



PROGRAMA DE ACÇÃO

Fundação Cuidar o Futuro

**MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS
SOCIAIS**

PROGRAMA DE ACESSO

Fundação Cuidar o Futuro

INSTITUTO DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



PROGRAMA DE ACÇÃO

Outubro 1974

Fundação Cuidar o Futuro

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Av. João Crisóstomo, 9

Lisboa 1

PRINCÍPIOS DA POLÍTICA SOCIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

1. Política global e unitária
2. Política mista e descentralizada
3. Conservação do património público e melhorias privadas
4. Estrutura social e económicas robustas
5. Responsabilidade colectiva



PROGRAMA DE ACÇÃO

Outubro 1974

Fundação Cuidar o Futuro

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Av. João Crisóstomo, 8

Lisboa 1



ÍNDICE

	Pág.
I. OBJECTIVOS DA POLÍTICA SOCIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS	5
1. Construção gradual do Sistema Integrado de Segurança Social	6
2. Lançamento das bases de um Serviço Nacional de Saúde	6
3. Realização progressiva de uma Política Global de Acção Social	6
II. PRINCÍPIOS DA POLÍTICA SOCIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS	7
1. Política global e sectorial	7
2. Política unitária e descentralizada	8
3. Colaboração de poderes públicos e instituições privadas	9
4. Direitos sociais e necessidades colectivas	10
5. Responsabilidade colectiva	11

III. MEDIDAS DE POLÍTICA SOCIAL	13
1. Medidas relativas ao Sistema Integrado de Segurança Social	13
1.1. Protecção à primeira infância	15
1.2. Enquadramento social das crianças e jovens	17
1.3. Criação de novos esquemas de abono de família	19
1.4. Protecção social contra acidentes de trabalho e doenças profissionais	20
1.5. Protecção social na interrupção accidental de presta- ção de trabalho	21
1.6. Adopção de novas providências de protecção na invalidez e velhice	22
1.7. Integração social dos marginalizados	23
1.8. Gestão administrativa e financeira da Previdência	24
2. Medidas relativas ao Serviço Nacional de Saúde	26
2.1. Fomento de unidades de medicina de base	27
2.2. Planificação e igualdade de acesso aos meios auxi- liares de diagnóstico	28
2.3. Racionalização da assistência medicamentosa	29
2.4. Melhoria e diversificação geográfica da assistência hospitalar	31
2.5. Estabelecimento do plano director dos hospitais cen- trais e especializados	32
2.6. Operacionalidade e humanização dos serviços de urgência	32
2.7. Novas formas de democratização do acto médico	34
2.8. O ensino e o treino das profissões médicas e para- médicas	35
3. Medidas Relativas à Política Social Global	36
3.1. Animação sócio-cultural	37
3.2. Política de população	39
3.3. Condição feminina	41
IV. ESTRUTURAÇÃO DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS	43

I. OBJECTIVOS DA POLÍTICA SOCIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

A nova política social é basicamente definida pelo *conjunto de objectivos* que o Governo Provisório se fixa a si próprio como resposta às necessidades colectivas expressas no Programa do Movimento das Forças Armadas.

A política social não é, assim, instrumento de uma «ideologia» nem resultado de um «planeamento». É um conjunto coerente de objectivos e das medidas que tais objectivos requerem.

A coerência interna da nova política social depende da exigência tecnico-política posta no seguimento do *caminho socializante* do Programa do Governo Provisório. Tal coerência tem de ser continuamente experimentada e verificada na *vontade do povo*, expressa através das múltiplas incidências da sua luta. De tal coerência dará conta a intensidade do seu vector determinante: a certeza de que está iniciada *uma via portuguesa original* cujos marcos serão levantados pelo engenho colectivo posto na construção do nosso próprio destino.

Os objectivos específicos da política social do Governo Provisório sintetizam-se no conjunto básico de três grandes objectivos: os dois primeiros explicitamente indicados no Decreto n.º 203/74 e o terceiro implícito na própria criação de um Ministério dos Assuntos Sociais no contexto da revolução de 25 de Abril. A seguir se indicam esses objectivos:

1. Construção gradual do *Sistema Integrado de Segurança Social* estabelecendo a transição de um esquema baseado na capacidade produtiva para um esquema baseado na dignidade de cada pessoa e nos direitos sociais fundamentais que lhe são inerentes;

2. Lançamento das bases de um *Serviço Nacional de Saúde* estabelecendo a transição de um reduzido sistema oficial centralizado e de um sistema liberal economicamente discriminatório para um sistema assente na resposta institucionalizada do direito à saúde de todos os cidadãos;

3. Realização progressiva de uma *Política Global de Acção Social* que vise a melhoria da qualidade de vida de todas as camadas da população e a sua participação consciente e crítica na construção do projecto colectivo de uma nova sociedade.

Fundação Cuidar o Futuro

Os objectivos específicos da política social do Governo Português sintetizam-se no seguinte básico de três grandes objectivos: os dois primeiros explicitamente indicados no Decreto n.º 10174 e o terceiro implícito na própria criação de um Ministério das Assuntos Sociais no contexto da revolução de 25 de Abril. A seguir se indicam estes objectivos:

II. PRINCÍPIOS DA POLÍTICA SOCIAL DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

1. A política social é simultaneamente global e sectorial. É uma política *global* enquanto se exprime a dimensão social de todas as políticas sectoriais, levando tais políticas a subordinarem os seus objectivos próprios às necessidades sociais colectivas.

É uma política *sectorial* enquanto se exprime numa acção específica, num domínio próprio, em sectores privilegiados de intervenção.

Tal princípio elimina:

- a resposta pontual a carências sociais, consideradas independentemente do contexto economico-político;
- a redução da «política social» a uma qualquer política sectorial considerada como elemento residual das outras políticas;
- a política social encarada apenas como resposta aos problemas trazidos pelas variações da economia (por exemplo, inflação, desemprego, etc.).

Tal princípio supõe:

- a formulação de um projecto global e intersectorial da sociedade portuguesa;
- a constante reiteração no processo de definição das várias políticas sectoriais de modo a garantir a sua efectiva interdependência e a permitir o ajuste dos instrumentos específicos da política social;
- o reconhecimento do progresso económico não como um fim em si mesmo mas como um meio necessário para a realização dos objectivos da política social:

2. A política social é simultaneamente *unitária* e descentralizada. É *unitária* na definição dos objectivos fundamentais, na planificação das prioridades nacionais, na construção progressiva dos patamares de benefícios sociais que correspondem aos direitos e carências de cada grupo social. É *descentralizada* pela deslocação do poder de decisão e da determinação prática de carências e necessidades para as pessoas e para os grupos sociais que se empenham na melhoria da sua própria situação.

Tal princípio elimina:

- qualquer estatuto de «menoridade» que as condições económicas de uma população possam sugerir;
- a expressão e conseqüente atendimento de carências apenas em termos individuais, sem qualquer expressão orgânica e operacional;
- a direcção da execução da política social por órgãos de cúpula e os circuitos que anulam a responsabilidade concreta e imediata nas comunidades locais.

Tal princípio supõe:

- prioridade prática e enriquecimento em pessoas e meios dos órgãos locais de segurança social e saúde em relação aos órgãos centrais que devem ser reduzidos ao mínimo;

- centralização da regulamentação geral e descentralização da gestão;
- subordinação das soluções técnicas ao enquadramento humano e cultural dos grupos;
- autonomia de cada grupo local e sua dinamização quanto à explicitação das formas próprias que aí assume a acção social.

3. A política social efectiva-se numa estreita colaboração entre os poderes públicos e as instituições privadas. Cabe aos *poderes públicos* assegurar os esteios fundamentais da política social em termos de projecto colectivo, objectivos, normas, financiamento, instituições modelares. Cabe às *instituições privadas* dar uma contribuição suplementar aos meios sempre insuficientes dos poderes públicos, assegurar uma maior participação popular na estruturação da resposta às suas necessidades, introduzir um factor de flexibilidade e originalidade no dispositivo geral de acção social.

Tal princípio elimina:

F o paternalismo do Estado e a consequente manipulação das instituições privadas pelos poderes públicos;

- o paternalismo das instituições privadas e a consequente possibilidade de se transformarem em feudos, manipulando as populações;
- a ambiguidade de relações entre o Estado e as instituições privadas;
- a vacuidade das instituições ditas privadas e, na prática, totalmente subsidiadas pelo Estado.

Tal princípio supõe:

- a permanente definição pelos poderes públicos da política social;
- a aceitação por parte das instituições privadas dos objectivos da política social seguida, de prazos e condições mínimas, tanto de natureza técnica como de qualidade dos serviços que prestam;

- a responsabilização do Estado na salvaguarda do carácter não-estatal de instituições cuja natureza os situa fora do âmbito dos poderes públicos, desde que os bens e instituições sejam geridos de forma a beneficiar efectivamente a colectividade.

4. A política social exprime-se em prestações sociais, serviços sociais, acção social, devidos pelo Estado a todos os cidadãos. Todos estes meios de exercício da política social respondem a *direitos sociais fundamentais* inerentes à existência humana, sendo, por isso, independentes das condições de trabalho e não exigindo capitalização de contribuições para serem satisfeitos. São determinados por *necessidades sociais colectivas* definidoras do quadro dentro do qual se podem estabelecer as condições e os limites da resposta aos direitos sociais individuais.

Tal princípio elimina:

- o conceito de assistência pública como forma institucionalizada da caridade;
- a relação individualizada entre as contribuições dos trabalhadores para a previdência e o benefício social correspondente, tradicionalmente considerado como «seguro»;
- o vínculo «trabalho-protecção social» como esteio de todo o esquema de segurança social.

Tal princípio supõe:

- o direito à protecção social ainda que a pessoa se encontre total ou parcialmente à margem do mercado de trabalho;
- a progressiva desvinculação entre os direitos sociais e o tipo de actividade que a pessoa exerce (agrícola, industrial, etc.);

- o carácter imperativo das necessidades sociais colectivas na programação dos poderes públicos, não ficando dependentes da «auscultação» das populações em domínios em que estão em jogo os seus direitos sociais fundamentais (cobertura sanitária, protecção materno-infantil, etc.).

5. A política social só pode ser inteiramente realizada quando corresponder ao exercício da *responsabilidade colectiva* perante cada pessoa e cada grupo social. Tal responsabilidade, embora assente desde a base na redistribuição compulsiva do rendimento, pressupõe a participação, em moldes diversificados, de toda a comunidade não só no financiamento como na determinação e na administração das prestações sociais.

Tal princípio elimina:

- a luta pela sobrevivência e a competição que daí decorre quando a sociedade não oferece a segurança necessária;
- a dependência dos trabalhadores em relação à entidade patronal, em razão das contribuições desta para a segurança social;
- o carácter de favor na concessão das diferentes prestações sociais como vestígio da rede oficial de cobertura de saúde cujos cuidados médicos se dirigiam aos indigentes.

Tal princípio supõe:

- a garantia de limites mínimos de rendimento que assegurem a sobrevivência;
- a correcção da distribuição do rendimento;
- a prioridade dada às camadas mais desfavorecidas e às classes trabalhadoras;
- a imposição de limite das prestações sociais em relação aos escalões mais elevados de rendimento;

- a responsabilização das profissões que veiculam as prestações sociais (médicas, para-médicas, administração da previdência, etc.) na explicitação da responsabilidade colectiva perante cada cidadão;
- a responsabilidade do Estado na cobertura dos déficits.

2. A política social só pode ser inteiramente realizada quando correspondente ao espírito da responsabilidade colectiva perante cada pessoa e cada grupo social. Tal responsabilidade implica sempre desde a base as contribuições comunitárias do rendimento, prossegue a participação em medidas diversificadas de toda a comunidade não só no financeiro como no intelectual e no administrativo das prestações sociais.

Tal princípio implica:

- a luta pela sobrevivência e a competitividade que daí decorre quando a sociedade não oferece a segurança necessária para a realização das actividades em relação a cada cidadão, em todas as condições desde parte à segurança social;
- o carácter de favor no concessão das diferentes prestações sociais como resultado da totalidade de contribuições de saúde cujos benefícios médicos se dirigem aos indivíduos.

Tal princípio implica:

- a garantia de limites máximos de rendimento que assegure a sobrevivência;
- a concessão de diferenciação de rendimento;
- a prioridade dada às classes mais desfavorecidas e às classes trabalhadoras;
- a imposição de limites das prestações sociais em relação aos excedentes máximos de rendimento;

Fundação Cuidar o Futuro



III. MEDIDAS DE POLÍTICA SOCIAL

1. MEDIDAS RELATIVAS AO SISTEMA INTEGRADO DE SEGURANÇA SOCIAL

Ao preconizar a substituição progressiva dos sistemas de assistência e previdência em vigor por um Sistema Integrado de Segurança Social, o Programa do Governo Provisório indica claramente que é o *direito à vida* e não a *capacidade de produzir trabalho* o vector fundamental do novo sistema. Com efeito, embora o esquema de previdência se tivesse vindo a alargar a camadas cada vez mais numerosas da população, ele estava inexoravelmente ligado ao trabalho, diversificado até em regimes especiais de acordo com o tipo de trabalho realizado. Por isso — e ainda que o esquema de assistência tivesse incorporado iniciativas de promoção social portadoras de novo significado — era praticamente inevitável que a assistência acolhesse a população, necessariamente marginal, que não beneficiava do esquema de previdência. As tentativas de modernização de um e outro sector em termos de política social resultaram com frequência numa duplicação de esforços e de serviços e em vazios correspondentes a outras tantas necessidades.

Como etapas prévias (verdadeiras bases) do Sistema Integrado de Segurança Social, decorrentes do direito à vida como esteio de todo o sistema, há que referir três processos já em curso:

- a) Integração na Segurança Social de todos os trabalhadores não abrangidos por esquemas de previdência;

- b) Uniformização dos regimes de previdência aplicáveis aos trabalhadores das actividades privadas e aos funcionários do Estado;
- c) Igualização progressiva da situação dos trabalhadores rurais em relação aos outros trabalhadores.

A construção de uma nova estrutura de Segurança Social é assim parte integrante do Sistema Integrado de Segurança Social. Nessa estrutura, *assente sobre o direito à vida*, percorrem-se as etapas da própria vida humana:

- a) A primeira infância e todo o seu condicionalismo social que importa salvaguardar;
- b) A infância e a juventude, garantindo a circulação de valores e experiências de meios sociais diferentes de modo a evitar a segregação socio-económica;
- c) A idade adulta com a dupla responsabilidade de família e de profissão, assegurando que o direito do homem ao trabalho vá de par com o direito do homem a conviver;
- d) A terceira idade, permitindo uma etapa final da vida individualmente realizada e socialmente útil;
- e) Paralelamente a cada uma destas etapas, o direito à vida dos «grupos especiais» da população, acidental ou permanentemente marginalizados.

Na evolução dos primeiros passos deste sistema haverá que estabelecer continuamente o equilíbrio entre uma «*protecção*» social que efectivamente securiza as pessoas e os grupos, libertando as suas energias da labuta quotidiana para actividades criadoras, e a *iniciativa pessoal*, estimulando a um acréscimo de responsabilidade no aforro e previdência, na austeridade e sobriedade de costumes.

Assente como é no direito à vida, o Sistema Integrado de Segurança Social exclui, como princípio, privilégios de qualquer natureza, tentando proporcionar a todos os portugueses uma verdadeira igualdade de oportunidades em todas as fases da sua existência. Considerando, no entanto, que

um tal princípio terá grandes entraves à sua execução e que na prática continuarão a manifestar-se desigualdades, o Sistema Integrado de Segurança Social terá necessariamente que criar *dispositivos de intervenção* e estabelecer *processos de compensação* que permitam que todas as categorias da população beneficiem igualmente do equipamento humano, financeiro e social que lhes é concedido. Não cabe, por isso só ao Sistema Integrado de Segurança Social aumentar *quantitativamente* as prestações sociais devidas à população; cabe-lhe também *inflectir radicalmente* o sentido de actuação dos sistemas que vem substituir, assegurando serviços e prestações sociais que, sendo *qualitativamente* diferentes, venham, de facto, a contribuir para a transformação da qualidade de vida dos portugueses.

1.1. PROTECÇÃO À PRIMEIRA INFÂNCIA

É fundamental para a construção de uma sociedade democrática a *igualdade de oportunidades*, desde o nascimento, para cada ser humano. Assim aponta-se, *desde já*, para uma sociedade em que o *enquadramento sócio-económico* de cada criança seja, na medida do possível, determinado pelo seu direito à vida e não pelas condições da família de que faz parte. A *médio e longo prazo* sublinha-se a necessidade de criar mecanismos que estabeleçam um *enquadramento sócio-cultural* idêntico nas oportunidades que oferece desde os primeiros meses de vida.

A situação real está muito longe de corresponder a essa igualdade de oportunidades. Com efeito, a primeira infância distribui-se no País em grupos com características distintas. Por um lado, as crianças de agregados familiares com níveis de rendimento acima da média são com frequência colocadas em infantários com fins lucrativos, estando a Previdência a participar em alguns casos com 1000\$00/mês/criança. Por outro lado, as crianças de famílias de trabalhadores são indiferenciadamente integradas em infantários de empresas, entregues a «amas» ou deixadas à conta de qualquer familiar.

Não se considera possível a cobertura completa de todo o País com infantários. É um equipamento colectivo que, sob a sua forma tradicional, envolve encargos elevados em pessoal qualificado, em instalações, em criação das condições mínimas para o desenvolvimento psíquico das crianças. Como, por outro lado, se considera fundamental o laço da criança à mãe, estabelece-se um esquema em que *as mães trabalhadoras podem estar junto dos seus filhos até que estes atinjam os três meses* e tenta-se alargar a vantagem da ligação afectiva à figura da mãe através do «*esquema familiar de infantário*».

Neste contexto, assegurados novos mecanismos de enquadramento afectivo e social, julga-se viável proceder ao alargamento da protecção à primeira infância a *todas as crianças*. No plano director desta cobertura, inscrever-se-ão as famílias na sua função de instituição-para-a-comunidade, as entidades privadas (empresas e associações de fins não-lucrativos como as fundações e as cooperativas de pais) e, em último lugar, as instituições oficiais indispensáveis.

Medidas de execução:

Fundação Cuidar o Futuro

1. Cumprimento das normas internacionais (convenções do BIT n.º 3, de 1919 e n.º 102, de 1952) de obrigatoriedade de 90 dias de licença após o parto para as mulheres trabalhadoras, sendo o seu pagamento suportado por toda a colectividade;

2. Abertura das famílias para enquadramento da primeira infância, através da selecção, treino e pagamento de salários às mães que, tendo um filho entre 0 e 3 anos, queiram cuidar da sua educação conjuntamente com a de mais 3 ou 4 crianças da mesma idade;

3. Estímulo à formação de cooperativas de pais com apoio estável das autarquias locais;

4. Plano director de cobertura mínima do País em infantários, utilizando espaços disponíveis, quer por zonas residenciais quer por alargamento dos infantários de empresa ou de fundações às crianças da comunidade, mediante parti-

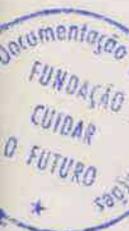
cipação das autarquias locais, impedindo-se assim também a formação de «ghetos» (em colaboração com a Secretaria de Estado da Habitação e Urbanismo e Ministério da Administração Interna);

5. Avaliação e transformação das instituições existentes quer através de uma total remodelação das instituições geridas pelo Estado quer através da elaboração de normas para infantários criados por entidades privadas e acordos de colaboração com essas entidades em que fique salvaguardada a responsabilidade de supervisão e fiscalização do Estado.

1.2. ENQUADRAMENTO SOCIAL DAS CRIANÇAS E JOVENS

Cada sociedade deve às crianças e jovens condições de crescimento harmonioso e saudável tanto em termos de suporte económico como em termos do ambiente sócio-cultural. Torna-se indispensável *garantir a cada criança e a cada jovem o direito a um mínimo de protecção* que lhe é devida pela sociedade e que é independente da vinculação dos seus familiares ao mundo do trabalho. Ora actualmente as crianças e os jovens têm tido direito a «abono de família» por via do familiar adulto inscrito na Previdência.

Outros aspectos da protecção social são assegurados através da vinculação à escola, nomeadamente a Saúde Escolar e a Acção Social Escolar (o primeiro estruturalmente incluído no Ministério dos Assuntos Sociais e o segundo no Ministério da Educação e Cultura). Trata-se de um aspecto específico destas idades em matéria de protecção social. Levanta-se, no entanto, o problema da relação entre a escola e a vida social no seu conjunto. Com efeito, a integração da acção social escolar na estrutura educativa é sempre uma possibilidade de manipulação doutrinária bem como de «escolarização» de actividades que deveriam ser diferentes da escola. Daí a importância que se atribui a um *sistema de*



protecção social voltado para a integração da criança e do jovem na comunidade social.

Estas exigências são particularmente agudas no caso das *crianças e dos jovens carecidos de meio familiar normal*. Importa remodelar totalmente as condições em que funcionam as instituições oficiais, caminhando, na medida do possível, para pequenas unidades cujo funcionamento dependeria estreitamente da colaboração de entidades privadas ou de voluntários.

Medidas de execução:

1. Modificação das bases de concessão do chamado «abono de família» às crianças e jovens, tornando-o independente da situação laboral dos pais;
2. Melhoria da situação dos menores sem qualquer protecção social;
3. Completa reestruturação da relação do acto educativo com o ambiente social;
4. Uniformização dos critérios de gestão e orientação dos jardins de infância, em termos de integração e adaptação ao meio social ambiente e revisão dos cursos de educadoras de infância dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais;
5. Modificação da situação dos internatos de crianças e jovens órfãos ou vindos de famílias carecidas, garantindo a escolaridade em estabelecimentos normais, a aprendizagem em locais de trabalho e o ambiente familiar em unidades de dimensão humana;
6. Elaboração de normas de funcionamento e revisão da concessão de alvará a instituições chamadas de beneficência para jovens, prevendo-se a obrigatoriedade de encerramento para algumas dessas instituições;
7. Coordenação das iniciativas de tempos livres, através de uma plena utilização dos equipamentos colectivos existentes.

1.3. CRIAÇÃO DE NOVOS ESQUEMAS DE ABONO DE FAMÍLIA

A sociedade tem de investir grande parte da sua responsabilidade de protecção social através da instituição familiar. Não se trata de simples planos de «assistência à família» em casos de necessidade, mas de um *esquema amplo de garantias financeiras e sociais para a família* de modo a assegurar a todos os seus membros as condições ambientais necessárias a uma melhoria da qualidade de vida.

Neste contexto, torna-se imperativo um conjunto de medidas decorrentes do alargamento a outras modalidades e segundo outros critérios da noção (limitada e erradamente usada entre nós) de «abono de família». Deverão criar-se, pois, *novos esquemas de abono de família*.

Considera-se prioritário um esquema que permita influir em cada agregado familiar como um *elemento corrector das consequências da inflação*, independentemente do mecanismo de alteração de salários. Pesarão nesse esquema critérios como: a habitação, o número de familiares, a existência de doentes crónicos no agregado familiar, a localização em meio urbano ou rural, e.c.

Medidas de execução:

1. Prestação familiar para habitação aos agregados com menos de 6000\$00 mensais de rendimento (dependente das disponibilidades financeiras);
2. Análise de outras formas de intervenção no rendimento do agregado familiar em famílias ligadas a modalidades de trabalho sazonal;
3. Estudo de normas de aquisição de equipamentos electrodomésticos para utilização colectiva em subúrbios urbanos e de instalações frigoríficas e de lavandaria em meio rural;
4. Estudo e elaboração de esquemas diversificados de prestações sociais de habitação para os agregados familiares de menores rendimentos;

5. Incorporação das receitas do Fundo Nacional de Abono de Família na Caixa Nacional de Pensões para afectação aos novos esquemas de abono de família;

(As despesas de comparticipação no INTP e na Inspecção do Trabalho — 40,7% — bem como os serviços sociais do ex-Ministério das Corporações e parte do pessoal da DGP — 66,5% — deverão passar a ser suportados pelo OGE).

1.4. PROTECÇÃO SOCIAL CONTRA ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS

O direito ao trabalho é correlativo dos direitos sociais que subordinam o trabalho ao homem. *A protecção social dos trabalhadores enquanto tais incide, assim, sobre as suas condições de trabalho.*

Ora é intrínseca à produção industrial uma situação de domínio do homem pela tecnologia que o coloca muitas vezes em risco permanente de doença ou acidente. A protecção social existe e engloba modalidades várias de assistência médica, de indemnização, de pensões. A sua importância é fundamental no sentimento de segurança do trabalhador em relação ao seu trabalho.

Torna-se, no entanto, necessário levar esta segurança até à sua plena efectivação, não deixando o mecanismo que a garante sujeito às arbitrariedades de instituições de fins lucrativos, mas fazendo uma total cobertura de tais acidentes e doenças pelo sistema oficial de segurança social.

Além disso, a protecção social deverá coadjuvar a implantação de mecanismos preventivos dos riscos inerentes à produção industrial. As condições do trabalho industrial requerem uma acção concertada dos trabalhadores, das entidades patronais e dos poderes públicos, como expressão da necessidade de salvaguardar as condições mínimas de qualidade de vida. Não estão aqui apenas em causa as relações de classe nos meios de produção mas o próprio processo produtivo. A tarefa a realizar é de longo prazo mas a sua actuação permi-

tirá, desde já, delimitar as zonas e as formas do processo produtivo que são claramente atentórias da vida humana.

Medidas de execução:

1. Revisão da legislação sobre o sistema vigente, garantindo nomeadamente que os direitos dos trabalhadores lesados fiquem assegurados;
2. Estudo das consequências da eliminação de actividades lucrativas neste domínio pelas companhias de seguros, através da integração no Sistema Integrado de Segurança Social da protecção social dos trabalhadores com acidentes de trabalho;
3. Detecção das formas de processo produtivo que são a médio e longo prazo atentórias da qualidade de vida;
4. Elaboração de normas e meios que permitam à política social exercer um efeito correctivo na criação de novas indústrias e no processo produtivo em geral (estudo a realizar em colaboração com o Ministério da Economia).

Fundação Cuidar o Futuro

1.5. PROTECÇÃO SOCIAL NA INTERRUPTÃO ACIDENTAL DE PRESTAÇÃO DE TRABALHO

Na actual conjuntura socio-económica, a protecção social devida aos trabalhadores em situação de interrupção accidental de prestação de trabalho circunscreve-se ao estabelecimento do subsídio ou pensão de desemprego, no que diz respeito à actuação específica do Ministério dos Assuntos Sociais.

O direito ao trabalho é equivalente ao direito social ao emprego; daí que tal direito deva ser protegido por um conjunto de mecanismos entre os quais sobressai a prestação social de desemprego em caso de interrupção involuntária de emprego. Embora se desconheça ainda os efeitos psico-sociológicos de tal protecção no comportamento dos traba-

lhadores, não parece adequado, tendo em conta a elevada reputação de trabalho de que gozam os emigrantes portugueses no estrangeiro, reccar-se uma fuga do mercado de trabalho pela instituição de tal medida.

Medidas de execução:

1. Finalização (em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Equipamento Social e Ambiente e Ministério das Finanças) do projecto de Decreto-Lei relativo à prestação social (subsídio) de desemprego;
2. Estudo de um mecanismo ponderado de prestação social de desemprego em que intervenham factores tais como a responsabilidade familiar, as condições de habitação, etc.

1.6. ADOPÇÃO DE NOVAS PROVIDÊNCIAS DE PROTECÇÃO NA INVALIDEZ E VELHICE

Fundação Cuidar o Futuro

O direito dos idosos ao apoio da comunidade é a última consequência do direito à vida e à sua protecção pela sociedade. Dado o peso da terceira idade na pirâmide etária da população portuguesa, *a protecção dessa camada da população em novos moldes é uma exigência imediata.*

Caracteriza-se sumariamente a situação dos idosos por diminutas pensões de velhice, quando não ausência de qualquer rendimento, por uma cobertura em gigantescos estabelecimentos que albergam centenas de idosos em condições infra-humanas, por um abandono quase total em meio urbano em que a família nuclear expelle os membros idosos, quer em virtude de modelos sociológicos importados quer pela extrema deficiência das condições de habitação.

Impõe-se uma total inflexão na política da terceira idade, caracterizando-a por integração dos idosos no seu meio familiar (facilitada pela pensão social já prevista), por instituições para idosos permitindo o alojamento de casais, dimen-

sionadas de modo a garantirem condições humanas de vida, inserção de tais instituições nos planos de habitação e urbanismo como equipamentos essenciais de qualquer agregado populacional.

Medidas de execução:

1. Aumento das pensões de velhice em meio rural;
2. Aumento das pensões atribuídas antes de 1/1/74 em pelo menos 15% a partir de 1/1/75 (existem 250 000 beneficiários da previdência e o agravamento do custo de vida em 74 terá sido de 40%);
3. Atribuição do 13.º mês de pensão, a exemplo do Estado;
4. Complemento das pensões de invalidez e velhice iniciadas antes de 1/1/74, sempre que o beneficiário tenha cônjuge a cargo;
5. Criação de pequenas unidades residenciais que permitam o acolhimento dos idosos que não têm família;
6. Total remodelação dos actuais asilos de 3.ª idade.
7. Criação de um acréscimo de 20% de pensão para os grandes inválidos que requerem a presença quase constante de outra pessoa.

1.7. INTEGRAÇÃO SOCIAL DOS MARGINALIZADOS

Os marginalizados na sociedade têm direito a uma protecção especial tendente à sua completa integração na sociedade e portanto à eliminação da sua própria condição de marginalizados. Enquanto condições físicas, psíquicas ou sociais marginalizarem pessoas ou grupos de pessoas, a sociedade não se pode considerar livre de práticas discriminatórias e injustas.

A reabilitação dos chamados «grupos especiais» requer acções específicas no óptica de absorção natural desses grupos nas comunidades. A integração social dos diminuídos físicos

(especialmente os mutilados de guerra e os inválidos), dos diminuídos mentais (especialmente os deficientes cuja recuperação psíquica ou manual os torna ainda aptos para uma actividade normal), os desajustados sociais (especialmente os que resultam da extrema miséria — as prostitutas — e os que resultam dos efeitos da sociedade de consumo — os «drop-outs» e os drogados) requer *uma acção conjugada e complementar de reabilitação técnica e de enquadramento humano e social*. A sensibilidade do País ao problema dos inválidos de guerra torna o momento apto para uma acção intensiva de reabilitação e de integração social.

Medidas de execução:

1. Análise da possibilidade de adaptação de hospitais concelhios a pequenas unidades de reabilitação de diminuídos físicos em estreita ligação com as Misericórdias e outras instituições locais;

2. Inventário completo das grandes unidades de reabilitação (civis e militares);

3. Renovação da estrutura de cobertura para deficientes mentais (cria a colaboração de organizações de voluntários e de sectores de actividade adequados à sua integração profissional);

4. Avaliação e orientação das acções de voluntários em curso relativamente aos desajustados socialmente.

1.8. GESTÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DA PREVIDÊNCIA

O montante gerido pela Previdência (cerca de 40 milhões de contos dos quais perto de 22 constituem o orçamento anual) torna imperativo o *redimensionamento da sua administração* bem como a simplificação dos circuitos de controlo e de compensação entre as diversas instituições de previdência.

Em segundo lugar, a pulverização das contribuições dos trabalhadores para vários fundos não é de molde a criar uma mentalidade de cooperação colectiva nos encargos da comunidade. Assim, as vantagens e inconvenientes de um *conceito unificado de transferências económicas* em que são considerados no seu conjunto os impostos e as contribuições para a segurança social estão a ser ponderados em colaboração com o Ministério das Finanças.

A tradução dos circuitos administrativos em *operações automatizadas* por computador surge como tarefa inadiável. O pessoal administrativo liberto de tal automatização será absorvido pela montagem de pequenas unidades de prestação dos benefícios da segurança social nos centros polivalentes das comunidades locais (aldeias ou bairros).

Finalmente, a *revisão das estruturas administrativas das instituições de previdência* e particularmente dos seus órgãos de direcção é também uma necessidade cuja realização se deve subordinar a critérios de eficácia técnica, honestidade de processo e conjugação de representantes da população e do Estado.

Fundação Cuidar o Futuro

Medidas de execução:

1. Redução das exigências de processo (baseadas até agora na maior ou menor continuidade de actividade laboral) na determinação dos benefícios sociais (por exemplo, tornar o processamento do abono de família independente do número de horas de trabalho do beneficiário no mês anterior);

2. Estabelecimento de um sistema de informática conducente a uma maior eficácia de serviços e a uma redução das despesas de gestão;

3. Gestão administrativa da previdência por Caixas Distritais e gestão financeira pela Caixa Nacional de Segurança Social resultante da reconversão da Caixa Nacional de Pensões;

4. Definição do estatuto do pessoal da Previdéncia;

5. Estudo do interesse e viabilidade de integração da cobertura dos acidentes de trabalho no sistema de Segurança Social bem como da gestão de esquemas complementares

através, quer das instituições existentes quer de uma instituição seguradora própria a criar.

2. MEDIDAS RELATIVAS AO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Ao contrário do sistema de previdência social actualmente em vigor, é a *saúde* e não a *doença*, o elemento integrador do Serviço Nacional de Saúde. Assim, e sem prejuízo das medidas que a seguir se enunciam toda a atenção dos nossos serviços passará a estar orientada principalmente para a prevenção. Tal conceito supõe a efectivação dos seguintes princípios básicos:

- a) *Universalidade*: estende-se a todos os cidadãos portugueses residentes no território nacional;
- b) *Continuidade e permanência* da acção sanitária;
- c) *Integralidade*: todo o homem deve ter direito a utilizar a totalidade dos conhecimentos científicos disponíveis na Comunidade Nacional.

A implementação do *Serviço Nacional de Saúde* pressupõe uma política unitária com vista a:

- a) Criar esquemas de formação do pessoal sanitário, assegurando-lhes as melhores condições de exercício e carreiras profissionais a nível nacional;
- b) Ampliar os esquemas de prevenção e protecção sanitárias e melhorar a qualidade de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de reabilitação;
- c) Cobrir todo o território nacional com serviços sanitários eficazes, de modo que qualquer cidadão independentemente da sua situação geográfica e social possa eficazmente exercer o seu direito à saúde;
- d) Colocar todos os serviços sanitários existentes e a criar, sob o controlo directo da Secretaria de Estado da Saúde.

Estas metas iniciais não se coadunam com a actual estrutura de organização da Secretaria de Estado da Saúde pois estão fora do seu âmbito serviços importantes sob o ponto de vista de exercício de acção clínica, enquanto que dela dependem outros que certamente deviam ser enquadrados noutros Departamentos do Estado. Por isso constitui primeira tarefa a reestruturação de toda a Secretaria de Estado (Serviços Centrais, regionais e locais) de modo a obter uma utilização racional dos meios materiais e humanos actualmente disponíveis para as novas tarefas e a prosseguir sem equívocos uma via de socialização da prática médica.

2.1. FOMENTO DE UNIDADES DE MEDICINA DE BASE

Teoricamente cerca de 90% da população portuguesa tem o seu direito à saúde assegurado através de uma rede complexa de postos clínicos das Caixas de Previdência, dos centros de saúde e dos hospitais.

No entanto, na prática não tem sido possível garantir capazmente o tratamento das doenças e com raras e isoladas excepções pouco ou nada se tem feito pelo direito à saúde.

Num País em que a medicina preventiva não tem tradição, porque não se realizam espectacularidades a curto prazo, os postos clínicos têm sido simultaneamente centros de observação automática de doentes em tempo recorde, lugares de recolha de atestados, fornecimento avantajado de receituário e exames complementares. Da observação médica tradicional caiu-se na «Consulta de papel».

Os centros de saúde não chegaram a ter existência suficientemente longa, nem o seu número foi de molde a dar um contributo real à situação do País. Mas o seu ideário é válido e parece indispensável, por isso, *localizar em zonas habitacionais bem delimitadas centros de medicina de base* onde a população possa ter um controlo regular do seu estado de saúde e onde recorra em caso de doença. Tais centros situam-se administrativamente na fronteira entre os departamentos

de Saúde e da Segurança Social e podem resultar do aproveitamento integrado das estruturas que juntas ou dispersas já existiam mas funcionavam descoordenadas; estariam presentes nesta aglomeração os postos clínicos dos serviços médico-sociais da previdência, os antigos centros de saúde, as antenas de certos institutos como o de assistência aos tuberculosos e de saúde mental, pequenas unidades de internamento, enfim, todas as existências actuais insuficientes e dispersas seriam coordenadas, e actuariam por razão disso mesmo, num período diário de funcionamento tão amplo quanto possível.

Medidas de execução:

1. Implementação do Decreto-Lei que determina a passagem dos serviços médico-sociais da Secretaria de Estado da Segurança Social para a Secretaria de Estado da Saúde;
2. Reorganização dos centros de saúde e de outros equipamentos locais de modo a que se estabeleça a prevenção e a protecção sanitária nos domínios mais prementes;
3. Estabelecimento das coordenadas de uma campanha de saúde pública com particular incidência nas áreas de maior urgência;
4. Definição do papel a desempenhar e integração destas unidades no Serviço Nacional de Saúde.

2.2. PLANIFICAÇÃO E IGUALDADE DE ACESSO AOS MEIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Uma das maiores dificuldades sentidas pela população é a dispersão geográfica dos meios auxiliares de diagnóstico que obriga a perder tempo aos utentes por falta de racionalização dos serviços.

Por outro lado, a diminuta existência de meios próprios de diagnóstico na rede dos postos clínicos da previdência

conduziu ao estabelecimento de acordos explícitos ou tácitos que oneram excessivamente a prestação de assistência médica à população e contribuem para uma injusta distribuição da riqueza.

Torna-se, por isso, imperativo, constituir pequenas unidades integradoras de diversos meios auxiliares de diagnóstico (raios X, E.C.G., análises de rotina, etc.), distribuídas por zonas habitacionais com dimensão suficiente para permitir a sua plena utilização.

Numa primeira aproximação do problema, utilizar-se-ão alguns postos clínicos da previdência bem como as instalações de alguns hospitais concelhios para este fim.

Não parece possível lançar as bases de um Serviço Nacional de Saúde sem assegurar a disponibilidade de tais unidades dentro da rede do Serviço Nacional de Saúde.

Medidas de execução:

1. Dimensionamento das áreas geográficas a atingir por cada centro de diagnóstico;
2. Definição das necessidades e possibilidades a diferentes níveis e escalões, para não existirem duplicações ou sobreposições;
3. Articulação com os centros mais diferenciados.

2.3. RACIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA

Na previdência, o esquema de assistência medicamentosa actualmente existente é um esquema de mercado livre de que a previdência suporta, na quase totalidade, as consequências.

Há um circuito viciado desde a consulta nos postos clínicos até à compra de medicamentos. O médico da Previdência «compensa» a rapidez da sua observação clínica através

de uma receita cuja extensão lhe dá credibilidade aos olhos do doente. Já aqui, portanto, poderá haver uma redução de despesas.

Em seguida, a receita médica entra no circuito farmacêutico onde deparamos com duas ordens de problemas. Por um lado, as farmácias são na sociedade actual e com o grau de democratização do produto farmacêutico que existe entre nós verdadeiros entrepostos de «mercadoria médica». Por outro lado, Portugal utiliza uma quantidade de produtos farmacêuticos que, quando comparada com a maioria dos países altamente industrializados, revela uma total ausência de controlo e fiscalização neste domínio. Importa, por isso, basicamente *reduzir a gama de produtos comercializados* sem diminuir o espectro dos produtos químicos necessários ao tratamento de todas as doenças. Tal redução exige uma vasta campanha de educação da população para que a sua confiança em medicamentos que são na realidade idênticos não diminua.

Acresce ainda que nas consultas particulares e nos hospitais os medicamentos receitados são superiores em geral ao valor das consultas e esta despesa é suportada na totalidade pelo utente ou por este e pelo Estado (A.D.S.E.), numa repartição previamente estabelecida. Tal situação necessita de *uma revisão do próprio sistema* para diminuir rapidamente o incremento de déficit económico, numa situação em que o próprio estado físico do utente tende para uma dificultosa sustentação da capacidade de adquirir.

Medidas de execução:

1. Elaboração de medidas legislativas tendentes à redução da margem de lucro na venda de medicamentos e à aquisição de unidades fabris fornecedoras dos serviços do Estado;
2. Redução drástica de fabrico e importações de produtos medicamentosos à base dos mesmos produtos químicos;
3. Adopção do Formulário Nacional de Produtos Farmacêuticos.

2.4. MELHORIA E DIVERSIFICAÇÃO GEOGRÁFICA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Existem actualmente no País pequenas ou médias unidades hospitalares a cargo das Misericórdias. Algumas dezenas dessas unidades têm meios técnicos limitados mas têm condições para casos correntes de medicina geral, em estreita ligação com as grandes unidades hospitalares.

O «plafond» técnico destes hospitais deverá ser determinado em função das condições de acesso ao hospital central ou distrital mais próximo. Deverão ainda ter uma nítida implantação local, não sendo de excluir qualquer tentativa de uniformização quanto ao seu apetrechamento e às condições de admissão de doentes.

Ainda como complemento aos hospitais centrais, há que considerar toda a rede de centros de convalescença e de cura. Dadas as carências socio-económicas de grande parte da população, esta rede é importante no prolongamento efectivo da cura. As unidades existentes são em número muito reduzido, impondo-se a reconversão de instituições espalhadas pelo País.

A necessidade de um número substancial de pessoal adequado levará eventualmente a um treino e reconversão de trabalhadores do sector de produção encaminhando-os para os serviços.

Medidas de execução:

1. Efectivação do inventário dos hospitais locais, já determinado em Decreto-Lei e distribuição das suas funções segundo as áreas de implantação;
2. Estudo das normas de acordo a estabelecer com instituições privadas (clínicas) bem como com os médicos locais;
3. Inventariação das necessidades de estabelecimentos de convalescença e cura e investigação das possibilidades de utilização de edificios existentes;
4. Alargamento imediato dos centros de reabilitação.

2.5. ESTABELECIMENTO DO PLANO DIRECTOR DOS HOSPITAIS CENTRAIS E ESPECIALIZADOS

Estes hospitais estão actualmente a ser usados para toda e qualquer doença. Daí, em parte, a sua situação caótica e não operacional. Importa transformá-los em *centros de alto nível tecnológico e de grande qualidade do seu corpo médico e para-médico*.

Entre esses hospitais, haverá que distinguir aqueles que serão a *base das Unidades de Ensino Médico* e os que reúnem condições técnicas suficientes para atender a todas as necessidades de saúde da população da região em que estão implantados. Em qualquer dos casos, avulta entre as condições mínimas um equipamento adequado e um corpo médico completo do ponto de vista técnico.

Dentro deste plano e complementarmente aos hospitais gerais, haverá que determinar quais os hospitais especializados (psiquiatria, oncologia, etc.) a implantar.

Medidas de execução:

1. Análise do levantamento já realizado quanto a unidades hospitalares centrais;
2. Consulta (em curso) relativa à orgânica hospitalar que determinará a possibilidade de realização dos objectivos do Serviço Nacional de Saúde;
3. Determinação das necessidades reais em hospitais especializados e transformação de alguns dos existentes (sanatórios, Instituto Gama Pinto, etc.).

2.6. OPERACIONALIDADE E HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

A situação dos serviços de urgência é das mais gritantes no País. Caracteriza-se basicamente por uma afluência indiscriminada e não seleccionada de todos os tipos de casos aos

bancos, uma desordem sem limites em todas as etapas do atendimento nos bancos, uma crescente desumanização dos quadros que aí prestam serviço, uma péssima articulação dos vários serviços que devem integrar os serviços de urgência. As causas mais remotas de tal situação estão na estrutura e gestão dos hospitais de que os serviços de urgência são parte integrante, nomeadamente na existência de feudos estanques e incomunicáveis entre si, na não integração funcional dos serviços de urgência na tecnologia e na rotatividade de funções dos hospitais.

Há, no entanto, causas específicas do mau funcionamento dos serviços de urgência e que, como tais, importa isolar e atacar, nomeadamente a total ausência de gestão racionalizada capaz de determinar os vários circuitos a percorrer pelo doente em cada caso, a desproporção física entre os sectores de acolhimento e as salas de observação, a não-seletividade dos doentes que recorrem a tais serviços, o esquema obsoleto de prestação de serviço e de permanência no banco.

É assim tarefa imediata a elaboração de medidas concretas e de fácil execução que resolvam a situação descrita e que permitam motivar e responsabilizar, na qualidade e humanidade dos serviços prestados, o corpo médico e paramédico em exercício de funções nos serviços de urgência.

Medidas de execução:

1. Criação de novos serviços de urgência em unidades hospitalares que já estejam devidamente apetrechadas ou a apetrechar;
2. Elaboração da carta do País em termos da viabilidade de acesso aos serviços de urgência;
3. Larga campanha de divulgação dos serviços de urgência existentes de modo a esclarecer os utentes, e campanha de educação da população sobre o modo, quando e como se deve recorrer à «urgência»;
4. Constituição de uma equipa «ad hoc» para melhoria imediata das condições de funcionamento dos serviços de urgência;



5. Alargamento dos serviços de supervisão e fiscalização relativos a serviços de urgência.

2.7. NOVAS FORMAS DE DEMOCRATIZAÇÃO DO ACTO MÉDICO

Não é possível fazer a cobertura pelo Serviço Nacional de Saúde enquanto se mantiver a imagem burocrática da «ida ao médico». É difícil o acesso ao médico para pessoas desprovidas de meio de transporte próprio ou localizadas em zonas mal servidas por transportes públicos. A previdência e a sua estrutura contribuíram para burocratizar e portanto desumanizar o acto médico.

A população não pode continuar a aguardar a reestruturação que se impõe. Por isso, paralelamente a centros de medicina acessíveis, importa aceitar que a figura tradicional do médico a domicílio tem justificação na estrutura socio-económica da vida portuguesa. Uma vez definidos os grandes focos de assistência e internamento hospitalar, será necessário estabelecer áreas secundárias de intervenção do médico ao domicílio. Se a família tem possibilidade prática de manter o doente em casa, isso representa uma substancial economia para o Estado.

Daí que se torne importante considerar a existência de *equipas móveis de médicos e pessoal auxiliar* que, a partir de centros determinados, cubram toda a área do território e assim realizem parte da função da medicina curativa. Equivale esta tese a dizer que também a família pode, em certas doenças, constituir uma unidade de internamento mas que, para tanto, a rede médica deverá cobrir igualmente tais condições.

Complementarmente considera-se que a educação medico-sanitária de base a que vulgarmente se chama socorrismo deve ser levada tão longe quanto possível, de modo a que todos e cada um pudessem colaborar activamente no esforço colectivo de, assim como o centro de saúde é um *tentáculo hospitalar*, as habitações serem extensões daquele.



Medidas de execução:

1. Definição das áreas de possível cobertura e acesso pelo médico aos utentes potenciais;
2. Constituição de equipas rotativas móveis para prestação constante de cuidados de saúde;
3. Fomento e divulgação dos cursos e prática de socorismo.

2.8. O ENSINO E O TREINO DAS PROFISSÕES MÉDICAS E PARA-MÉDICAS

O Serviço Nacional de Saúde depende, em grande parte, da quantidade e qualidade dos seus agentes. No caso concreto da medicina e cuidados complementares, tem sido sobejamente denunciado o perigo do ensino divorciado da realidade prática. É hoje corrente a ideia, após a experiência recente dos Hospitais Cívicos de Lisboa, de que *o ensino da medicina se faz preferencialmente nos hospitais* ou centros diferenciados de saúde, cabendo à Universidade uma acção complementar de sistematização científica, de experiência e de treino nos métodos de investigação.

No sector da enfermagem poderá pôr-se a questão de saber se, no momento em que se torna evidente que o ensino da medicina deve estar ligado à rede de saúde, *o ensino da enfermagem não deverá ser estruturado em moldes renovados no quadro das instituições hospitalares* a que já se encontra mais ou menos eficientemente ligado.

A administração hospitalar ou de centros de saúde constitui um ramo autónomo que vai requerer nos próximos meses e anos uma atenção particular. Da sua reestruturação dependerá o eficaz funcionamento das várias unidades que prestam cuidados de saúde.

Complementarmente é indispensável encarar *o treino do pessoal que presta cuidados sanitários*, garantindo-lhe um

mínimo de competência técnica e de estatuto social, de modo a que os doentes possam ser tratados como seres humanos.

Medidas de execução:

1. Medidas legislativas em colaboração com o Ministério da Educação e Cultura, tendentes a estruturar adequadamente o ensino da medicina nos hospitais civis;

2. Unificação de critérios no ensino da enfermagem, através do I.N.S.A. e em estreita colaboração com os representantes das instituições de ensino de enfermagem e dos grupos profissionais do sector;

3. Elaboração da estrutura de administração hospitalar a vários níveis de qualificação e programação do seu treino, aproveitando funcionários administrativos do sector da previdência;

4. Elaboração das condições de recrutamento e treino acelerado de pessoal de cuidados sanitários.

3. MEDIDAS RELATIVAS À POLÍTICA SOCIAL GLOBAL

Na política social global tem papel preponderante a integração com os outros departamentos de Estado, no que diz respeito aos fundamentos económicos e financeiros da sociedade que se está construindo, às grandes políticas sectoriais de educação e trabalho por onde passa uma nova concepção do homem e da história que ele escreverá com o seu agir, às coordenadas que garantem o pleno exercício da liberdade individual e a expressão verdadeira da vontade colectiva. Tal interacção traduz, em termos operacionais e, no contexto da política social, a colegialidade constitucional do próprio Governo.

Paralelamente a essa interacção, há, no entanto, certos aspectos de carácter global que têm um significado preciso na construção do novo projecto de sociedade e cuja realização deve ser incentivada no âmbito da política social. São esses aspectos que permitem pensar numa *política social integrada e unificada*.



Na via socializante e portuguesa que se está a iniciar, é clara a opção de não se seguir nenhum modelo feito. Daí que se torne imperativo fomentar a criação colectiva que a todos os níveis e em todas as formas de comunidade permita ajudar a esboçar o caminho novo que o País deve prosseguir.

Trata-se, prioritariamente de mobilizar todos os recursos humanos num processo de conscientização do povo. É no momento revolucionário que o povo pode ser sujeito da sua história e não objecto de qualquer iniciativa de «mentalização» ou de «promoção social». É assim tarefa de uma política social nova devolver ao povo a sua capacidade de decisão nestes meses decisivos da sua história.

De modo a que uma tal política global vá constantemente incorporando os elementos determinantes de uma melhor qualidade de vida, é indispensável que assuma em cada momento os desafios que lhe vão sendo trazidos por grandes grupos sociais portadores, na sua condição de vida e nas suas potencialidades, de novas formas de viver e de estruturar as relações humanas.

Assim se justifica a intervenção específica do Ministério dos Assuntos Sociais em três domínios intrinsecamente intersectoriais da política social: a animação sócio-cultural, a política de população e a condição feminina.

3.1. ANIMAÇÃO SÓCIO-CULTURAL

A sociedade portuguesa é ainda constituída por vários tipos de «sociedades» que se justapõem. Se, por um lado, tal situação corresponde a uma discriminação económica que urge eliminar, por outro lado, poderá existir nessa gama diferenciada de «sociedades» um modelo novo e potencialmente orientador de novas escolhas.

É a constatação da existência de formas bem características da maneira de ser do povo português, particularmente nítidas no meio rural, que leva a aproveitar tais tendências para alicerçar *novas estruturas básicas de convivência*. Tais

estruturas envolvem núcleos limitados como a família e sectores amplos como a comunidade local. Julga-se possível introduzir na vida portuguesa, a partir da sua tradição mais genuína, uma *colectivização das responsabilidades, dos bens e dos serviços* que, sendo individualmente sentidos, podem, no entanto, ter satisfação e resposta colectivas.

A dinamização para as novas formas de viver e de participar exige, no entanto, que se ultrapasse tudo aquilo que, na tradição, é passividade e dependência, incompatíveis com a radicalização própria de uma «revolução cultural». A resolução desta contradição conduzirá necessariamente a uma nova etapa histórica que deverá ser a da *via democrática correspondente à vontade sócio-cultural (e não só «eleitoral») do povo*.

Não pode o Estado alhear-se desse processo, deixando os indivíduos à mercê das variadas forças de pressão. Cabe-lhe, por isso, uma acção clara no sentido de favorecer a tomada de consciência crítica das populações face aos acontecimentos e a sua efectiva participação nas decisões que dizem respeito à sua vida no plano local, regional ou nacional. A «animação sócio-cultural» é o instrumento de que o Estado dispõe para colaborar com o povo na sua própria conscientização.

Medidas de execução:

1. Implementação da Comissão Interministerial para a Animação Sócio-cultural;
2. Transformação das Casas do Povo e Casas dos Pescadores em centros polivalentes de animação comunitária;
3. Formação de equipas móveis de peritos em animação sócio-cultural actuando como instrumentos de apoio à acção local e regional, bem como apoio a projectos de carácter privado que visem a prossecução dos objectivos da animação sócio-cultural;
4. Enquadramento de voluntários dispostos a colaborar em acções de animação sócio-cultural, no âmbito da iniciativa governamental;
5. Intervenção, por campanhas intensivas, nos aspectos



qualitativos da vida em sociedade, em especial nos modelos de «estilo de vida»;

6. Incitamento à utilização colectiva de certos serviços e equipamentos domésticos bem como a quaisquer outras formas de cooperação a nível familiar e de vizinhança, nomeadamente cooperativas de consumo;

7. Participação na comissão mista, criada pela Secretaria de Estado do Turismo, para definição e execução da política de turismo social;

8. Organização de actividades sociais durante os períodos de tempos livres, utilizando de forma polivalente e contínua os equipamentos existentes no âmbito do ex-Instituto das Obras Sociais.

3.2. POLÍTICA DE POPULAÇÃO

É indispensável para a definição da política social a elaboração de uma política coerente de população. Com efeito, dizer que «o povo é quem mais ordena» equivale a dizer, em política social, que é preciso conhecer quem é esse povo, que características o definem. O povo é sujeito da sua história não só pelas suas próprias intervenções no decurso da história mas também pela maneira como é apreendida e interpretada a sua maneira de ser, de agir e de se congregar no espaço geográfico em que vive.

A definição de uma tal política de população supõe duas coordenadas. Por um lado, vários factores exigem que ela seja determinada. Alguns dos pontos do Programa do Governo Provisório (nomeadamente a protecção à maternidade e primeira infância e a criação de novos esquemas de abono de família) supõem que se equacione o problema da população. O retorno das dezenas de milhares de militares de Africa bem como o eventual afluxo dos deslocados dos territórios em processo de descolonização e de emigrantes actualmente noutros países da Europa vem alterar abruptamente a actual pirâmide de idades. É perante a nova configuração dessa

pirâmide cujos contornos se não estabilizarão rapidamente que importa definir uma política demográfica responsável. Haverá, pois, que fazer entozar numa política que implica o regresso de milhares de portugueses uma política de planeamento familiar bem como uma política de ordenamento da população pelo território.

Por outro lado, a população é uma realidade social, de fisionomia humana. Não se contém nos números que a descrevem. Não se circunscreve às flutuações da sua representação quantitativa.

A população é sobretudo uma realidade antropológica e sociológica cuja matriz sócio-cultural é decisiva para a evolução do seu destino. Existem escassos elementos de micro-sociologia que permitam determinar os valores dessa matriz. O momento actual, agudizando os sentimentos e extremando os comportamentos na intensidade própria do período revolucionário, faculta uma oportunidade única para a determinação da matriz.

O conhecimento, ao longo do tempo, da população, é decisivo na determinação de todos os aspectos concretos da política social delineada neste programa. Só esse conhecimento garantirá a adequação existencial das decisões às aspirações e modo de ser do povo português.

Medidas de execução:

1. Criação, no Ministério dos Assuntos Sociais, de uma Comissão Interministerial sobre política de população;

2. Incremento das acções de esclarecimento da população sobre os objectivos e problemática do planeamento familiar no âmbito dos programas da Direcção-Geral de Saúde e de instituições privadas;

3. Estudo das consequências demográficas do processo de descolonização com vista ao estabelecimento de esquemas de protecção social adequados a uma integração progressiva dos grupos deslocados na vida das comunidades.



3.3 CONDIÇÃO FEMININA

Uma determinante fundamental da vida dos povos neste último quartel do século XX é a problemática trazida pela condição feminina. A década de 70 que fora prevista pelos sociólogos e antropólogos como «a década das mulheres» vê, de facto, ganhar autonomia, ao nível dos problemas-fronteira de cada sociedade, as questões subjacentes à condição feminina. Existem comissões interministeriais relativas à situação das mulheres em numerosos países — e tal significado lhes é dado que dependem em alguns casos do Chefe do Governo (por exemplo, nos Estados Unidos da América e na Inglaterra). A França foi até ao ponto de introduzir uma nova forma de governação criando uma pasta ministerial para a «condição feminina». Porquê tal interesse? Qual o significado do problema para a revolução de 25 de Abril?

Temos, por um lado, os problemas que decorrem da situação de facto. Caracteriza-se essa situação por uma cidadania de segunda classe para a mulher casada, a utilização da mão-de-obra feminina como mão-de-obra de reserva (cf. despedimentos em indústrias de confecções, electrónica, etc.), a diferenciação salarial entre homens e mulheres em todos os graus da escala hierárquica, a acumulação de dupla tarefa advinda das responsabilidades familiares e das responsabilidades profissionais, a limitada participação das mulheres no mundo do trabalho, a desvalorização do trabalho na condição feminina, a ausência de número suficiente de mulheres em pontos-chave de tomada de decisão. Parece, por isso, importante o aproveitamento do ano de 1975 como «Ano Internacional da Mulher» para a realização de medidas concretas que visem a eliminação da discriminação contra as mulheres, a sua plena integração no processo de reconstrução do País.

Temos, por outro lado, o desafio lançado por essa situação numa altura da história em que os problemas apontados são vividos pela primeira vez por números maciços de mulheres. Levadas a defrontarem-se com numerosos problemas em

várias frentes, as mulheres recebem da sociedade um impacto global, quer dizer, enquadrando os mais variados sectores em que a vida humana se diversifica. Ora o dramatismo de tal situação é tal que traz consigo a oportunidade de uma rotura com o «status quo» e a conseqüente criação de uma nova visão globalizante da sociedade. Por isso, e no seio da própria revolução, as mulheres podem constituir uma «nova esquerda» apontando para outra maneira de encarar e viver a realidade. Podem tornar-se, assim, elementos dinamizadores de reconstrução do País, não apenas na esteira do que os homens iniciaram mas segundo o estilo que lhes será próprio.

Medidas de execução:

1. Revisão das convenções internacionais relativas à condição feminina (na agenda do OIT de 75 e da Assembleia Geral da ONU de 75) e ratificação das que são susceptíveis de estruturar o direito interno português;

2. Elaboração de uma lei sobre a condição feminina que nos pontos nevrálgicos da sua inserção social (capacidade jurídica, igualdade de oportunidades de educação, formação profissional e participação política, organização do tempo de trabalho e eliminação das diferenciações salariais entre homens e mulheres) pratique um «direito preferencial», só possível em momento revolucionário;

3. Início de pesquisa-acção visando sobretudo as mulheres das classes trabalhadoras e actuando pontualmente onde a acção for urgente;

4. Estudo conjunto com o Ministério da Educação e Cultura sobre a possibilidade de introdução nas Universidades de programas curriculares e de investigação relativos à condição feminina.



IV. ESTRUTURAÇÃO DO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

A estruturação em novos moldes do Ministério dos Assuntos Sociais aparece como tarefa prioritária e autónoma. O momento revolucionário é, por definição, o momento para deixar cair as velhas estruturas e construir um edifício novo, enquadrado no contexto de uma sociedade democrática.

O desafio lançado aos serviços para proporem sugestões quanto a medidas a curto e médio prazo, reestruturação do sector e melhoria da sua gestão, gerou um processo de contínuo «feed-back» que atinge agora a sua fase decisiva. Através da estruturação do Ministério dos Assuntos Sociais, consideramos estarem em causa conceitos fundamentais de *política social, de administração pública, de projecto de sociedade*. Daí ter sido imperativo para o Ministério dos Assuntos Sociais fazer acompanhar a elaboração dos objectivos e das medidas de execução pela reflexão sobre as estruturas. Essa reflexão não está terminada. O momento actual se a uns estimula a criatividade, a outros paraliza pela conhecida psicose de «medo de perder o lugar».

A opção clara e inequívoca do Ministério dos Assuntos Sociais é a de desmantelamento das estruturas existentes para tentar criar estruturas mais simples e mais adaptadas à realidade da vida. Com efeito, os princípios de política social bem como os objectivos globais e sectoriais nos capítulos anteriores exigem, para serem operacionais, uma estrutura viva e flexível.

Por um lado, o Ministério dos Assuntos Sociais é um Ministério «novo» e nesse sentido a sua estrutura estaria toda por inventar, decorrendo cristalinamente dos objectivos e dos meios necessários para os executar. Por outro lado, o Ministério dos Assuntos Sociais herdou, em virtude do Decreto-Lei n.º 203/74, uma quase inumerável quantidade de serviços em que há lacunas e sobreposições, hiatos e hipertrofias.

A estrutura do Ministério dos Assuntos Sociais resulta, pois, simultaneamente, da «livre» execução da política social traçada e do ajustamento, fusão, reconversão ou eliminação dos serviços existentes.

A linha dominante da nova estrutura obedece a um certo número de princípios de administração pública que importa sublinhar:

1. O sector público deve tornar-se um instrumento capaz de dar resposta à acção governativa. A sua autonomia deve poder dar aos governantes maior margem de acção e maior capacidade de inovação.

2. A dimensão do sector público implica que a sua gestão seja equiparada à de uma grande empresa. Assim torna-se indispensável individualizar a *gestão de pessoal* da *execução técnica* das tarefas bem como da *orientação política* seguida.

3. A hierarquia de funções deverá fazer-se segundo linhas claras de optimização de resultados, sem prejuízo da existência de «task-forces» por objectivos e de tarefas «ad hoc» sugeridas pela urgência das situações.

4. Toda a tarefa encetada deve conduzir a um resultado concreto em termos dos benefícios da população, eliminando-se o fenómeno de proliferação de grupos de trabalho repetitivos.

5. Os serviços de cúpula devem ser racionalizados e reduzidos a um mínimo de meios enquanto os serviços de base em contacto directo com a população serão alargados de modo a garantirem o máximo de eficácia.

6. As infraestruturas de apoio devem ser tão amplas quanto possível de modo a serem totalmente utilizadas, evitando a personalização possessiva de funções.



No momento revolucionário, o planeamento desaparece para dar origem à «concepção-acção-avaliação», por interações sucessivas e como parte integrante de qualquer serviço de objectivos bem definidos.

Medidas de execução:

1. Clarificação e definição dos *departamentos nucleares* de cada Secretaria de Estado. Estes departamentos eliminam as «Direcções-Gerais» existentes quer pela sua natureza quer pelo facto de constituírem em cada Secretaria de Estado um todo integrado. Cada departamento nuclear constitui a resposta institucionalizada à expressão dos direitos sociais individuais e colectivos.

2. Reformulação em novas bases dos *órgãos de gestão financeira e técnica* que devem apoiar a acção dos departamentos nucleares, bem como dos *serviços de tutela e inspecção* que garantem o eficaz cumprimento das normas estabelecidas.

3. Criação de *carreiras* a nível nacional para os sectores diferenciados da Saúde e Segurança Social. Será necessário recorrer, logo que possível, a *cursos intensivos* de preparação do pessoal para as tarefas a realizar.

4. Descentralização e regionalização da actividade do Ministério dos Assuntos Sociais. Para tal, elaboração por distritos e concelhos do mapa dos *centros polivalentes e/ou especializados* em que se concentrarão os serviços do Ministério dos Assuntos Sociais e as acções a eles ligadas.

5. Elaboração, por aproximações sucessivas, da estrutura orgânica do Ministério dos Assuntos Sociais.

PRINCÍPIOS DA POLÍTICA SOCIAL NO MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

1. Política geral e nacional
2. Política social e desenvolvimento
3. Centralização de poderes públicos e descentralização privada
4. Distritos sociais e comunidades locais
5. Responsabilidades colectivas

No momento revolucionário, o planejamento desce-
ria para dar origem à reconcepção-ação-avaliação, por meio
de etapas sucessivas e como parte integrante de qualquer conjunto
de objetivos bem definidos.



Metodologia de execução:

1. Classificação e definição dos departamentos nacionais
de cada Secretaria de Estado, face a departamentos estaduais
e distritais existentes para cada uma das Secretarias de Estado
em cada Estado. Cada departamento nacional constitui
um todo integrado. Cada departamento nacional constitui
resposta institucionalizada à expressão das distintas sociais
individuais e coletivas.

2. Reformulação em novas bases dos órgãos de gestão
nacional e estadual que devem apoiar a ação dos departa-
mentos nacionais, bem como dos órgãos de tutela e inspeção
que garantem o eficaz cumprimento das normas estabelecidas.

3. Criação de comissões e níveis nacionais para os setores
diferenciados de Saúde e Segurança Social. Será necessário
recurrer, logo que possível, a comissões nacionais de preparação
de planos de trabalho.

Fundação Cuidar o Futuro

4. Descentralização e regionalização da atividade do
Ministério dos Assuntos Sociais para tal elaboração por
distritos e concelhos de acordo com os centros politicos e ou
administrativos em que se concentram os serviços do Minis-
tério dos Assuntos Sociais e as ações a eles ligadas.

5. Elaboração, por aproximações sucessivas, da estrutura
orgânica do Ministério dos Assuntos Sociais.



PROGRAMA DE ACÇÃO

Outubro 1974

Fundação Cuidar o Futuro

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Av. João Crisóstomo, 8

Lisboa 1



MIRANDELA & C.*
LISBOA — 1975

Fundação Cuidar o Futuro



13130-1102
RUA WASHINGTON BUENO

Fundação Cuidar o Futuro

Fundação Cuidar o Futuro