais, eram autênticos viveiros de moscas e outros insectos, alguns deles potenciais vectores de doenças infecciosas.

Investindo muito pouco na saúde e na educação (basta observar as elevadíssimas taxas de analfabetismo para 1910 e 1920), os responsáveis pela governação criavam sucessivos diplomas, legislavam “com fartura”, sobretudo, em horas de aperto, na sequência imediata dos grandes flagelos epidémicos, mas acabavam sempre por não empenhar recursos económicos e técnicos no sector mais nevrálgico da saúde, nesta época, a prevenção. A par da Guerra de 1914-18, factor destabilizador da economia e dos ritmos de vida de todos os países - e Portugal não foi excepção -, a gripe “pneumónica” de 1918, considerada o maior flagelo do século XX, iria demonstrar, uma vez mais, a fragilidade do sistema de saúde e a incapacidade das respostas sanitárias perante a pandemia de gripe. Terão morrido mais de 60 mil portugueses por causas associadas à pandemia.

Por outro lado, o elevado número de mortes ocorrido em Portugal, em 1918, sem causa devidamente definida e, por isso mesmo, incluídas nos registos de estatística sanitária na rubrica “doença desconhecida”, viria, não só a exigir a aplicação de fórmulas de correcção ou reverificação estatística, por parte da Direcção-Geral de Estatística, como

⁴⁴ - *Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira*, Lisboa, Rio de Janeiro, Editorial Enciclopédia, Limitada, s/d, vol. XIV, p. 312.

levaria os responsáveis pela Saúde a repensar o exercício da medicina legal, sobretudo, a nível das comarcas mais periféricas do País. Assim, a legislação que regulava as práticas de medicina forense, emitida nos finais do século XIX, revelar-se-ia, em 1918, claramente ultrapassada e ineficaz. Impunha-se uma nova “Reforma” nos serviços de saúde.

“A Lei de Agosto de 1899 e o seu Decreto regulamentar de 16 de Novembro do mesmo ano, que organizaram os serviços médico-forenses no nosso país, já deram suas provas e, a bom trecho, os factos demonstraram a necessidade de se introduzirem profundas modificações.(...)”

As deficiências do actual serviço de medicina forense cada dia se tornam mais graves, e é principalmente nas comarcas fora de Lisboa, Porto e Coimbra que essas deficiências mais se acentuam. Urge acabar prontamente com tal situação, reorganizando o serviço médico-forense em harmonia com as regras e as aspirações há muito tempo formuladas pelas mais ilustres autoridades da medicina e da jurisprudência portuguesa. Ao decretar a presente reorganização de serviços deve ser lembrado, pelo menos, um nome português, o do sábio Manuel Bento de Sousa, que já em 1865 proclamava a necessidade de se imporem na prática os princípios em que assenta esse Decreto.”⁴⁵

No mesmo decreto, estabelece-se a necessidade de “uma instância revisora e consultiva em cada uma das circunscrições médico-legais de Lisboa, Porto e Coimbra, à qual serão submetidos todos os relatórios dos exames efectuados nas comarcas das respectivas áreas, e que pela sua importância assim o exijam;(...)”⁴⁶

De entre outras disposições do mesmo diploma, destacamos uma que nos parece bastante elucidativa do sentido reformista patente nesta nova legislação médico-forense.

“As funções de médicos legistas serão desempenhadas nas comarcas, com excepção das de Lisboa, Porto e Coimbra, nos termos deste Decreto, pelo sub-delegado de saúde ou pelo médico municipal residente na sede de comarca, enquanto não houver médico diplomado com o curso Superior e que requeira que o lugar seja posto a concurso.”⁴⁷

Apesar das constantes e sucessivas medidas legislativas introduzidas no sector da saúde, visando corrigir e melhorar as condições e práticas de natureza higiénica e sanitária, os recursos económicos e técnicos investidos neste domínio acabavam sempre por não corresponder a estas “cartilhas de boas-intenções”. E assim, enquanto Portugal estacionara, e até certo ponto retrocedera, os outros países tinham desenvolvido e aperfeiçoado o seu sistema de saúde, sobretudo após a primeira Guerra Mundial, onde a medicina preventiva preponderava.

Manifestando-se contra a desculpa governamental de falta de recursos, Ricardo Jorge, na sua luta em prol da saúde e do bem-estar das populações, menciona alguns países que tinham sido assolados por todas as calamidades e esmagados por gravíssima crise económica, mas que, sem olhar a sacrifícios, tinham tratado de reconstruir, desde os alicerces, a sua sanidade, tais como a Rússia Soviética, a Polónia, a Checoslováquia, a Sérvia e a Roménia, “onde hoje se encontram magníficas instituições que são para nós outros verdadeiras maravilhas”.

Como a saúde não é um problema somente pessoal, local, regional ou nacional, mas sim de toda a Humanidade, Ricardo Jorge lembra, ainda, que a “debelação dos flagelos que perpétua ou episódicamente nos afligem não obedece apenas à necessidade humana de valermos às desgraças mórbidas da gente portuguesa. Esta cruzada é imposta pelas próprias conveniências materiais e morais da Nação como satisfação de deveres, naturais uns,

⁴⁵ - *Legislação Portuguesa, Coleção Oficial da Legislação Portuguesa*, Anno de 1918, Segundo Semestre, Decreto n.º 5023, 29 de Novembro de 1918, Diário do Governo n.º 261, Lisboa, Imprensa Nacional, 1920.

⁴⁶ Idem, ibidem.

⁴⁷ - Cap. II- Disposições Transitórias. Decreto n.º 5023 de 29 de Novembro de 1918, *in Diário do Governo (03 de Dezembro de 1918)*.

forçados outros, para com as outras nações. Estamos chegados à época de um novo direito das gentes, de uma moralidade física geral, em que, por vivas que sejam outras preocupações de ordem política e colectiva, ascendeu entre elas ao lugar das mais instantes a da solidariedade higiénica internacional.”

Com a decisão da criação, pela Sociedade das Nações, de uma organização internacional permanente de saúde, e com a recente criação, em Paris, de um protocolo que impõe deveres às potências aderentes, com vista à harmonização e melhoramento das respectivas administrações de saúde pública, Portugal via-se obrigado a empenhar-se num “esforço enérgico e sério para o fomento progressivo da higiene nacional sem poupar sacrifícios”, sob pena de poder vir a ser apontado, sanitariamente, como menos desejado⁴⁸.

Por exemplo, Portugal era o único país da Europa onde a luta antimalárica estava por iniciar a preceito. Quase na mesma situação estava o cancro, as doenças venéreas e sifilíticas e outros flagelos evitáveis ou atenuáveis.

Sabedor da importância das instalações e de outras condições materiais mínimas que os funcionários necessitam para o exercício condigno da sua profissão, Ricardo Jorge constatava que a Direcção-Geral de Saúde, “amesdrada num cubículo e numa sala de meias com outra repartição, não tem figura nem cabimento sequer de administração de concelho, quanto mais de administração sanitária dum país”. Tinha à sua disposição quatro a cinco funcionários e serviços técnicos rudimentares no Instituto Central de Higiene, que por sua vez vivia acanhadamente numa casa alugada (retrato que espelha bem a degradação a que se tinha chegado).

⁴⁸ - A propósito da cooperação internacional e das Conferências Internacionais Sanitárias, escreve Gonçalves Ferreira:

“A luta empreendida pelos pioneiros da cooperação internacional no domínio da sanidade terrestre e marítima contra as grandes doenças epidémicas que aterrorizaram em diversos períodos desde a terceira década do século passado as populações – cólera, peste e febre amarela - levou a considerar a ideia de que a saúde dos povos devia ser tratada internacionalmente pelos governos, do que resultaram as conferências internacionais.” (F. A. Gonçalves Ferreira, p. 252)

A 11.ª conferência (1903) recomendaria aos países interessados a modificação dos seus regulamentos sanitários e, simultaneamente, “a criação de um organismo internacional para acompanhamento dos problemas sanitários e sua epidemiologia, que viria a chamar-se «Office Internationale d’Hygiène Publique». Este “Bureau Internacional”, criado pelo Acordo de Roma de 1907, com sede em Paris, é considerado como a primeira organização sanitária internacional, não regional (Idem, p. 254). No espaço Americano, também na sequência de várias conferências regionais promovidas a partir de 1887, viria a surgir, em 1902, uma outra organização sanitária internacional, de carácter regional: o “Bureau Sanitário Internacional”, com sede em Washington.

“A décima terceira Conferência, reunida em Paris (1926), estudou as modificações que deveriam ser introduzidas na convenção e deliberações tomadas no intervalo sob a égide do «Office», das comissões inter-países e da «Comissão de Higiene», depois «Secção de Higiene», criada entretanto pela Sociedade das Nações (1921). Esta Conferência elaborou uma nova convenção que prescrevia a notificação das epidemias de varíola e tifo exantemático (sem definir o que era uma epidemia), ao lado da notificação dos casos reconhecidos de cólera, peste e febre amarela.” (Idem, p. 255).

“As Conferências Internacionais Sanitárias, em número de catorze, tiveram lugar entre 1851 e 1948, promovidas sob a égide de vários organismos internacionais, regionais e não regionais, de saúde, o Bureau Internacional de Higiene Pública, o Bureau Sanitário Internacional (mais tarde, Bureau Sanitário Pan-Americano), a Comissão de Epidemias e a Secção de Higiene da Liga das Nações. Depois da conferência realizada em 1938, este ciclo viria a ser interrompido devido à II Guerra Mundial (1939-1945)”. (Idem, p. 252)

Na sequência das várias conferências realizadas nos últimos meses de guerra e, sobretudo, depois da capitulação Alemã e Nipónica, as potências vencedoras, entre muitas decisões, acordaram na criação de um organismo internacional voltado para as questões de saúde. Delineada, definitivamente, em termos estruturais e funcionais, na Conferência das Nações Unidas em São Francisco (1945), a OMS viria a ser oficialmente criada em 7 de Abril de 1948. A partir desta data, processar-se-ia a transferência de responsabilidades sanitárias internacionais dos diversos organismos existentes para esta grande agência especializada das Nações Unidas.

Por isso, fazia um apelo: alojar a Direcção-Geral de Saúde “em edifício independente, simples, mas decente e acomodado ao fim, que condiga com o seu título de higiene. Tal instalação imediata é uma condição *sine qua non*, sem o que a tarefa que se empreende seria vã e condenada de antemão.” Dada a natureza do serviço e a grande especialização requerida ao titular da Direcção-Geral, Ricardo Jorge salientava a importância da qualificação da equipa que o rodeasse: “Quem ali exerça responsávelmente a direcção tem de dispor à roda de si de gente adestrada, de instrumentos de investigação e apetrechos de combate. Dali saem as expedições que têm de acudir onde surja uma epidemia de importância para atalhá-la. Ali têm de receber-se e de apurar-se os dados que permitam avaliar dia a dia do estado sanitário do País; ali tem de medir-se, graduar-se e fiscalizar-se o esforço da sanidade periférica e a actividade dos seus serviços.”

Para que não continuassem a reinar em Portugal, por longa tradição e vício educativo, os maus hábitos e desmazelos, sugeria que era na escola primária e secundária que se deviam pregar os sãos princípios da saúde individual e colectiva. A tarefa da promoção da prática de medicina preventiva nas escolas primárias e secundárias reservava aos médicos escolares.

Como prova de que “a saúde não tem preço e nunca será cara”, indicava os excelentes ganhos conseguidos pela Suíça, que considerava um exemplo a seguir.⁴⁹

Apesar de podermos lançar a suspeição de que o acentuar do quadro negro traçado por Ricardo Jorge não tenha tido outro propósito senão o de justificar as fraquezas e insuficiências do seu próprio diploma, o certo é que os governantes avalizaram-no e fizeram-no valer como lei. Por outro lado, no final da segunda década do século XX, já a Direcção-Geral de Saúde estava instalada no Ministério do Interior, em Repartição própria, “sendo ali que o Director-Geral centraliza toda a acção orientadora do serviço.”⁵⁰

A apresentação do estado de saúde em Portugal revela que, qualquer país, por mais avançado que esteja, em termos de saúde, se não acompanhar e aplicar continuamente os progressos técnicos e científicos que a Humanidade vai desenvolvendo, nunca passará de um mero actor secundário do sistema, de um modelo social que ninguém segue ou recomenda.

⁴⁹ - Acrescia ainda que, em Portugal, os serviços de saúde andavam dispersos por diferentes Ministérios, contrariando o princípio da concentração higiénica.

Exemplificativo era o caso do Conselho dos Melhoramentos Sanitários que, por força do decreto de 17 de Outubro de 1920, devia ter sido integrado na Direcção-Geral de Saúde. Esta integração não se tinha realizado por obstáculos de ordem material, que agora iriam ser removidos. Doravante, cessar-se-ia, também, a dualidade funcional, administrativa e técnica, porque “a saúde tem de exercer-se por si própria para os actos da sua competência sem a dependência de decisões ou intervenções de autoridades administrativas.”

Decreto n.º 12477, de 12 de Outubro de 1926, *Legislação Portuguesa, Colecção Oficial de Legislação Portuguesa*, publicada no ano de 1926, Segundo Semestre, Lisboa, Imprensa Nacional, 1930.

As citações integrais, figuradas entre aspas, e o texto contido neste número foram elaborados com base no preâmbulo deste diploma. (pp. 696-698).

⁵⁰ - Capítulo XXV- Organização geral dos serviços de Higiene Pública, in Fernando da Silva Correia, *Portugal Sanitário – subsídios para o seu estudo*, Lisboa, 1938, p. 339.

2 – A Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública

Com a Reorganização Geral dos Serviços de Saúde Pública, o Governo Português pretende pôr cobro aos males identificados.

Para que os serviços de saúde não andassem dispersos e fosse efectivo o princípio de concentração higiénica, centralizavam-se os serviços de saúde, determinando que a gerência técnica e administrativa dos serviços públicos de sanidade e higiene, reorganizados pelo diploma agora publicado, competia à Direcção-Geral de Saúde, sob a imediata autoridade do Ministro.

E para que cessasse a dualidade funcional, administrativa e técnica, foi decidido que os serviços de saúde existentes noutros Ministérios seriam incorporados no serviço geral de higiene pública, operando-se assim a devida concentração técnica e administrativa da organização sanitária⁵¹.

A Direcção-Geral de Saúde será presidida por um Director-Geral, médico, comprovadamente especializado na ciência e na prática da higiene pública.

Tendo sempre como pano de fundo a imagem da peste bubónica do Porto e o permanente receio da repetição desta ou doutras catástrofes, investe-se na centralização dos serviços e num reforço substancial da autoridade sanitária, determinando-se que os serviços de saúde gozarão de autonomia técnica, administrativa e executiva e, em caso de epidemia, que a Direcção-Geral assumirá as atribuições de Comissariado do Governo, com as faculdades precisas para a mais pronta e eficaz debelação do flagelo⁵².

Para obviar à questão das instalações, dos serviços técnicos e do ínfimo número de funcionários, assegura-se que a Direcção-Geral de Saúde será instalada em edifício próprio, adequado à sua especial finalidade e dotado com os elementos burocráticos e técnicos indispensáveis ao pleno desempenho das funções centrais do sistema de saúde nos seus múltiplos ramos, como órgão superior de orientação, investigação, vigilância e providência, em acção directa e imediata sobre os serviços externos, assegurando e fiscalizando o seu eficaz exercício e disciplina⁵³.

As competências dos serviços de saúde estão definidas no diploma:

- A estatística demográfico-sanitária;
- A sanidade marítima e internacional;
- A sanidade terrestre;
- A prevenção e combate das moléstias infecciosas;
- A higiene do trabalho e das indústrias;
- A sanidade escolar e a educação física;
- A salubridade dos lugares e das habitações;
- A inspecção dos géneros alimentícios;
- O exercício médico-profissional;

⁵¹ - Em relação aos serviços de saúde da Guerra, Marinha e Colónias, que pela sua natureza eram independentes, estabelecer-se-iam relações ajustadas, de forma a prestarem auxílio mútuo. As normas de aplicação sanitária seriam tanto quanto possível homólogas.

Os serviços afins de outros Ministérios ligar-se-iam estreitamente aos serviços gerais de higiene, de modo a obter-se uma conjugação harmónica.

Procurava-se reforçar o poder dos serviços de saúde determinando que a força militar de mar e terra, os empregados aduaneiros e de fiscalização externa das alfândegas e todas as demais autoridades teriam que coadjuvar os serviços de saúde em todas as circunstâncias em que o seu auxílio seja necessário.

Decreto n.º 12477, de 12 de Outubro de 1926, *Legislação Portuguesa, Colecção Oficial de Legislação Portuguesa* publicada no ano de 1926, Segundo Semestre, Lisboa, Imprensa Nacional, 1930, p. 698.

⁵² - Decreto n.º 12477, de 12 de Outubro de 1926, *Legislação Portuguesa, Colecção Oficial de Legislação Portuguesa*, publicada no ano de 1926, Segundo Semestre, Lisboa, Imprensa Nacional, 1930, p. 698.

⁵³ - Idem, *Ibidem*.

E, de um modo geral, tudo quanto diga respeito à vigilância, estudo e melhoria da sanidade pública, da higiene social e da vida física da população⁵⁴.

O pessoal técnico imediato do Director-Geral seria constituído por inspectores. Cada uma das competências referidas dos serviços de saúde teria um inspector chefe. Dois deles serviriam de adjuntos do Director-Geral e cada inspecção poderia ter assistência de um adjunto⁵⁵.

Reforçando e complementando o papel da Direcção-Geral de Saúde, no plano da educação para a saúde, criar-se-ia, pelo Regulamento de 1928, o Instituto de Higiene de Lisboa, um dos principais alicerces da higiene pública moderna, com a missão de fiscalização, investigação e ensino sanitário.

⁵⁴ - Idem, *Ibidem*.

⁵⁵ - Idem, pp. 698-699. A partir da publicação deste diploma, fica vedado aos regedores de paróquia passarem certidão de óbito (art. 11.º, § 1.º, p. 699).

O Instituto Central de Higiene, sede dos serviços laboratoriais da Direcção-Geral da Saúde e da instrução especial de habilitação dos médicos sanitários e do seu pessoal auxiliar técnico, fica sob a administração e tutela da Direcção-Geral (art. 12.º, p. 699).

No intuito de aproveitar a experiência acumulada dos funcionários superiores aposentados de saúde, determinava-se que estes poderiam fazer parte do Conselho Superior de Higiene ou desempenhar qualquer comissão de serviço no país ou no estrangeiro, consentânea com as suas faculdades e aptidões (art. 14.º, pp. 699-700).

Quarenta e seis artigos deste diploma dão outras informações complementares de interesse. Citamos apenas mais o § 4.º do art.º 25.º, que torna extensiva aos liceus e escolas a instituição de médicos escolares. Para o efeito, seriam utilizados os adidos médicos e professores médicos das escolas primárias superiores, sem aumento de vencimento, assim como os médicos escolares de outros ministérios (p. 701).

3 – A Reorganização dos Serviços da Assistência Social

Os serviços da assistência social são reorganizados com a intenção de garantir a coordenação geral de todas as iniciativas e serviços onde a Direcção-Geral de Saúde tem papel de destaque.

“Na elaboração deste diploma teve-se em conta que a assistência social não deve limitar a sua acção a minorar ou a curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria (*assistência paliativa e curativa*), pois lhe cumpre combater, na medida do possível, as suas próprias causas, através da luta contra os flagelos sociais (*assistência preventiva*) e da melhoria das condições de vida da população (*assistência construtiva*)”⁵⁶.

Constatava-se que nos países mais desenvolvidos, sob o aspecto sanitário e da higiene social, a duração provável da vida tinha aumentado em metade nas últimas quatro gerações.

Afirmava-se que, para vencer o atraso, era necessário lutar enérgica e decisivamente contra a varíola, a febre tifóide, a difteria, a malária, a sífilis, o tracoma, a tuberculose e outras doenças evitáveis ou sociais, através da adopção de medidas de medicina preventiva.

Apesar do reconhecimento do atraso existente, citavam-se as acções já levadas a cabo na execução da política social, que visava beneficiar a população: construção de bairros de moradias e habitações para as classes pobres, criação de instituições que protegiam o trabalhador contra os riscos na doença e na invalidez e lhe asseguravam pensões de reforma, concessão de subsídios de invalidez, aumento de salários, protecção do trabalho, abono de família, abertura de dispensários, postos de consulta e centros de assistência social.

Com a presente Reforma, o governo propunha-se intensificar a luta contra as doenças evitáveis e sociais, ampliar a protecção à maternidade e à infância, fomentar ou criar os estabelecimentos necessários à educação dos órfãos e abandonados, amparar os velhos e inválidos, defender a família, em suma, melhorar as condições económicas e sanitárias da população, de modo a reduzir ao mínimo a acção dos flagelos e perigos que a ameaçavam.

Determinou-se que competiria ao Ministro do Interior, através do Subsecretaria de Estado da Assistência Social, dirigir a política da assistência, definindo as suas directrizes e planos gerais e, bem assim, orientar, tutelar e inspecionar os organismos e instituições que se destinam a prestá-la, quer estes tenham carácter oficial, quer sejam de natureza particular⁵⁷.

Os órgãos superiores de assistência passavam a ser o Conselho Superior de Higiene e Assistência Social; a Direcção-Geral de Saúde; a Direcção-Geral da Assistência; a Inspecção da Assistência Social.

“À Direcção-Geral de Saúde compete, de um modo geral, adoptar as medidas profilácticas e terapêuticas indispensáveis à defesa e protecção da saúde, à melhoria das condições fisiológicas da população e, bem assim, à prevenção e ao combate das doenças endémicas e epidémicas.

Cabe-lhe, pois, exercer uma acção predominantemente educativa e preventiva, em tudo quanto respeite à higiene individual e colectiva, à profilaxia e à melhoria das condições de salubridade”⁵⁸.

Conforme especifica o artigo décimo quinto, incumbe especialmente à Direcção-Geral de Saúde:

Cumprir e fazer cumprir as leis, tratados e convenções sanitárias;

⁵⁶ - Decreto-lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945, *Legislação Portuguesa, Colecção Oficial de Legislação Portuguesa*, publicada no ano de 1945, Segundo Semestre, Lisboa, Imprensa Nacional, 1954 (*sic*), p. 257.

⁵⁷ - *Idem*, pp. 257-258.

⁵⁸ - *Idem*, pp. 258-259.

Elaborar e executar planos de acção sanitária;

Assegurar a coordenação da actividade sanitária, promovendo a criação de hospitais, postos de consulta e socorro e de outros estabelecimentos;

Autorizar a abertura de novos hospitais, casas de saúde e dispensários, prestando às respectivas direcções a assistência técnica julgada conveniente;

Fiscalizar o funcionamento sanitário dos hospitais e mais estabelecimentos destinados ao tratamento das doenças e à assistência médico-social;

Proceder a exame médico da população, de harmonia com o que vier a ser estabelecido no respectivo regulamento;

Orientar a assistência médica à infância, tomando as medidas aconselháveis para favorecer o revigoramento da raça;

Fiscalizar, no aspecto sanitário, as colónias de férias e outras organizações que tenham objectivos idênticos e similares;

Dar parecer, no aspecto sanitário, sobre o período do trabalho diário do pessoal das indústrias insalubres, tóxicas ou perigosas, do trabalho nocturno e, bem assim, do das mulheres e menores que trabalham na indústria ou no comércio;

Colaborar com o Instituto Nacional do Trabalho e Previdência no estudo de problemas vários, enunciados no diploma;

Fiscalizar o estado sanitário do pessoal empregado no fabrico e venda de pão ou na preparação e venda directa de outras substâncias alimentares e proibir o exercício da respectiva profissão às pessoas afectadas de doença contagiosa;

Proceder aos estudos relativos à higiene de alimentação e tomar as medidas necessárias para assegurar a pureza das águas destinadas ao consumo público e das minero-medicinais;

Promover a destruição ou impedir a venda ao público dos produtos e mercadorias impróprios para o consumo e, bem assim, das cousas e animais que possam ser veículo de contágio ou que, pelo seu estado sanitário, constituam perigo para a saúde pública, de harmonia com as disposições legais e regulamentares;

Fiscalizar o exercício da medicina e das profissões auxiliares;

Promover a criação de cursos de estágio e de aperfeiçoamento para médicos, enfermeiros e outros agentes sanitários;

Colaborar em tudo quanto respeite à higiene e saúde pública com os serviços dependentes de outros ministérios;

Propor ao Ministro do Interior as providências que reputar necessárias à defesa da saúde e dar-lhe conta imediata das que, em razão da urgência, houver tomado;

Estas e outras incumbências da Direcção-Geral de Saúde, constantes do artigo quinze, revelam bem a confiança que o Estado depositava neste seu organismo para melhorar a saúde pública em Portugal.

Confirmando esta expectativa, o artigo em apreço culmina apontando o papel orientador, fiscalizador e disciplinador da Direcção-Geral de Saúde:

Os hospitais, sanatórios, maternidades, dispensários, postos de consulta, centros médico-sociais e outros estabelecimentos destinados ao tratamento de doenças ficam subordinados à fiscalização técnica da Direcção-Geral de Saúde em tudo quanto respeite à execução das instruções dadas no uso dos poderes que lhe são conferidos por este diploma;

Os médicos municipais estão sujeitos à orientação técnica e à acção disciplinar da Direcção-Geral de Saúde em tudo quanto respeite ao cumprimento das suas instruções;

Os empresários, directores e gerentes das empresas são obrigados a dar à Direcção-Geral da Saúde os elementos e informações que esta lhes requisitar no uso das suas atribuições, permitindo o livre acesso dos médicos e outros agentes sanitários aos locais de

trabalho, para observação ou exame sanitário dos trabalhadores, e bem assim para a colheita dos produtos indispensáveis às análises convenientes⁵⁹.

Quem superintende todos estes serviços é o Director-Geral de Saúde, podendo, quando o exija a gravidade das circunstâncias, assumir as funções de comissário do Governo para a saúde pública e, nessa qualidade, requisitar as diligências, auxílio ou cooperação que julgar indispensáveis⁶⁰.

Terminada a segunda Guerra Mundial, Portugal virava-se para o interior e procurava acompanhar os países mais desenvolvidos no aspecto sanitário e da higiene social, países estes que tinham conseguido aumentar em metade a duração provável da vida, nas últimas quatro gerações.

⁵⁹ - Idem, 263-264.

⁶⁰ - Idem, p. 264.

Em cada distrito do continente haverá uma delegação de saúde, directamente subordinada ao Director-Geral de Saúde, e em cada concelho um subdelegado de saúde, nomeado de entre os médicos municipais.

Aos delegados de saúde compete superintender em todos os serviços da delegação e orientar e inspecionar os serviços a cargo dos subdelegados de saúde, dos médicos municipais e das Casas do Povo, com o fim de assegurar a assistência médica rural (Idem, p. 268). O diploma menciona também vários organismos especiais, que dependeriam do Subsecretariado de Estado da Assistência Social, directamente ou por intermédio das Direcções-Gerais de Saúde e da Assistência (Idem, p. 270).

IV – O DIREITO À SAÚDE E A CONSOLIDAÇÃO DA DGS

1 – O reconhecimento do direito à saúde

Em Medicina, só muito recentemente é que os profissionais de saúde começaram a aceitar a ideia de valorizar a arte de evitar a doença relativamente à arte de curar. Mesmo assim, de uma forma lenta e gradual. Iniciam as suas acções de prevenção em epidemias exóticas, passam para doenças endémicas e continuam a caminhar com a pretensão de chegar até ao limite da capacidade humana.

Com o avanço acelerado dos conhecimentos científicos, com a aplicação de técnicas e tecnologias cada vez mais sofisticadas, com o acesso à informação mais fácil e muito mais rápido, com a possibilidade de contactos quase imediatos entre as pessoas das regiões mais recônditas do universo, a Humanidade caminha para um abraço cada vez mais apertado, e a medicina torna-se progressivamente mais ciência e menos arte.

No que respeita ao principal organismo internacional da saúde - a Organização Mundial da Saúde - face aos obstáculos que teve de enfrentar, também só viria a ser criada em 7 de Abril de 1948. No texto da sua Constituição, a definição da saúde dá um salto qualitativo muito elevado. É definida como um “estado de completo bem-estar psíquico, mental e social e não apenas como ausência de doença ou enfermidade”.

Mas entre as intenções e a realidade, a distância é por vezes quase intransponível e, para muitos, impossível. E, não obstante a grande evolução já sentida no domínio da saúde pública, face ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da clínica, às sucessivas descobertas no campo da farmacologia e, em particular, da antibioterapia, a grande maioria da sociedade europeia, nos finais da década de 40, vivia profundamente mergulhada na desorganização económica e social, na precaridade higiénica e alimentar e no temor de novas e mortíferas investidas epidémicas, como as que se registaram após a I Grande Guerra.

A II Guerra Mundial chegara ao fim, e o balanço realizado sobre as condições de vida das populações após o conflito revelar-se-ia muito negro. Em Portugal, o estado de saúde da população portuguesa era francamente mau. Perante índices sanitários praticamente comparáveis aos dos restantes países europeus nos finais do século XIX, levantam-se múltiplas vozes de protesto e crítica, contestando a inoperância dos respectivos serviços e organismos públicos de saúde. Para acalmar este mal-estar geral, sentido praticamente em todos os quadrantes da vida portuguesa, incluindo as classes médica e universitária, o Governo acabaria por promulgar vários diplomas legislativos.

Pela sua importância, é considerado acontecimento marcante na legislação portuguesa a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, pelo qual são novamente reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, a fim de se ajustar a sua orgânica aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência e atender a outras necessidades mencionadas no diploma.

Especifica-se no seu articulado que a política de saúde e assistência “tem por objectivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição e que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.”⁶¹

É ao Estado, pelo Ministério da Saúde e Assistência, que incumbe a definição da política de saúde e assistência social. Esta política visa garantir o direito à saúde. Este

⁶¹ - Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, *Diário do Governo*, pp. 1406-7.

direito “compreende o de acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.”⁶²

É de assinalar que, pela primeira vez se consagra, em texto oficial, o reconhecimento do direito à saúde.

Este princípio fundamental, ora aprovado para ser aplicado como lei, declara expressamente que o acesso aos serviços da saúde não sofre restrições.

Na realidade, enquanto regra geral, revela que existe uma vontade firme dos governantes para levar os cuidados de saúde a todas as populações, mas como os recursos do país são limitados, salvaguarda-se que este princípio não sofrerá restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Salienta-se que o limite dos recursos é uma excepção à regra e não a regra em si, pois ela aponta para a inexistência de restrições.

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

É atribuição do Ministro da Saúde e Assistência dirigir a política de saúde e assistência social, competindo-lhe, pelo Ministério, promover a sua execução, assegurar o eficiente funcionamento dos serviços previstos no presente diploma e orientar as actividades particulares, coordenando-as com as do sector público⁶³.

Em termos de organização, para efeitos da execução da política de saúde e assistência social, o país considera-se dividido em regiões, distritos e concelhos.

Os órgãos de orientação, direcção e execução das actividades de saúde e assistência são: a Direcção-Geral da Saúde, a Direcção-Geral dos Hospitais e a Direcção-Geral da Assistência Social⁶⁴.

“A Direcção-Geral da Saúde assegura, em geral, directamente e por intermédio dos seus serviços locais, a cobertura médico-sanitária do País, orientando e coordenando as actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e ocupando-se da prestação dos cuidados médicos de base que pela sua natureza não careçam de ficar a cargo de hospitais distritais ou de serviços especializados.”⁶⁵

Compete à Direcção-Geral da Saúde, dirigida por um Director-Geral, além de colaborar na preparação e avaliação de planos de saúde e na elaboração dos respectivos programas, entre outras, as seguintes atribuições:

- a) Promover o saneamento do meio e a higiene da habitação;
- b) Efectuar a fiscalização de estabelecimentos e instalações que interessem à saúde pública;
- c) Promover as medidas convenientes de higiene da alimentação e de melhoria das condições de nutrição;
- d) Exercer a vigilância sanitária dos produtos que interessam à saúde;
- e) Organizar as medidas de luta contra as doenças transmissíveis;
- f) Colaborar no estudo da prevenção das doenças crónico-degenerativas, dos acidentes e das malformações evitáveis;
- g) Providenciar quanto às actividades de medicina social, exercida por serviços de protecção materno-infantil, de saúde escolar e de medicina do trabalho;
- h) Tomar medidas de promoção e defesa da saúde mental;
- i) Prover à prestação de cuidados médicos de base;
- j) Preparar os planos de actividades dos estabelecimentos hospitalares concelhios e promover, orientar, coordenar e fiscalizar a sua execução;

⁶² - Idem, p. 1409.

⁶³ - Idem, *Ibidem*.

⁶⁴ - Idem, p. 1410.

⁶⁵ - Idem, pp. 1413-4.

k) Promover e orientar, técnica e administrativamente, em colaboração com a Direcção-Geral dos Hospitais, o regular funcionamento e apetrechamento dos hospitais concelhios;

l) Organizar, com a Direcção-Geral das Construções Hospitalares, e sem prejuízo, quanto a esta, do disposto no Decreto-Lei n.º 41497, de 31 de Dezembro de 1957, aplicável por força do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 130/71, de 6 de Abril, os planos gerais de obras de construção, adaptação e equipamento das unidades hospitalares dos concelhos, tendo em vista o seu funcionamento coordenado com as actividades dos centros de saúde;

m) Efectuar a vigilância do exercício da medicina e das profissões paramédicas e auxiliares;

n) Promover e fomentar a educação sanitária (educação para a saúde) da população;

o) Colaborar com o Gabinete de Estudos e Planeamento, na expansão e melhoramento das carreiras profissionais de saúde pública e com a Escola Nacional de Saúde Pública e de Medicina Tropical e o Instituto Nacional de Saúde na organização e realização de cursos de formação e aperfeiçoamento.

E, em casos de epidemia ou em situações sanitárias graves, a Direcção-Geral da Saúde tem por missão promover e coordenar a mobilização de todos os meios disponíveis, superintendendo na sua utilização, independentemente dos serviços a que, em circunstâncias normais, estão atribuídas as correspondentes competências⁶⁶.

A Direcção-Geral da Saúde compreende: a Inspeção Superior de Salubridade, a Inspeção Superior de Medicina Social e a Inspeção Superior do Exercício Profissional.

Dispõe ainda dos seguintes serviços: Serviço de Educação Sanitária, Repartição de Serviços Administrativos e Parque Sanitário.

Por sua vez, a Inspeção Superior de Salubridade compreende os seguintes serviços: Direcção de Serviços de Engenharia Sanitária, Direcção de Serviços de Higiene e Alimentação e Inspeção Técnica de Hidroterapia e Fisioterapia.

A Inspeção Superior de Medicina Social compreende: a Direcção de Serviços de Profilaxia, a Direcção de Serviços de Saúde Materno-Infantil, a Direcção de Serviços de Saúde Escolar, a Direcção de Serviços de Higiene e Medicina do Trabalho, a Direcção de Serviços de Saúde Mental e a Direcção de Serviços de Cuidados Médicos.

E a Inspeção Superior do Exercício Profissional compreende: Direcção de Serviços do Exercício de Medicina, Direcção de Serviços de Farmácia e Medicamentos, Inspeção Técnica do Exercício de Enfermagem e Inspeção Técnica do Exercício de Profissões Paramédicas e Auxiliares⁶⁷.

Até serem integrados na Direcção-Geral da Saúde, o Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos, o Instituto de Assistência aos Leprosos e o Centro de Profilaxia da Cegueira ficam a funcionar coordenadamente com a Direcção dos Serviços de Profilaxia⁶⁸.

Pelo alargamento de funções, pelos objectivos delineados, pela renovação dos meios de acção e por outras directrizes, como a de assegurar a cobertura médico-sanitária do país, se pode constatar que a Direcção-Geral da Saúde sai reforçada nos seus poderes e atribuições.

A fim de dar execução ao disposto no decreto em apreço⁶⁹, é aprovado o Regulamento Geral dos Serviços do Ministério da Saúde e Assistência.⁷⁰

De entre as suas várias disposições gerais consta que os serviços do Ministério da Saúde e Assistência preparam ou executam, de acordo com as respectivas competências, a política de saúde e assistência social estabelecida pelo Governo, compreendendo as actividades seguintes: promoção da saúde e prevenção da doença; tratamento dos doentes e

⁶⁶ - Idem, p. 1414.

⁶⁷ - Idem, pp. 1415-8

⁶⁸ - Idem, p. 1416.

⁶⁹ - Disposto no n.º 1 do artigo 98.º do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro.

⁷⁰ - Decreto n.º 351/72, de 8 de Setembro, *Diário do Governo*, I Série, número 210, p. 1283.

reabilitação; protecção e defesa da família; protecção ao indivíduo socialmente diminuído, da infância à terceira idade.⁷¹

A Reforma de 1971, liderada por Francisco Gonçalves Ferreira em estreita colaboração com Arnaldo Sampaio, fica marcada, sobretudo, pela criação dos centros de saúde, independentes dos postos dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência.

⁷¹ - Idem, p. 1283.

Em relação aos serviços centrais em geral, determina-se que “as funções de coordenação e apoio técnico e administrativo, as de estudo e planeamento e as de orientação, fiscalização e execução das actividades de saúde e assistência social correspondentes, respectivamente, à Secretaria-Geral, ao Gabinete de Estudos e Planeamento e às direcções-gerais são exercidas conjugadamente, sem prejuízo da especificação delimitadora de competência”, de acordo com normas que se especificam no decreto (p. 1284).

V – A SAÚDE E A REVOLUÇÃO DE 1974

1 – A saúde e a nova Constituição Portuguesa

A saúde, tal como outros sectores da vida nacional, não podia deixar de sofrer os reflexos das ideias predominantes da Revolução que se desencadeou em Portugal, em 25 de Abril de 1974. A Constituição de 1976, filha daquela revolução, não só estipula que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover, como também afirma que o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.⁷²

Como consequência do preceituado naquela Constituição, é criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS)⁷³, pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição, e visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população. Estipula que compete ao Governo a definição e a coordenação global da política de saúde.

⁷² - J. J. Gomes Canotilho, Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 2.ª edição, Coimbra Editora, 1984, 1.º volume, pp. 341-342.

O artigo 64.º da Constituição versa nos seguintes termos sobre a saúde:

1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
 2. O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantam a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo.
 3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país;
 - c) Orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos;
 - d) Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.
 4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.
- ⁷³ - O seu acesso é gratuito, garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, sem restrições, salvo as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro, *Diário da República*, número 214, 1.ª Série, p. 2357.

O Serviço Nacional de Saúde “terá de ser *universal*, ou seja, dirigido à generalidade dos cidadãos; *geral*, isto é, deve abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicas; *gratuito*: as pessoas terão direito a este serviço sem qualquer encargo. A *universalidade* confere a todos o direito de recorrer ao SNS, não impedindo naturalmente a existência e o recurso aos serviços particulares de saúde. A *generalidade* traduz a necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde. A *gratuidade* significa rigorosamente que as prestações de saúde não são sujeitas a qualquer retribuição ou pagamento por parte de quem a elas recorra. Coisa diferente é saber se o acesso aos serviços públicos de saúde pode implicar o pagamento de qualquer taxa (v. g. «as taxas moderadoras»), sendo a resposta seguramente negativa se, pelo seu montante ou por abranger as pessoas sem recursos, dificultar a utilização desses serviços.”

Quanto à medicina privada, a Constituição “não proíbe a *medicina privada*, mesmo a que assume carácter empresarial, cumprindo, todavia, ao Estado discipliná-la, controlá-la e articulá-la com o serviço nacional de saúde (cfr. n.º 3/d). Por isso, na medida em que o Estado se oriente *para a socialização da medicina* (n.º 3/c), a medicina privada, no âmbito em que subsista, deverá ser subordinada à respectiva função social. Fácil é, então, compreender as *imposições* constitucionais de limitação legal da liberdade de empresa nos sectores de medicina e das indústrias a ela ligadas (n.º 3/d e e). Mais do que objecto de actividade empresarial e de lucro, a saúde e a medicina devem relevar de uma função pública e social.” J. J. Gomes Canotilho, Vital Moreira, *op. cit.*, pp. 343-344.

E no nível central do Ministério da Saúde, em 2 de Março de 1984, é criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP), que pretende ser “um organismo com características que se supõe poderem ser significativamente inovadoras”.

Considera-se que uma política de saúde correcta deve visar alargar a todo o país e a todos os cidadãos as acções destinadas a promover a saúde e a prevenir e tratar a doença.

Reconhece-se que Portugal não é dos países menos desenvolvidos nem dos mais desenvolvidos, mas que se encontra “em avançada fase de transição do estágio caracterizado pelo domínio das doenças infecto-contagiosas para o domínio das chamadas doenças de civilização”.

Afirma-se que esta Direcção-Geral “ocupará, em moldes novos, o espaço que antes dela coube, desagregadamente, à clássica Direcção-Geral de Saúde e às sempre transitórias e controversas conformações dos serviços médicos nascidos com a Previdência Social, conhecidos pela expressão «Serviços Médico-Sociais».”

Reconhece-se que a Direcção-Geral de Saúde “deu ao País uma acção meritória mas que deixou há muito de satisfazer os próprios médicos e outros profissionais de saúde pública, porque as concepções neste domínio obviamente têm evoluído, postulando hoje a perspectiva que usualmente se designa por saúde comunitária.”

Com a agora extinção da Direcção-Geral de Saúde, a DGCSP passa a ser “órgão central com funções de orientação técnico-normativa, de direcção e de avaliação da actividade desenvolvida pelos órgãos e serviços regionais, distritais e locais que intervêm na área dos cuidados de saúde primários”. “Por si e por intermédio dos referidos órgãos e serviços, a DGCSP visa a promoção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados médicos essenciais ou de base”⁷⁴.

São atribuições da DGCSP:

- a) Participar na definição da política geral de saúde e no planeamento da sua execução;
- b) Orientar, supervisionar e avaliar a actividade de órgãos e serviços votados aos cuidados de saúde primários, sem prejuízo da integração destes na orgânica regional, distrital e local do Ministério da Saúde;
- c) Elaborar normas, técnicas orientadoras da acção dos mesmos órgãos e serviços, bem como do pessoal médico das carreiras de saúde pública e de clínica geral, pessoal de enfermagem, pessoal técnico e técnico-profissional e outro que nele exerça actividades, e cooperar na formação destes profissionais;
- d) Exercer, nos termos legalmente definidos, funções de tutela e poderes de autoridade sanitária.”⁷⁵

As várias competências são enunciadas no âmbito da:

- participação na definição da política geral de saúde e no correspondente planeamento;
- orientação, supervisão e avaliação das actividades dos órgãos e serviços votados aos cuidados de saúde primários;
- normalização técnica;
- e das atribuições de tutela e de autoridade sanitária⁷⁶.

⁷⁴ - Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março, *Diário da República*, 1.ª Série, número 53, p. 732–(5-7).

⁷⁵ - *Idem*, p.732-(8).

“As atribuições, competências, recursos humanos, materiais e financeiros que a Direcção-Geral de Saúde, os serviços centrais dela dependentes e os serviços centrais dos Serviços Médico-Sociais detinham e que não transitam para a DGCSP, são transferidos para outros serviços centrais já existentes no Ministério da Saúde, mediante portaria a elaborar nos termos do Decreto-Lei n.º 465/82, de 9 de Dezembro” [*Idem*, p. 732-(18)].

“As atribuições, competências, recursos humanos e financeiros que a Direcção-Geral de Saúde, os serviços centrais dela dependentes e os serviços centrais dos Serviços Médico-Sociais detinham e que não transitam nem para a DGCSP nem para os serviços centrais já existentes no Ministério da Saúde, serão transferidos para novos serviços centrais, à medida que estes forem criados.” [*Idem*, p. 732-(18)].

⁷⁶ - Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março, *Diário da República*, 1.ª Série, número 53, p. 732 – (8).

2 – O reforço dos poderes da Direcção-Geral da Saúde

A Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que pretendia vir a ser um organismo com características significativamente inovadoras, não logrou alcançar os seus intentos.

Assim, depressa se verificou a necessidade de uma Direcção-Geral da Saúde com atribuições e poderes reforçados. Por isso, “tendo por objectivo a personalização dos cuidados de saúde a prestar pelos serviços do Ministério da Saúde, a Lei Orgânica deste Ministério determinou a fusão da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários com a Direcção-Geral dos Hospitais, dando origem a um novo serviço central – A Direcção-Geral da Saúde.”⁷⁷

Nesta lógica, a Direcção-Geral da Saúde sucede de imediato na universalidade dos direitos e obrigações de que eram titulares a Direcção-Geral dos Hospitais, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e as comissões inter-hospitalares⁷⁸.

A definição e a orientação da política nacional de saúde continuam a ser do Ministério da Saúde. Todavia, o papel da Direcção-Geral da Saúde é novamente reforçado, ainda mais, quando, além de ter como missão a promoção da saúde, acerca da sua natureza e atribuições se determina que ela não é um serviço, mas sim o serviço central do Ministério da Saúde, dotado de autonomia administrativa, ao qual incumbe a orientação, a coordenação e a fiscalização das actividades de prevenção da doença e da prestação dos cuidados de saúde.⁷⁹

As suas competências estão assim enunciadas:

- a) Orientar, coordenar e fiscalizar as instituições prestadoras de cuidados de saúde e serviços de saúde;
- b) Preparar e coordenar os planos de actividades de saúde;
- c) Promover e orientar a preparação profissional do pessoal do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e colaborar na definição das políticas de recursos humanos, financeiros e técnicos;
- d) Fazer a acreditação das instituições e serviços prestadores dos cuidados de saúde, ainda que não integrados no sistema de saúde;
- e) Promover e efectuar a realização de auditorias;
- f) Fomentar o recurso a formas inovadoras de organização, gestão e funcionamento das instituições e serviços de saúde;
- g) Colaborar com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde na celebração de convenções entre instituições e serviços do SNS e outras entidades;
- h) Promover, em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde, o desenvolvimento da investigação aplicada nas instituições e serviços de saúde;
- i) Realizar a programação funcional a que deve obedecer a concepção e o projecto das instalações e equipamentos de saúde;
- j) Orientar tecnicamente e avaliar as actividades de prevenção e promoção da qualidade dos factores ambientais e das condições de salubridade nos ambientes ocupacionais e escolares;
- k) Organizar os concursos de atribuição dos graus das carreiras médicas, orientar a realização dos respectivos concursos de provimento e coordenar os processos de atribuição de equivalências;

O pessoal dirigente é composto por um Director-Geral, quatro Subdirectores-Gerais, onze Chefes de Divisão e um Chefe de Repartição [p. 732 – (20)].

⁷⁷ - Decreto-Lei n.º 345/93, de 1 de Outubro, *Diário de República*, 1.ª Série, p. 5545.

⁷⁸ - Idem, p. 5550.

⁷⁹ - Idem, p. 5545.

- l) Garantir aos serviços prestadores de cuidados o abastecimento de vacinas e produtos biológicos afins;
- m) Coordenar a execução de planos verticais de saúde e os programas de formação em serviço;
- n) Elaborar os processos de licenciamento das unidades privadas de saúde;
- o) Assegurar a realização de inquéritos na área da saúde no quadro do Sistema Estatístico Nacional⁸⁰.

Entretanto, o Governo, enquanto preparava uma reforma mais extensa para o sector da saúde, desenvolvia um conjunto de medidas que visavam melhorar o sistema de saúde, porque era importante dar maior coerência e operatividade às funções de informação, análise e planeamento estratégico, com o intuito de racionalizar os meios e a estrutura organizativa do Ministério.

Nesta perspectiva, as atribuições e competências definidas para o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde são integradas na Direcção-Geral da Saúde, procedendo-se ao seu necessário enquadramento⁸¹.

Assim, a Direcção-Geral da Saúde continua a reforçar as suas atribuições, porque passa a incumbir-lhe agora, mais especificamente, o estudo e apoio na definição, desenvolvimento e execução da política global de saúde, o apoio técnico à cooperação internacional, bem como a orientação, a coordenação e a fiscalização das actividades de prevenção da doença e da prestação de cuidados de saúde.

As suas competências estão discriminadas em vinte e duas alíneas, a saber:

- a) Realizar e apoiar tecnicamente os estudos sobre serviços de saúde e de consultoria em política e administração de saúde;
- b) Promover, em conjunto com o Instituto Nacional de Saúde, o desenvolvimento da investigação aplicada nas instituições e serviços de saúde;
- c) Preparar e coordenar os planos de actividade de saúde;
- d) Preparar os planos sectoriais de desenvolvimento e sua articulação com os planos regionais e nacionais;
- e) Preparar e avaliar os programas e medidas de política sectorial e de programação do sector;
- f) Orientar, coordenar e fiscalizar as instituições prestadoras de cuidados de saúde e serviços de saúde;
- g) Orientar tecnicamente e avaliar as actividades de prevenção e promoção da qualidade dos factores ambientais e das condições de salubridade nos ambientes ocupacionais e escolares;
- h) Coordenar a execução de planos verticais de saúde e os programas de formação em serviço;
- i) Fazer a acreditação das instituições e serviços prestadores dos cuidados de saúde, ainda que não integrados no sistema de saúde;
- j) Promover e efectuar a realização de auditorias;
- l) Fomentar o recurso a formas inovadoras de organização, gestão e funcionamento das instituições e serviços de saúde;

⁸⁰ - Idem, pp. 5545-5550. Dirigida por um director-geral e coadjuvado por três subdirectores-gerais, a Direcção-Geral da Saúde compreende: a Direcção de Serviços e Educação e Promoção da Saúde; a Direcção de Serviços de Saúde Pública; a Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde; a Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental; a Direcção de Serviços de Promoção e Garantia da Qualidade; a Repartição Administrativa; a Repartição Financeira; o Gabinete Jurídico; o Gabinete de Documentação e Divulgação (p. 5546).

⁸¹ - Decreto-Lei n.º 122/97, de 20 de Maio, *Diário da República*, n.º 116/97, 1.ª Série, p. 2488.

- m) Colaborar com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde na celebração de convenções entre instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e outras entidades;
- n) Elaborar os processos de licenciamentos das unidades privadas de saúde;
- o) Preparar, lançar e explorar inquéritos de saúde, quer de natureza estatística, quer epidemiológica;
- p) Assegurar a inserção das estatísticas de saúde no Sistema Estatístico Nacional;
- q) Assegurar a realização de inquéritos na área da saúde no quadro do Sistema Estatístico Nacional;
- r) Acompanhar e controlar a execução dos programas de investimento do Ministério da Saúde;
- s) Realizar a programação funcional a que deve obedecer a concepção e o projecto das instalações e equipamentos da saúde;
- t) Promover e orientar a preparação profissional do pessoal do SNS e colaborar na definição das políticas de recursos humanos, financeiros e técnicos;
- u) Organizar e orientar a realização dos concursos das carreiras médicas, nos termos da lei, e coordenar os processos de atribuição de equivalências;
- v) Garantir aos serviços prestadores de cuidados o abastecimento de vacinas e produtos biológicos afins;
- x) Preparar, coordenar e desenvolver acções de cooperação internacional, nomeadamente com os países de língua portuguesa, no âmbito de projectos de natureza bilateral ou multilateral⁸².

No âmbito do Programa da Reforma da Despesa Pública, e a fim de racionalizar as estruturas e diminuir o número de cargos de direcção e de chefia, com vista à economia de meios financeiros, foi criado o Departamento de Modernização e Recursos da Saúde. Este Departamento assegura as competências anteriormente atribuídas à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e ao Departamento de Recursos Humanos da Saúde, com excepção das que se incluíam no âmbito do Gabinete dos Assuntos Europeus⁸³.

⁸² - Idem, pp. 2488-2489.

O Director-Geral é coadjuvado por mais um Subdirector-Geral, isto é, passa-se de três para quatro; entretanto, de dezassete chefes de divisão passa-se para vinte e três (pp. 2489 e 2495).

A Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, a Repartição Administrativa, a Repartição Financeira, o Gabinete Jurídico e o Gabinete de Documentação e Divulgação mantêm-se, e as restantes quatro Direcções de Serviços são acrescentadas e substituídas pelos seguintes serviços: Gabinete de Estudos, Divisão de Cooperação Internacional e Direcções de Serviços de Informação e Análise, de Planeamento, de Promoção e Protecção da Saúde, de Acordos, Contratos e Convenções e de Prestação de Cuidados de Saúde (p. 2489).

Como corolário do constante acréscimo das atribuições da Direcção-Geral da Saúde surge o cargo de Alto-Comissário da Saúde, exercido em acumulação pelo Director-Geral da Saúde.

A sua criação é justificada pela necessidade de supervisão, coordenação e orientação das administrações regionais de saúde; a coordenação de mais de uma dezena de comissões técnicas de alto nível; a fusão das funções centrais da Direcção-Geral dos Hospitais, dos Cuidados de Saúde Primários e do Departamento de Estudos e Planeamento na Direcção-Geral da Saúde.

Daí que, além de outras, a primeira competência do Alto-Comissário da Saúde seja a de promover a procura de ganhos em saúde, garantindo a melhor articulação e colaboração dos diversos serviços do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 257/2001, de 22 de Setembro, *Diário da República*, número 221, 1.ª Série, p. 6033).

⁸³ - Decreto-Lei n.º 8-A/2002, de 15 de Janeiro, *Diário da República*, n.º 12, Suplemento, 1.ª Série, p. 320-(2).

As competências atribuídas à Direcção-Geral da Saúde no âmbito dos concursos de habilitação ao grau de consultor das carreiras médicas transitam, agora, para o Departamento de Modernização e Recursos da Saúde [p. 320-(2)].

VI - OS DIRECTORES-GERAIS

João Ferraz de Macedo

Ricardo de Almeida Jorge

José Alberto de Faria

Augusto da Silva Travassos

Maria Luísa de Saldanha da Gama Van Zeller

Cristiano Rodrigues Nina

António Arnaldo de Carvalho Sampaio

José Pissara Xavier Lopes Dias

Luís António Feyo do Prado Quintino

António José Nazaré Vaz

José Florêncio Botelho Castelo Branco

José Luís Chagas Henriques de Jesus

José dos Santos Bandeira Costa

Delfim Pereira Neto Rodrigues

João Manuel Nunes Abreu

Constantino Theodor Sakellarides

José Luís Castanheira dos Santos

José Manuel Domingos Pereira Miguel

Francisco Henriques Moura George (em funções)

As competências exercidas pelo Gabinete de Assuntos Europeus da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde passam a ser exercidas pela Divisão de Assuntos Europeus da Direcção-Geral da Saúde.

É criada na Direcção-Geral da Saúde a Direcção de Serviços de Assuntos Europeus e Cooperação Internacional, que integra a Divisão de Cooperação Internacional e a Divisão de Assuntos Europeus.

Transita para a Direcção-Geral da Saúde a competência da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde para prestar colaboração, quando solicitada, no processo de registo das instituições privadas de solidariedade social com fins de saúde [p. 320-(8)].

VII - BIBLIOGRAFIA

Annaes de Saude Publica do Reino Publicados pela Inspeção Geral dos Serviços Sanitários, Secção de Legislação -Tomo II, Lisboa, Imprensa Nacional, 1904

CANOTILHO, J. J. Gomes, MOREIRA, Vital, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, 2.^a edição, vol. I, Coimbra, Coimbra Editora, 1984.

COELHO, Eduardo, *O Prof. Ricardo Jorge: Breve Ensaio Crítico*, Paris-Lisboa, Livrarias Aillaud & Bertrand, 1929

CORREIA, Fernando da Silva, *A Vida, a Obra, o Estilo, as Lições e o Prestígio de Ricardo Jorge*, Lisboa, Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, 1960

Portugal Sanitário (Subsídios para o seu estudo), Lisboa, Ministério do Interior, Direcção Geral de Saúde Pública, 1938

Portugal na História da Medicina Social, I (Assistência, Higiene e Medicina do Trabalho), Lisboa, Edições Imprensa Médica, 1954

Diário do Governo, 27 de Setembro de 1971, Decreto-Lei n.º 413/71

Diário do Governo, I.^a Série, n.º 210, 8 de Setembro de 1972, Decreto n.º 351/72

Diário da República, I.^a Série, n.º 214, 15 de Setembro de 1979, Decreto-Lei n.º 56/79

Diário da República, I.^a Série, n.º 53, 2 de Março de 1984, Decreto-Lei n.º 74-C/84

Diário da República, I.^a Série, n.º 345/93, 1 de Outubro, Decreto-Lei n.º 345/93

Diário da República, I.^a Série, n.º 116/97, 20 de Maio, Decreto-Lei n.º 122/97

Diário da República, I.^a Série, n.º 221, 22 de Setembro, Decreto-Lei n.º 257/2001

Diário da República, I.^a Série, Suplemento, n.º 12, 15 de Janeiro, Decreto-Lei n.º 8-A/2002

FARIA, José Alberto de, *Administração Sanitária*, Lisboa, Imprensa Nacional de Lisboa, 1934

FERREIRA, F. A. Gonçalves, *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1990

Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira, vol. XIV, Lisboa, Rio de Janeiro, Editorial Enciclopédia, Limitada, s.d.

JORGE, Ricardo, *Saneamento do Porto. Relatório apresentado á Comissão Municipal de Saneamento*, Porto, Typografia de António José da Silva Teixeira, 1880

Higiene Social Applicada Á Nação Portuguezza, Porto, Livraria Civilização, 1885

A Peste bubónica no Porto – 1899. Seu descobrimento – Primeiros trabalhos, Porto, Repartição de Saude e Hygiene da Camara do Porto, 1899

Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, n.º 58, Lisboa, 1894

Jornal da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Tomo LX, Lisboa, 1896

LEMOS, Maximiano, *História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições*, 2.ª edição, Vol. II, Lisboa, Publicações Dom Quixote, Ld.ª, 1991.

Legislação Portuguesa, Collecção de Leis e outros Documentos Officiaiaes, 1.º Semestre de 1837, sétima Serie – 1.ª Parte, Diário do Governo n.º 3, 4 de Janeiro de 1837, Lisboa, Imprensa Nacional, 1837

Legislação Portuguesa, Collecção de Leis e outros Documentos Officiaiaes, 1.º Semestre de 1837, sétima Serie – 1.ª Parte, Diário do Governo n.º 9, 11 de Janeiro de 1837, Lisboa, Imprensa Nacional, 1837

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Diário do Governo n.º 227, 25 de Setembro, Lisboa, Imprensa Nacional, 1845

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Diários do Governo n.ºs. 283 a 287, Lisboa, Imprensa Nacional, 1845

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1868, Diário de Lisboa n.º 284, 14 de Dezembro de 1868, Lisboa, Imprensa Nacional, 1869

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1899, Diário do Governo n.º 226, 6 de Outubro, Lisboa, Imprensa Nacional, 1900

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1901, Diário do Governo n.º 292, 26 de Dezembro, Lisboa, Imprensa Nacional, 1902

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1910, Diário do Governo n.º 16, 24 de Outubro, Lisboa, Imprensa Nacional, 1911

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1911, Diário do Governo n.º 33, 10 de Fevereiro, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1911, Diário do Governo n.º 104, 5 de Maio, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912

Legislação Portuguesa, Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1911, Diário do Governo n.º 124, 29 de Maio, Lisboa, Imprensa Nacional, 1912

Legislação Portuguesa, Colecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1918, Segundo Semestre, Decreto n.º 5023, 29 de Novembro de 1918, Diário do Governo n.º 261, Lisboa, Imprensa Nacional, 1920

Legislação Portuguesa, Colecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1926, Segundo Semestre, Decreto n.º 12477, 12 de Outubro de 1926, Lisboa, Imprensa Nacional, 1930

Legislação Portuguesa, Coleção Oficial da Legislação Portuguesa, Ano de 1945, Segundo Semestre, Decreto n.º 35108, 7 de Novembro de 1945, Lisboa, Imprensa Nacional, 1954

Ministério da Saúde, Direcção-Geral de Saúde, *A Saúde dos Portugueses. 1997*, Lisboa, MS-DGS, 1997

Ministério do Interior, Direcção Geral de Saúde, *Boletim dos Serviços Sanitários*, n.º 8 – 1931, Lisboa, Imprensa Nacional, 1931

MIRA, Matias Boleto Ferreira de, *História da Medicina Portuguesa*, Lisboa, Edição da Empresa Nacional de Publicidade, 1947

NATÁRIO, Adriano, et al., *A Saúde dos Portugueses*, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde, 1997

S.A., *Relatório da Epidemia de Cólera em Portugal nos annos de 1855 e 1856*, Lisboa, s.e., 1858

STARWELL, Maxcy Rosenau, *Medicina Preventiva e Saúde Pública*, Vol. I, Lisboa, Edição da Fundação Calouste Gulbenkian, 1979

TRAVASSOS, Augusto da Silva, *Ricardo Jorge Perante a Saúde Pública*, Lisboa, Separata do Boletim dos Serviços de Saúde Pública, vol. V, n.º 2, Abril-Junho de 1958.