

que empregam o maior número de trabalhadores com retribuições inferiores às da convenção.

As retribuições previstas no anexo I, relativas aos graus 14 a 20 das tabelas I e II, são inferiores à retribuição mínima mensal garantida para os anos de 2008 e de 2009 e a retribuição do grau 13 da tabela I é inferior à retribuição mínima mensal garantida para o ano de 2009. No entanto, a retribuição mínima mensal garantida pode ser objecto de redução relacionada com o trabalhador, ao abrigo do artigo 275.º do Código do Trabalho. Deste modo, as referidas retribuições apenas são objecto de extensão para abranger situações em que a retribuição mínima mensal garantida resultante da redução seja inferior àquelas.

A convenção actualiza, ainda, o subsídio de refeição, em 3,4%, e o subsídio de caixa e as ajudas de custo nas deslocações, em 2,8%. Não se dispõe de dados estatísticos que permitam avaliar o impacto destas prestações. Atendendo ao valor das actualizações e porque as mesmas prestações foram objecto de extensões anteriores, justificou-se incluí-las na extensão.

Foi publicado o aviso relativo à presente extensão no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 47, de 22 de Dezembro de 2008, na sequência do qual a Federação Intersindical das Indústrias Metalúrgica, Química, Farmacêutica, Eléctrica, Energia e Minas deduziu oposição, pretendendo a exclusão dos trabalhadores filiados nos sindicatos nela associados do âmbito da extensão. Considerando que assiste à opoente a defesa dos direitos e interesses dos trabalhadores que representa, procede-se à exclusão dos trabalhadores filiados em sindicatos nela inscritos.

Com vista a aproximar os estatutos laborais dos trabalhadores e as condições de concorrência entre empresas do sector de actividade abrangido, a extensão assegura para as tabelas salariais e para o subsídio de refeição uma produção de efeitos a partir do dia 1 do mês seguinte ao da entrada em vigor da convenção.

Tendo em consideração a existência no sector de actividade da presente convenção de outras convenções colectivas de trabalho outorgadas por diferentes associações de empregadores, assegura-se, na medida do possível, a uniformização do estatuto laboral em cada empresa, à semelhança do que sucedeu nas anteriores extensões.

A extensão da convenção tem, no plano social, o efeito de uniformizar as condições mínimas de trabalho dos trabalhadores e, no plano económico, o de aproximar as condições de concorrência entre empresas do mesmo sector.

Embora a convenção tenha área nacional, a extensão de convenções colectivas nas Regiões Autónomas compete aos respectivos Governos Regionais, pelo que a extensão apenas é aplicável no território do continente.

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, ao abrigo do artigo 514.º e do n.º 1 do artigo 516.º do Código do Trabalho, o seguinte:

Artigo 1.º

1 — As condições de trabalho constantes das alterações do CCT entre a FENAME — Federação Nacional do Metal e a FETESE — Federação dos Sindicatos dos Trabalhadores de Serviços e outros, publicadas no *Boletim do Trabalho e Emprego*, n.º 29, de 8 de Agosto de 2008, são estendidas no território do continente:

a) Às relações de trabalho entre empregadores não filiados nas associações de empregadores inscritas na federação

de empregadores outorgante nem noutras associações de empregadores representativas de outras empresas do sector que prossigam a actividade no sector metalúrgico e metalomecânico e trabalhadores ao seu serviço das profissões e categorias profissionais nelas previstas;

b) Às relações de trabalho entre empregadores filiados nas associações de empregadores inscritas na federação de empregadores outorgante que exerçam a actividade económica referida na alínea anterior e trabalhadores ao seu serviço das mesmas profissões e categorias profissionais não representados pelas associações sindicais outorgantes;

c) O disposto na alínea a) não é aplicável às relações de trabalho em empresas das indústrias de ferragens, fabrico e montagem de bicicletas, ciclomotores, motociclos e acessórios não filiadas nas associações de empregadores inscritas na federação de empregadores outorgante.

2 — As retribuições previstas nas tabelas I e II inferiores à retribuição mínima mensal garantida em vigor para os anos de 2008 e de 2009 apenas são objecto de extensão nas situações em que sejam superiores à retribuição mínima mensal garantida resultante de redução relacionada com o trabalhador, de acordo com o artigo 275.º do Código do Trabalho.

3 — A presente extensão não se aplica aos trabalhadores filiados em sindicatos inscritos na FIEQUIMETAL — Federação Intersindical das Indústrias Metalúrgica, Química, Farmacêutica, Eléctrica, Energia e Minas.

Artigo 2.º

1 — A presente portaria entra em vigor no 5.º dia após a sua publicação no *Diário da República*.

2 — As tabelas salariais e o valor do «subsídio de refeição» produzem efeitos desde 1 de Outubro de 2008.

3 — Os encargos resultantes da retroactividade podem ser satisfeitos em prestações mensais de igual valor, com início no mês seguinte ao da entrada em vigor da presente portaria, correspondendo cada prestação a dois meses de retroactividade ou fracção e até ao limite de três.

O Ministro do Trabalho e da Solidariedade Social, José António Fonseca Vieira da Silva, em 26 de Março de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lei n.º 81/2009

de 2 de Abril

A modificação do perfil de saúde e doença das populações que se tem verificado nas últimas décadas deve-se a vários e diferenciados factores, dos quais se destacam as condições ambientais planetárias em permanente evolução, as alterações dos estilos de vida nas diferentes sociedades e culturas, a globalização ocorrida na produção de bens, prestação de serviços e domínio do conhecimento, o rápido e intenso fluxo de pessoas entre continentes e países, entre outros.

Estas modificações apontam para a necessidade de reforçar a capacidade de actuação dos serviços de saúde pública, reforço com reflexos inerentes na sua organização e funcionamento, de modo que a sua intervenção seja mais adaptada a responder aos desafios de uma realidade que deixou de conhecer fronteiras, mais eficiente no consumo de recursos que são sistematicamente escassos e norteados

por critérios de qualidade que permitam satisfazer as necessidades de uma população que se tornou mais informada e exigente.

Também em Portugal, a experiência dos últimos anos demonstrou a premência de uma intervenção mais fundamentada em áreas essenciais à melhoria do nível de saúde da população, devendo, para tal, ser reforçadas, entre outras, as funções e as actividades de vigilância e investigação epidemiológica, de prevenção da doença, de defesa, protecção e promoção da saúde, bem como a avaliação sistemática do impacto dos programas de saúde na comunidade.

Efectivamente, os desafios que se colocam à saúde pública no contexto actual, impõem a existência de serviços modernos, racionalmente estruturados, com capacidade de diagnóstico e planeamento, capazes de apoiarem decisões, incluindo no que respeita a situações de crise grave ou de emergência.

Mantendo-se integrado no âmbito dos serviços de saúde pública o exercício do poder de autoridade de saúde, enquanto obrigação do Estado de intervir atempadamente na defesa da saúde pública, esse regime especial é estabelecido em diploma próprio.

Por outro lado, uma vez que os serviços de saúde pública interessam a todos os sectores económicos e agentes sociais, são, naturalmente, elementos catalisadores de parcerias e estratégias intersectoriais que asseguram participação colectiva no processo de defesa e promoção da saúde.

Como consequência natural destes corolários, o presente decreto-lei vem reestruturar os serviços de saúde pública, distinguindo-se quer no plano operacional quer de organização de serviços, dois níveis de actuação, designadamente regional e local.

A nível regional, funcionando como estrutura de vigilância e monitorização de saúde, numa perspectiva abrangente e detendo funções, igualmente, de vigilância epidemiológica, planeamento em saúde e definição de estratégias regionais e, ainda, de apoio técnico, articulando-se com todos os recursos de saúde pública da sua área de influência.

A nível local, funcionando, do mesmo modo, como estrutura de vigilância e monitorização de saúde da população, dispondo de organização flexível que permite manter os serviços próximos do cidadão.

Em síntese, o presente decreto-lei estabelece para os serviços operativos de saúde pública um modelo organizacional e técnico flexível, com vista a garantir de forma célere e eficaz a protecção da saúde das populações.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Foi ouvida a Associação Nacional de Municípios Portugueses.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local.

Artigo 2.º

Organização

1 — As funções operativas do serviço de saúde pública de área de intervenção regional são exercidas no departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde e integram-se na respectiva estrutura orgânica.

2 — As funções operativas do serviço de saúde pública de âmbito local são exercidas nas unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde e nas unidades locais de saúde, integrando-se nas respectivas estruturas orgânicas com as necessárias adaptações.

Artigo 3.º

Competências

1 — Os serviços de natureza operativa de saúde pública são serviços públicos criados em função da dimensão populacional residente na área respectiva de intervenção, com competência para:

- a) Identificar necessidades de saúde;
- b) Monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- c) Promover a investigação e a vigilância epidemiológicas;
- d) Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- e) Gerir programas e projectos nas áreas de defesa, protecção e promoção da saúde da população, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respectivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- f) Participar na execução das actividades dos programas descritos na alínea anterior, no que respeita aos determinantes globais da saúde ao nível dos comportamentos e do ambiente;
- g) Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integram.

2 — As competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública integram o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública.

Artigo 4.º

Cooperação e dever de colaboração

1 — O desempenho das funções operativas dos serviços de saúde pública observa os seguintes princípios:

- a) A nível regional, o departamento de saúde pública respectivo deve garantir o funcionamento e a disponibilidade da informação em saúde, bem como a necessária articulação com os outros departamentos e serviços das administrações regionais de saúde, adiante designadas por ARS;
- b) A nível local, as unidades de saúde pública devem garantir a funcionalidade do sistema e circuitos de informação, bem como a necessária articulação com as outras unidades funcionais dos agrupamentos de centros de saúde e dos hospitais de referência da sua área geodemográfica.

2 — No exercício das funções operativas, os serviços de saúde pública acedem à informação armazenada nos

sistemas integrados de informação em saúde, incluindo os hospitais na respectiva área de influência, respeitando as regras nacionais definidas para a segurança, protecção e confidencialidade dos dados pessoais e demais informação.

3 — No exercício das funções operativas, os serviços de saúde pública garantem a necessária cooperação e articulação com instituições públicas relevantes para a saúde, com partilha e divulgação de informação e conhecimento, podendo ainda envolver outras instituições, públicas, privadas ou da área social, relevantes para a saúde da comunidade em geral.

Artigo 5.º

Situações de risco para a saúde pública

1 — Em situações de risco para a saúde pública, ou de necessidade de vigilância epidemiológica, podem os serviços operativos de saúde pública requerer a todas as instituições e profissionais de saúde, públicos ou privados, os dados e a informação em saúde que considerem essenciais para o controlo de tais riscos, ou para o exercício dessa vigilância.

2 — As entidades referidas no número anterior devem prestar toda a colaboração que lhes seja solicitada no sentido de serem atingidas as finalidades do processo de recolha de informação para o controlo dos riscos de saúde pública ou do exercício de vigilância.

3 — Para efeitos do n.º 1, os dados essenciais para tratamento de informação de saúde pública incluem descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos humanos e de mortes, condições que determinem a propagação da doença e medidas aplicadas, bem como quaisquer outras informações que forneçam meios de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceites.

CAPÍTULO II

Serviços de âmbito regional

Artigo 6.º

Director do departamento de saúde pública

1 — Ao director do departamento de saúde pública compete:

a) Assegurar o funcionamento do serviço e o cumprimento dos objectivos programados, orientado por critérios de eficiência e qualidade técnica, com vista à sua melhoria contínua;

b) Promover a avaliação sistemática das actividades, de acordo com os objectivos e competências previstos no artigo 3.º;

c) Elaborar o regulamento interno do departamento de saúde pública e submetê-lo à aprovação do conselho directivo da ARS;

d) Elaborar a proposta do plano de acção e respectivo orçamento e submetê-lo à aprovação do conselho directivo da ARS e assegurar a sua execução;

e) Garantir o funcionamento operacional do sistema de informação, nos seus componentes de circuito interno, circuitos entre serviços de nível regional e local e circuitos de informação resultantes da articulação com as outras instituições relevantes para a saúde da população da região;

f) Promover uma articulação e cooperação eficientes com os demais serviços de saúde e outras entidades externas;

g) Assegurar a formação pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais sob a sua direcção.

2 — O director do departamento de saúde pública de cada administração regional de saúde é, por inerência, o delegado de saúde regional, nomeado nos termos da legislação aplicável às autoridades de saúde.

Artigo 7.º

Organização e funcionamento

1 — As competências de cada departamento de saúde pública são as constantes das portarias que aprovam os estatutos da respectiva administração regional de saúde.

2 — A organização e funcionamento de cada departamento de saúde pública constam de regulamento próprio, o qual se deve reger, no que respeita às funções operativas de serviços de saúde pública, pelos seguintes princípios:

a) Flexibilidade da estrutura organizacional, privilegiando a diferenciação técnica dos recursos humanos nas áreas de intervenção previstas no artigo 3.º;

b) Diferenciação das unidades integrantes cuja desagregação se justifique, de forma a proporcionar uma resposta eficiente e de qualidade nas áreas de informação e planeamento em saúde, vigilância epidemiológica, gestão de programas e projectos de intervenção em saúde pública, incluindo, obrigatoriamente, o programa nacional de vacinação;

c) Criação de equipas móveis para apoio ao nível local e intervenção no terreno em situações especiais, designadamente em situações que impliquem grave risco para a saúde pública.

3 — O número de profissionais que integram o departamento de saúde pública deve ser ajustado à dimensão populacional da sua área de intervenção e, na sua composição, integrar, nomeadamente, técnicos das seguintes áreas profissionais:

a) Médicos com o grau de especialista em saúde pública;

b) Enfermeiros, preferencialmente com diferenciação em saúde pública ou saúde comunitária;

c) Técnicos superiores de saúde nos ramos de engenharia sanitária, laboratório, nutrição e psicologia;

d) Técnicos de diagnóstico e terapêutica das áreas de saúde ambiental, análises clínicas e de saúde pública e saúde oral;

e) Outros técnicos, nomeadamente das áreas de informática, estatística, comunicação, que podem ser partilhados entre serviços e sectores de outros departamentos ou unidades.

CAPÍTULO III

Serviços de âmbito local

Artigo 8.º

Unidade de saúde pública

1 — Em cada agrupamento de centros de saúde ou, com as necessárias adaptações, em cada unidade local de saúde, existe uma unidade de saúde pública que possui autonomia organizativa e técnica.

2 — Sem prejuízo das funções atribuídas pelo n.º 1 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, a unidade de saúde pública:

a) Assume uma estrutura organizacional flexível, permitindo a necessária adequação às especificidades geo-

demográficas e em que se privilegie a diferenciação técnica dos recursos nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas;

b) Elabora regulamento interno, contendo, nomeadamente, a missão, valores e visão, a estrutura orgânica e o funcionamento, o modelo de gestão do sistema de informação, áreas de actuação e níveis de responsabilização dos diferentes grupos de profissionais que integram a equipa, carta de qualidade e regras gerais para a formação contínua dos profissionais, submetendo-o à aprovação do director executivo.

3 — Na constituição da equipa referida no n.º 2 do artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, relativa aos agrupamentos de centros de saúde, devem ser observados, de forma indicativa, de acordo com os recursos humanos disponíveis e conforme as características geodemográficas da zona de intervenção, os seguintes rácios:

a) Um médico com o grau de especialista em saúde pública por cada 25 000 habitantes;

b) Um enfermeiro por cada 30 000 habitantes;

c) Um técnico de saúde ambiental por cada 15 000 habitantes.

4 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, considerando as áreas funcionais a desenvolver, bem como as características da população abrangida, podem ser aplicados outros rácios ou integrados outros profissionais nas referidas equipas em número adequado à defesa da saúde pública.

Artigo 9.º

Participação de nível municipal

1 — Com vista a colaborar nos projectos relevantes para a respectiva área de intervenção, o coordenador da unidade de saúde pública de cada agrupamento de centros de saúde deve propor ao director executivo respectivo:

a) A celebração de protocolos com as autarquias interessadas;

b) A participação na criação e actividade de comissões de âmbito municipal com intervenção na área de saúde pública.

2 — No desenvolvimento da alínea a) do número anterior, os referidos protocolos podem ter como objecto o acompanhamento de programas intersectoriais para prevenção e promoção da saúde, nomeadamente no que respeita a doenças crónicas, doenças transmissíveis e determinantes sociais e ambientais, que constituam risco para a saúde pública das populações, bem como o incremento de estilos de vida saudáveis.

3 — No desenvolvimento da alínea b) do n.º 1 e sem prejuízo da independência técnica e hierárquica dos respectivos serviços, o coordenador da unidade de saúde pública de cada agrupamento de centros de saúde pode participar no processo de facilitação de constituição de uma comissão municipal de saúde comunitária junto de cada câmara municipal, com ela devendo manter colaboração regular.

4 — A comissão prevista no número anterior é constituída por representantes das áreas da justiça, da segurança social, da saúde e da educação, das câmaras municipais e de organizações da sociedade civil, nos termos a definir em decreto-lei.

5 — O director executivo dos agrupamentos de centros de saúde deve dar conhecimento, ao conselho directivo da ARS territorialmente competente, das situações referidas nos números anteriores.

Artigo 10.º

Coordenação da unidade de saúde pública

O coordenador da unidade de saúde pública é, por inerência, o delegado de saúde, designado nos termos de legislação aplicável às autoridades de saúde.

CAPÍTULO IV

Disposições complementares

Artigo 11.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio

O artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 11.º

[...]

Ao pessoal das ARS é aplicável o regime jurídico dos trabalhadores em funções públicas.»

Artigo 12.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro

O artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, passa a ter a seguinte redacção:

«Artigo 15.º

[...]

1 —

a)

b)

c)

d) O coordenador da USP é designado de entre médicos com o grau de especialista em saúde pública com experiência efectiva de, pelo menos, três anos de exercício ininterrupto de funções em serviços de saúde pública.

2 —

a)

b)

c)

3 — O processo de designação do coordenador da unidade de saúde pública envolve as diligências e formalidades previstas para a designação da autoridade de saúde, nos termos da legislação aplicável, não sendo aplicável, neste caso, o disposto no n.º 1.»

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Artigo 13.º

Disposição transitória

Até à constituição de cada unidade de saúde pública na respectiva área territorial correspondente ao ACES, mantém-se, a nível de cada município, a actual estrutura dos serviços de saúde pública.

Artigo 14.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho, à excepção do seu artigo 24.º

Artigo 15.º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra em vigor 90 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 21 de Janeiro de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Alberto Bernardes Costa* — *Pedro Manuel Dias de Jesus Marques* — *Francisco Ventura Ramos* — *Maria de Lurdes Reis Rodrigues*.

Promulgado em 13 de Março de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 16 de Março de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Decreto-Lei n.º 82/2009

de 2 de Abril

No âmbito dos princípios consagrados na base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, foi publicado o Decreto-Lei n.º 336/93, de 29 de Setembro, que visou estabelecer as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.

A experiência adquirida durante a vigência do referido decreto-lei, bem como as recentes alterações legislativas que modificaram a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, nomeadamente o novo estatuto jurídico das administrações regionais de saúde (ARS) e a progressiva extinção das suas sub-regiões, por via da criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), impõem a oportunidade de proceder à alteração do regime das autoridades de saúde.

Efectivamente, a evolução das preocupações no âmbito da saúde pública obriga a adaptar o exercício do poder de autoridade de saúde no sentido de reforçar os meios de controlo efectivo dos factores de risco, dotando-o de maior funcionalidade.

No novo regime ora instituído, as autoridades de saúde encontram-se sediadas nas estruturas já existentes dos serviços de saúde pública, que lhes prestam todo o apoio necessário ao exercício das suas funções, competindo-lhes organizar tais serviços, de modo a assegurar o exercício efectivo das funções de autoridade ou dos actos materiais que se lhe encontrem subjacentes.

A implantação territorial das autoridades de saúde corresponde às áreas geográficas e administrativas a nível nacional, regional e municipal, conforme a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), o que, ao nível municipal, obrigou a uma actualização da terminologia que tem vindo a ser utilizada relativamente aos concelhos e delegados de saúde concelhios. Em conformidade, possibilitou-se que as autoridades de saúde assim implantadas alargassem o seu âmbito geodemográfico de

competências de acordo com a nova figura dos ACES e respectivos rácios populacionais.

A correspondência entre ACES e autoridades de saúde ao nível das respectivas áreas de intervenção não prejudica, mas antes reforça, a concertação entre os vários municípios com vista à melhoria do planeamento e da implementação dos programas de saúde pública.

Nos termos da base XX da lei supracitada, os vários escalões das autoridades de saúde deverão contribuir para uma actuação coordenada, sempre que as circunstâncias o justifiquem, pelo que os níveis geodemográficos supracitados reflectem essa repartição de acções, numa relação hierárquica no âmbito das competências técnicas, permitindo instâncias sucessivas de recurso.

O presente decreto-lei introduz, ainda, a protecção jurídica a todas as entidades que exercem o poder de autoridade de saúde, de forma a salvaguardar uma eficaz intervenção centrada na protecção da saúde pública, nos termos da legislação em vigor.

Em síntese, o presente decreto-lei destina-se a actualizar as condições do exercício do poder de autoridade de saúde, funcionando de forma integrada em todo o território nacional e em articulação com os serviços de saúde pública existentes, implementando a partilha de informação, de conhecimentos e recursos, com vista à decisão fundamentada no exercício dos poderes conferidos, incorporando novos conceitos de saúde pública em conformidade com o preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pela Comissão da União Europeia.

Finalmente, procede-se à criação de um órgão consultivo e de apoio da autoridade de saúde nacional, designado Conselho de Autoridades de Saúde.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas.

Foi ouvida a Associação Nacional de Municípios Portugueses, bem como as organizações sindicais e representativas dos trabalhadores das entidades afectadas pela presente reorganização de serviços.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente decreto-lei estabelece as regras de designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde.

Artigo 2.º

Definição

1 — Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por autoridade de saúde a entidade à qual compete a decisão de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção e protecção da saúde, bem como no controlo dos factores de risco e das situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou dos aglomerados populacionais.

2 — A autoridade de saúde detém os poderes necessários ao exercício das competências referidas no número anterior na sua área geodemográfica de intervenção, bem como os poderes relativos à vigilância de saúde no âmbito