

rubricas; no mínimo, dever-se-á indicar que, dos x emigrantes indicados, y correspondem às «legalizações»);

— que se faça um esforço para encurtar o intervalo que actualmente medeia entre a publicação de dados estatísticos e os períodos ou datas a que eles se referem (atente-se, por exemplo, nas fontes francesas atrás referidas) e que seja alterada a periodicidade da comunicação de alguns dados, tornando-a mensal, ou trimestral, em vez de anual (para o que basta inserir no Boletim Mensal do I. N. E. um quadro sobre emigração, que forneça, sem sequer os ventilar por distritos, os quantitativos de emigrantes e de «legalizados», segundo os países de destino, por sexos).

Almeida
e Sá

A qualificação profissional dos diminuídos físicos em Portugal

A política social da reabilitação e o seu âmbito

1. A reabilitação dos diminuídos físicos constitui uma modalidade de política social de desenvolvimento relativamente recente, mas de progressos notáveis. Sobretudo, depois da II Guerra Mundial — porque se estava em presença de milhares de indivíduos imediatamente inaptos para qualquer ocupação — as técnicas de reabilitação desenvolveram-se rapidamente em muitos países e entraram, por fim, no rol das preocupações correntes da política social.

Contudo, os benefícios usufruídos através desta acção necessitam da devida continuidade. Na falta desta, graves repercussões vêm a afectar, nomeadamente, os adolescentes reabilitados.

O conceito da «reabilitação» consiste em *despertar a legítima aspiração à independência socio-económica e à possibilidade de constituir família*. Mas, para que poderá servir doutrinar e dotar os deficientes com meios para vencerem as dificuldades físicas, se não houver ambiente ou condições que possibilitem o seu aproveitamento?

Os dados citados permitem ainda uma outra utilização. Com efeito, a extrapolação para todo o ano de 1965 dos dados destes nove meses (segundo a tendência de variação do 4.º trimestre, verificada em anos anteriores) permite propor uma estimativa da ordem de grandeza da colónia portuguesa em França no final de 1965: *cerca de 215 milhares de indivíduos, provavelmente*¹⁸; (enquanto que a Alemanha — segundo país de destino da emigração portuguesa na Europa — apenas contará, na mesma data, cerca de 17 milhares).

Conclusão: algumas sugestões

7. À guisa de conclusão, importa apresentar algumas sugestões, que decorrem do exposto na presente nota, visando uma maior eficiência dos meios de apreciação do fenómeno emigratório português — já que decerto ninguém duvida de que «não é quebrando o termómetro que se debela a febre».

Assim, se tivermos em conta que o tipo e o grau de conhecimento que uma sociedade tem de si própria, não só indicam o nível de desenvolvimento em que se encontra, como ainda aquilo a que se poderá chamar a «*vontade efectiva de desenvolvimento*» («O Progresso exige conhecimento», tem vindo a recordar-nos o Instituto Nacional de Estatística), se aceitarmos que a função dos investigadores não consiste em efectuar cálculos de base e confrontos estatísticos elementares (pois que para isso mesmo existem serviços nacionais de estatística e secções de estudos dos organismos especializados), e se acordarmos em que a colecta e a apresentação dos dados sobre um sector da realidade devem acompanhar as transformações que nele se verifiquem, parece não ser demasiado sugerir às entidades competentes:

— que se aumente a adequação das estatísticas à realidade que pretendem traduzir, quer através de uma revisão das rubricas e alíneas utilizadas, quer por meio de comentários esclarecedores (parece essencial distinguir a emigração propriamente legal dos casos de «legalização»; de preferência, os agregados referentes às duas categorias seriam ventilados segundo as mesmas

¹⁸ Vem a propósito referir que Nuno ROCHA, ao retomar, completando-as, no seu livro *França — A Emigração Dolorosa* (Lisboa, Ulisseia, 1965), as reportagens que publicara em 1963 no «Diário Popular», cita erradamente (nota ao quadro n.º 5, entre as pp. 96 e 97) a minha estimativa da colónia em França, relativa a 31/12/63, porque atribui somente aos clandestinos a cifra (101 milhares \pm 5 %) que tinha sido estabelecida — como ao longo da parte III do meu artigo se vê bem claramente (vd. art. cit., pp. 614-619) — para a totalidade da colónia (legais e clandestinos).

Estas considerações foram-nos sugeridas por factos concretos, observados através do funcionamento do Hospital Infantil de Montemor-o-Novo, dos Irmãos de S. João de Deus, que tem por fim a readaptação de crianças pobres com deficiências da mobilidade. A assistência deste Hospital inclui: correcções operatórias das deformidades, readaptação funcional, educação primária, detecção da vocação compatível com os limites físicos, construção de próteses, etc.

Em virtude de não haver *a assistência periódica e o aproveitamento profissional* que deveriam logicamente seguir-se ao período de recuperação, tem-se verificado, com efeito, que os readaptados, quando regressam ao Hospital, passados um a dois anos após a sua saída, não só apresentam agravamento das suas deficiências físicas, como se revelam ainda mais renitentes à aquisição de hábitos de higiene e de trabalho.

Os prejuízos que daqui advêm são, em primeiro lugar, os de natureza individual, isto é, os dos próprios doentes, que assim se sentem ainda mais inferiorizados — afastada a esperança de uma vida renovada com que, porventura, haviam sonhado.

Mas, além disso, há considerações de ordem económica a formular, que são hoje preocupação generalizada. Nenhuma nação, por mais rica que seja, poderá desperdiçar essa *fonte de mão-de-obra potencial, que os desvalidos readaptados representam*. «Estar incapacitado para certas actividades não significa estar inapto para outras classes de trabalho» (P. STCHHOLM). Ora, o Hospital em questão pode bem considerar-se como um manancial, ainda não aproveitado, de aprendizes desvalidos readaptados.

2. B. MARIN, médico-chefe de Puericultura da D. G. de Saúde espanhola, observa que a maioria dos problemas sanitários não são problemas médicos. A própria mortalidade infantil, índice sanitário de um país, é um problema mais económico e social do que propriamente médico, verificando-se em muitas regiões, países e continentes, acentuado paralelismo entre a mortalidade infantil e o baixo nível de vida.

A improdutividade dos inválidos sobrecarrega a família e a sociedade em geral, além de implicar despesas específicas com assistência médica, cirúrgica e ortopédica, etc. Libertar a família e a sociedade desse encargo, continua B. MARIN, é também um dos deveres da reabilitação. Nos Estados Unidos, por exemplo, o programa nacional desencadeado pelo *Professional Rehabilitation Act* (1954) permitiu a reincorporação no trabalho de centenas de milhar de desvalidos desempregados (em 1959, foram colocados 200 000), e hoje pode afirmar-se que, para além de todos os benefícios próprios de uma vida independente, os reabilitados pagam impostos correspondentes a 10 dólares por cada dólar investido na respectiva reabilitação.

Reabilitar sem ocupar não é reabilitar no seu verdadeiro sentido. A ocupação é o complemento indispensável dos meios clássicos da assistência que ainda perduram entre nós. Pelo exemplo de outros países, incluindo a vizinha Espanha, estamos em crer que o investimento aplicado na formação profissional dos desvalidos é rentável sob todos os pontos de vista. Porém, é indispensável analisar em primeiro lugar se o número dos inválidos existentes em Portugal justifica a organização de uma estrutura educativa especialmente adaptada à prossecução desse fim.

O problema da reabilitação infantil em Portugal

3. Será possível calcular o número das crianças com diminuição física e psíquica existentes em Portugal?

Não existem dados oficiais a este respeito, porque a declaração de invalidez ainda não é obrigatória. Nos recenseamentos da população, as referências limitam-se aos cegos e aos surdos-mudos.

Pelo último Censo (1960), a população do Continente e Ilhas era de 8 889 392. Dela destacamos a parte que corresponde aos seguintes grupos de idades:

Dos 10 aos 11 anos	337 747
Dos 12 aos 14 anos	501 653
<i>Total</i> (dos 10 aos 14)	839 400

Na mesma data, o número global de cegos atingia 8 225, dos quais 485 com idades compreendidas entre 10 e 19 anos; os surdos-mudos eram 7 266, dos quais 1 413 dos 10 aos 19 anos. A média anual para estas idades atinge, respectivamente, 48,5 e 141,3.

Em Espanha, segundo um relatório elaborado em 1956 por SAFFORD e JANSON, da O.M.S. (D.G.S. — Madrid, 1957), 6 a 7 % da população — aproximadamente 2 milhões — têm incapacidades físicas, incluindo os deficientes sensoriais; metade, ou seja, cerca de 1 milhão, está severamente incapaz, necessitando de serviços especializados de reabilitação. Bosch MARIN ainda é mais pessimista, ao afirmar que «pelo crescente número de malformações congénitas, encefalopatias infantis residuais, poliomielite, acidentes de tráfego e de trabalho, infecções invalidantes, etc., mais de 10 % da população requer a valiosa e difícil arte da assistência reabilitadora»¹.

Na Áustria, são 5 % as crianças em idade escolar (para cima

¹ IV Congresso Nac. de la S. E. de Rehabilitación, Sevilha, 1963.

de 55 000) consideradas, em certa medida, fisicamente incapazes ou aleijadas².

Nos Estados Unidos, a percentagem relativa à população global atinge 12 %. Há por ano uma média de 250 000 novos incapacitados por doença, acidente ou lesão congénita com possibilidade de adaptação ou de recuperação. Deste número estão excluídos os deficientes psíquicos cuja percentagem é metade dos 12 % referidos³.

Se para Portugal atribuirmos, por analogia com a Espanha, a percentagem de 6,5, as crianças inferiorizadas com idades de 12 a 14 anos atingirão 32 607. Excluindo 569 crianças cegas ou surdas-mudas (número provável avaliado em função da média anual relativa ao grupo de 10-19 anos) ficam 32 038 — praticamente, 32 milhares.

A proporção de crianças inferiorizadas que são deficientes mentais atinge 32 % em França, elevando-se na América para 50 %. Parece preferível aplicar ao caso português a média europeia, de aproximadamente 30 %, o que reduz para 22 428, as crianças, dos 12 aos 14 anos, aleijadas, deficientes parciais sensoriais, gravemente débeis, etc., que em grande parte poderão ser reabilitadas para uma vida económica independente — o que significa uma média anual de 7 476.

Deste modo se pode concluir que existem, por ano, cerca de 7 500 crianças com idades de 12 a 14 anos (excluídas as inválidas sensoriais e as deficientes mentais) que poderiam deixar de constituir encargo para as famílias e para o País. Mas como a assistência reabilitadora que se faz, ou que se pretende fazer, é fragmentária em aplicação e em continuidade, por carência de um plano coordenador interferente com todos os sectores de formação humana e social e de qualificação profissional, esta população incapaz avoluma-se ano a ano, por estratificações sucessivas, o que representa um factor regressivo para a resolução do problema.

4. Reabilitar crianças deficientes é, acima de tudo, *tratar e educar*. A. Sousa GOMES testemunha que «é justamente nos distritos onde a mortalidade infantil, o rendimento médio, a ruralidade e o analfabetismo apresentam médias pouco aceitáveis em relação à própria média nacional, que se verifica uma situação educacional pior»⁴. Assim, não pode a educação cingir-se aos programas americanos ou ingleses, pois para a reabilitação clínica e educativa resultarem, haverá que associar a alimentação, o ves-

² TAYLOR and TAYLOR — *Special Education of Physically Handicaped Children in Western Europe*, N. Y., 1960.

³ SWITER Y RUSK — *Doing Something for the Disable* — Public Affairs Com., N. Y., 1953.

⁴ «O Desenvolvimento Socio-económico e a Educação», *Análise Social*, n.º 7-8, 2.º sem. 1964.

tuário e a aprendizagem dos hábitos essenciais de higiene. É por demais evidente que a criança regressada ao seu meio material e social perde os benefícios clássicos da «reabilitação», por falta das condições primárias de existência.

A maior parte das crianças, com a idade escolar obrigatória, admitidas no Hospital de Montemor-o-Novo, não têm a classe correspondente à sua idade; trata-se, como se disse, de crianças pobres, principalmente dos meios rurais, com insuficiente preparação de base em todos os aspectos. Durante o período lectivo, o internamento implica a transferência do aluno da escola do seu domicílio, à qual se faz regressar quando tiver alta, a fim de não haver interrupção da escolaridade. Mesmo que a idade do doente ultrapasse o limite da escolaridade obrigatória e este não possua ainda a instrução primária, tenta-se prepará-lo para suprir a falta. Por outro lado, as crianças matriculadas em cursos secundários têm prioridade na admissão durante o período de férias, para não prejudicar a regularidade dos seus estudos. Fica, no entanto, por solucionar o problema das crianças que já tenham o diploma do ensino primário mas não frequentem estudos secundários — e é este um dos pontos que pretendemos focar no presente estudo.

5. A duração da escolaridade obrigatória, que na maior parte dos países é de 7 a 8 anos, só em Junho de 1964 ascendeu em Portugal para 6 anos. O ensino primário já inclui praticamente todas as crianças em idade escolar obrigatória, sendo mínima a taxa de ausentismo; mas só a partir de 1968-69 serão exigidas mais duas classes (a 5.^a e a 6.^a) para os alunos não inscritos no ensino secundário. Se, na melhor das hipóteses, obtiverem o diploma da 6.^a classe aos 12 anos, só é admissível a partir desta idade qualquer ocupação remunerada, apesar de a lei de protecção ao trabalho de menores estabelecer os 14 anos como idade mínima legal para determinados empregos compatíveis com a idade. Porém, é o próprio Censo da população que revela haver 29 414 crianças dos 10 ao 14 anos a viverem à custa do seu próprio trabalho.

Esta anomalia talvez se justifique por as disposições legais criarem um vácuo dos 12 aos 14 anos, em que a criança fica obrigatoriamente inactiva, desde que não se inclua no grupo dos reprovados, ou naqueles que prosseguem estudos de ensino médio. Poder-se-á avaliar o número de crianças nestas condições?

6. No ano lectivo de 1962-63, segundo Morgado CÂNDIDO ⁵, para uma percentagem de aprovações no exame da 4.^a classe, de 74,3 % — havendo 19,3 % de repetentes e 1,4 % de trirrepetentes

⁵ «A Evolução Recente da Estrutura Escolar Portuguesa», *Análise Social*, n.ºs 7-8, 2.º sem. 1964.

ou de número de repetições ainda maior — só 20,8 % dos alunos inscritos na 4.^a classe prosseguiram estudos secundários.

A diferença entre 74,3 e 20,8 dá uma percentagem de 53,5 de alunos aprovados, que provavelmente em cada ano ficam «inativos», esquecendo-se do que aprenderam, sem a responsabilidade de adquirirem qualquer preparação para as solicitações profissionais crescentes e, o que ainda é mais grave, aceitando qualquer trabalho de recurso onde dificilmente se poderão qualificar. No aspecto quantitativo, esta percentagem traduz-se por cifras elevadíssimas: para 175 462 alunos inscritos em 1962-63 na 4.^a classe, a percentagem de 53,5 % corresponde a 93 872 alunos, que provavelmente abandonam, por ano, os estudos e ingressam na «inatividade». Sousa GOMES, no estudo já referido, confirma que «cerca de 90 000 crianças, num total de 134 600 aprovações na 4.^a classe, não prosseguem os seus estudos».

7. Aplicada a percentagem de invalidez de 6,5 % ao total de 93 872 crianças que não continuam os estudos obtém-se, por ano, um valor provável de cerca de 6 000.

E se, por outro lado, se excluir o valor relativo à percentagem de 20,8 (dos que prosseguem estudos secundários em função do número de inscrições na 4.^a classe) ao total de 7 500 crianças entre os 12 e os 14 anos, média anual da invalidez física, obtém-se para os que não prosseguem esses estudos o número aproximado de 6 000, o que confirma a conclusão precedente, embora por uma via que não é rigorosamente científica.

Resumidamente, pode indicar-se:

a) Alunos com mais de 10 anos que não prosseguem os estudos (média anual)	90 000
<i>dos quais, inválidos (existência provável)</i>	6 000
b) População inválida total do País (existência provável)	578 000
<i>da qual, até aos 14 anos</i>	168 500
<i>média por cada ano de idade</i>	12 000

Não é possível avaliar a existência de crianças inválidas segundo as incidências mais comuns: cegas e surdas-mudas, doentes mentais, deficientes sensoriais parciais e da fala, com malformações ósseas e articulares congénitas ou adquiridas, com malformações dos aparelhos congénitas ou adquiridas, etc. Apenas se podem estimar, num cálculo provável, até aos 14 anos, os seguintes grupos de crianças:

Cegas	450
Surdas-mudas	900
Doentes mentais	50 550
Com outras formas de invalidez	116 600

Total (inválidas até aos 14 anos) 168 500

O número de crianças inválidas existentes em Portugal justifica, portanto, a organização de uma estrutura clínica e educativa apropriada.

A formação profissional acelerada e o esquema nacional de reabilitação

8. Pela necessidade de aproveitamento da população trabalhadora disponível, tanto adulta como jovem, a fim de suprir a carência de mão-de-obra mais qualificada, instituiu-se em Portugal, a exemplo doutros países, a formação profissional acelerada, que tem por objectivos principais a elevação da formação profissional, e o conseqüente aumento da produtividade média do trabalho.

Esboça-se por grupos de idades, o respectivo programa de trabalhos:

1) *Adultos* — Em 1962 criou-se o Instituto de Formação Profissional Acelerada, que tem como programa a reconversão e a valorização dos trabalhadores indiferenciados, e também a recuperação dos *parcialmente incapacitados*. A duração do ensino racionalizado é de 6 meses. Além do excelente Centro de Lisboa, em funcionamento, criar-se-ão mais dois, sendo um deles no Porto. Estes três Centros comportarão 1 500 operários, em cerca de 20 profissões.

2) *Jovens com mais de 14 anos* — Durante o triénio de 1965-67 está projectada a instalação de 30 Centros de Aprendizagem, nos próprios locais de trabalho, com a frequência média de 100 alunos cada, e com o regime de o aluno-aprendiz actuar durante um dos períodos do dia no Centro, e no outro período nas próprias oficinas da empresa a que se destina. A duração do curso é de dois anos (20 meses úteis). O subsídio a que têm direito é um incentivo para a admissão. Em Setembro serão inaugurados os primeiros Centros: dois em Lisboa, dois no norte, um em Aljustrel. Assim, em 1966, os primeiros 500 alunos serão superiormente orientados para os ofícios de maior carência de mão-de-obra, e segundo as suas vocações.

3) *12-14 anos* — Estão previstas oficinas-escolas de pré-aprendizagem, precisamente para o aproveitamento do período entre a

escolaridade obrigatória e a idade legal para o trabalho. A duração deve cingir-se ao período de dois anos, que decorre entre as idades de 12 e de 14. A orientação do ensino basear-se-á sobretudo na selecção profissional, e na preparação dos aprendizes pelos Centros de Aprendizagem e oficinas associadas.

Directa ou indirectamente, encontra-se neste esquema a possível solução para o problema de milhares de crianças, que, terminado o ensino primário oficial e gratuito, procuram qualquer meio de vida. A acção das oficinas-escolas, extensiva a todas as crianças cujas famílias dependem da assistência, podia ser a resolução do nomadismo e da mendicidade, responsáveis por muita inadaptação ao trabalho e delinquência juvenil. Por maior que seja o esforço a despendar, não será, porém, ainda no corrente triénio que o planeamento da orientação profissional e da valorização humana poderá resolver a situação de todos os adolescentes cujas famílias vivem em precárias condições.

9. Mas há ainda outros casos a considerar, aos quais temos já feito alusão, e que não devem ser ignorados ou esquecidos:

a) *Crianças diminuídas moralmente* — Verificou-se que em média há por ano uma população de 90 000 crianças válidas e inválidas, de ambos os sexos, que não prosseguem os estudos. A maioria destas crianças ficam a braços com uma situação mal definida. Se muitas permanecem a cargo das suas famílias ricas ou remediadas, muitas mais procuram trabalho no que calha; e outras, seguindo o exemplo dos seus progenitores, não sentem satisfação no trabalho ou não revelam aptidões para executar seja o que for. Conquanto a primazia da educação pertença à família, é certo que infelizmente para muitos não se pode humanamente chamar família ao ambiente em que vivem.

Quando for possível aos Centros de Aprendizagem absorverem todos estes desamparados, seleccionando, educando, promovendo, verificar-se-á quão transcendente é o seu valor: que sejam escolas de crianças para crianças, *verdadeira família* para os que a não têm, onde a criança seja «encarada como uma pessoa humana, e não somente em função de uma determinada profissão», a fim de que «o bem a que tem direito não seja sacrificado às exigências económicas do mercado do trabalho»⁶.

b) *Crianças diminuídas moral e fisicamente* — Neste contexto nunca será demais encarecer a acção projectada, requerendo-se até que essa acção se amplie aos jovens desvalidos, pobres readaptados capazes de executarem alguns dos officios que façam parte dos futuros programas escolares. Já que a doutrina da reclas-

⁶ VII Cong. I. do B. Int. Cath. de L'Enfance, Lisboa, 1959.

sificação profissional inclui «a reconversão dos adultos parcialmente incapacitados», é justo que os jovens nestas condições tenham os mesmos direitos dos adultos, e que seja consentida a sua inscrição a par dos alunos válidos, ainda que sem pretensão a tratamento especial.

É evidente que a admissão de um diminuído físico é função do binómio «limites de capacidade — officio exequível», subordinante de uma classificação como a que se segue:

Grupo A — Grau de incapacidade permitindo ao desvalido, com o auxílio de próteses (se necessário), a frequência das escolas ordinárias;

Grupo B — Graduação mais severa. Ensino profissional apropriado em Centros especiais polivalentes (como as *Industrial Rehabilitation Units*, da organização inglesa), ou diferenciados consoante a espécie de invalidez;

Grupo C — Casos muito graves, irrecuperáveis, em que é aconselhável a criação de Centros de trabalho protegido (*Reemploy Factory*, da mesma organização), ou de indústrias caseiras (*home-bound*) orientadas pelos serviços de reabilitação.

Infelizmente não é possível conhecer o quantitativo relativo a cada grupo, e muito menos a existência qualitativa segundo as incidências mais comuns da invalidez, o que impossibilita o cálculo correcto do plano de reabilitação da invalidez num país. Mas se é certo que não compete às entidades responsáveis pela política da mão-de-obra equacionar o problema da invalidez, a sua acção não poderá, no entanto, ser alheia à forma como se pretende organizar a reabilitação em Portugal.

10. *Esquema Nacional de Reabilitação* — Pelo Ministério da Saúde e Assistência foi nomeada uma Comissão para o estudo da reabilitação. Baseada no grande Centro de Alcoitão — o maior da Europa — situado a poucos quilómetros do Estoril, a Comissão optou pela criação de Centros altamente especializados de Medicina Física e de Reabilitação isolados, na sua direcção e manutenção, dos serviços hospitalares das especialidades a que a doença do inválido pertence.

A organização geral é, em resumo, a seguinte:

- a) Centros zonais, ou centros orientadores principais, correspondentes às 3 regiões geográficas do País: Norte, Centro em construção na Figueira da Foz; e Sul, o de Alcoitão;
- b) Centros Regionais, nas diferentes capitais distritais;
- c) Serviços hospitalares;
- d) Centros específicos, para doentes cardíacos, reumáticos, etc.;
- e) Centros Sociais, para diminuídos físicos irrecuperáveis.

A Comissão confia na criação de Escolas Profissionais, e de Reinscrição Social, pois se não fizerem parte integrante do projecto a *finalidade deste ficará comprometida*. Na realidade, nas condições em que trabalhou, e com os elementos que possuía, qualquer planeamento concluído pela Comissão, por mais competente que ela fosse, nem seria *nacional*, nem seria verdadeiramente de *reabilitação*. E, as razões são, principalmente: a inexistência de dados fundamentais concretos; a limitação do estudo a um único tempo de reabilitação, o clínico; e o facto de a Comissão não ser de composição interministerial.

Com efeito, para que a estrutura de um plano de regeneração da invalidez possa classificar-se de «nacional» é necessário, em primeiro lugar:

- 1) estabelecer o registo obrigatório de invalidez, e conhecer as suas frequência e prevalência anuais;
- 2) seleccionar os postos de trabalho existentes, ou a existir, classificando-os pela equivalência das funções físicas, e sopesar as necessidades de mão-de-obra do respectivo mercado de trabalho;
- 3) localizar os elementos anteriores em relação às principais regiões do País.

Em segundo lugar, a reabilitação para ter finalidade autêntica, há-de compreender os seguintes escalões:

- 1) clínico;
- 2) profissional;
- 3) de colocação.

Estes escalões não se podem desarticular, pois um escalão anterior é a preparação para o seguinte, e o último é a razão ou o objectivo de toda a acção. Deste modo, para a reabilitação ser útil tem de assistir ao aleijado, por acidente ou doença, desde a sua entrada no hospital (evitando deformidades quantas vezes irreparáveis) até à sua promoção ou reclassificação económica.

A acção de reabilitação considerada no esquema anterior necessita portanto de ser ampliada, iniciando-se logo no princípio do mal invalidante e completando-se pela vitória profissional sobre a invalidez: *reabilitar sem colocar não é reabilitar*.

Em terceiro lugar — e porque a assistência, o ensino, a regeneração e o emprego traduzem problemas complexos que entre si se relacionam — a assistência reabilitadora só resultará se houver colaboração unânime e convergente das entidades que superintendem, nomeadamente, nos sectores assistencial, educativo e económico do País.

Assim, a presença, no Conselho Consultivo do Fundo de Desenvolvimento da Mão-de-Obra, de vogais representantes de diversos

Ministérios e dos organismos patronais e sindicais; a localização dos Centros de Aprendizagem nos locais de trabalho; a frequência mista na escola e na empresa; a preparação racional do aprendiz para conscientemente ocupar o seu lugar efectivo na empresa — eis alguns factores que testemunham a boa organização e coordenação desta obra e permitem prever êxito para a acção a desenvolver. Nota-se, no entanto, que no referido Conselho Consultivo não existe qualquer vogal em representação do Ministério da Saúde e Assistência, o que se afigura uma carência importante, em face das considerações anteriores.

Parece, à primeira vista, que a resolução do problema dos inválidos reside mais no espírito de humanidade com que é elaborado do que na sua rentabilidade. Porém, ainda que seja pouco o que os inválidos podem produzir (o que, aliás, não é exacto), constitui sempre um saldo positivo a substituir encargos improdutos. De qualquer modo que o problema seja considerado, é certo que, se no âmbito dos serviços relativos à mão-de-obra não é *aparentemente* necessária a colaboração da assistência, esta não poderá resolver a questão dos inválidos sem a colaboração compreensiva daqueles. De contrário, os hospitais que já fazem medicina reabilitadora, «reabilitam» os seus doentes para quê? Se não existir reabilitação profissional nem colocação orientada, para que servirá a reabilitação médica?

*Rodolfo
Soeiro
de Sousa*

A protecção social no desemprego, na perspectiva internacional

1. O problema da protecção social no desemprego

O desemprego como risco social, embora consagrado há muito tempo, tendo constituído até nalguns países o ponto de partida dos respectivos sistemas de segurança social, tem sido muito contestado no que se refere à sua validade intrínseca.