



ÍNDICE

EDITORIAL.....	2
Há uma resistência passiva à reforma da Administração Pública.....	3
O SMZC/FNAM na Assembleia Geral da FEMS - Roma.....	5
 CAPÍTULO I (SMZC INTERNO).....	7
Novos Corpos Gerentes do SMZC 2007/2010 tomaram Posse em Setembro.....	8
Plano Estratégico 2007/2010 SMZC.....	9
Legislação com interesse.....	13
Pareceres Jurídicos.....	13
Análise do D. L. 44/2007 de 23 de Fevereiro.....	17
Breves regras aplicáveis a pessoal em mobilidade especial.....	21
Regular funcionamento do Centro de Saúde.....	23
 CAPÍTULO II (CARREIRAS MÉDICAS).....	25
Revisão das Carreiras Médicas.....	26
Carreiras Médicas - Enquadramento Geral.....	32
Matérias do D.L. n.º 73/90 que mantêm a sua actualidade, na totalidade ou parcialmente.....	34
Sistema Retributivo.....	35
Estudo da FNAM.....	38
Congresso da FNAM - MGF.....	42
 CAPÍTULO III (REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS).....	47
A Reestruturação dos Centros de Saúde e as USF.....	48
Apresentação: O Novo Centro de Saúde.....	52
Os Deuses devem estar loucos?!.....	56
Política de recursos humanos no sector da Saúde (CSP).....	59
Nota à Imprensa.....	61
 CAPÍTULO IV (CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO).....	63
Debate.....	64
Os Médicos e o CIT.....	82
Legislação.....	83
 CAPÍTULO V (CONTROLO BIOMÉTRICO).....	89
Uma Medida Retrágrada.....	90
A Insustentável Leveza das Medidas.....	91

FICHA TÉCNICA

Propriedade:
Sindicato dos Médicos da Zona Centro

Coordenação:
João Nunes / Ana Pinto / João Nuno

Colaboração:
Cristina Rodrigues

Maquetização e Impressão:
PMP - Ser. e Equip. Graf., Lda.

EDITORIAL

TEMPOS DIFÍCEIS

Sérgio Esperança
Presidente SMZC



Os últimos anos têm sido difíceis para os trabalhadores da Administração Pública e para os médicos em particular com as alterações verificadas nas regras da aposentação, no sistema de vínculos, no congelamento da progressão nas carreiras, entre outros.

As modificações verificadas quer nos Hospitais quer nos Centros de Saúde relativas ao seu funcionamento trouxeram instabilidade e muitas reticências quanto à “bondade” das “inovações” introduzidas.

Novos modelos de gestão que perspectivem melhor funcionamento e agilização serão sempre bem recebidos e apoiados por nós mas seremos sempre críticos implacáveis de pretensos “modernismos”; apenas têm como finalidade o economicismo, e ir adiando as verdadeiras reformas de que o Serviço Nacional de Saúde necessita.

Nos dias de hoje, apesar das orientações políticas da actual governação e de alguns profetas da desgraça continuamos a pensar que vale a pena mantermos as nossas orientações e os nossos princípios.

A defesa das Carreiras Médicas e a exigência de concluirmos as negociações de um Acordo Colectivo de Trabalho que defina regras claras pelas quais se devam nortear as relações laborais, são áreas de actuação fundamentais da nossa actividade sindical e em que temos necessariamente de envolver os colegas mais novos, menos informados e até mesmo mais cépticos.

Temos obviamente de ultrapassar estes tempos difíceis com o apoio dos médicos conseguindo que todos acreditem como nós acreditamos que é possível inverter este momento.

Não vamos desistir dos nossos direitos e exigimos do Governo e do Ministro negociações (sérias). Não deixaremos de denunciar as atitudes prepotentes e a política do facto consumado com que o actual Ministro (verdadeiro catavento) nos tem brindado.

Votos de Boas Festas
Feliz Ano de 2008
...com Carreiras Médicas de boa Saúde!

HÁ UMA RESISTÊNCIA PASSIVA À REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

João Nunes

Direcção do SMZC

Comissão Executiva da FNAM

smzcjnr@gmail.com



O EXEMPLO DA (NÃO) EXTINÇÃO DAS SUB-REGIÕES DE SAÚDE E O CLIENTELISMO

Todos dizem e repetem a bom som, e todos andam a reclamar que a reforma da administração Pública, onde se incluiu o fim das sub-regiões de saúde e a reconfiguração dos centros de saúde (CS) com a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (AECS), é necessária a todos os níveis para travar o excesso de burocracia existente e aumentar a qualidade dos serviços.

Aparentemente todos estamos de acordo que o “status quo” não poderia manter-se e que o país precisava de um novo fôlego, de uma liderança modernizadora e com coragem para enfrentar resistências e interesses instalados.

Ora, quando vemos a tentativa de aplicação do PRACE de forma “voluntarista” e amadora, vê-se logo que alguma coisa está mal.

O que se vê é o fim de supostos lugares de Direcção (exemplo: coordenadores de SRS) que rapidamente, no dia imediato, são colocados como assessores do Conselho Directivo das ARS, IP!

Mudou-se, como se faz nos Hospitais EPE, a rubrica do pagamento e todos ficamos satisfeitos por ter eliminado mais uns coordenadores.

O problema de tudo é que, genuinamente, os nossos executivos não acreditam na reforma visto que o problema é o Programa de Estabilidade e Crescimento, e nada mais!

A não ser emitir circulares (burocracia central) dizendo que é necessário haver poupança de 25 por cento da factura do Ministério da Saúde, no âmbito dos Recursos Humanos... Questionados os diversos Conselhos de Administração dos Hospitais, todos confirmam, em maior ou menor número, “a necessidade de mais Recursos Humanos” e de mais meios!...

Por outro lado, não se conhece nenhum mecanismo sério de avaliação de chefias ou qualquer programa consistente que vise aplicar na função pública o critério da meritocracia que tanto se fala. Os muitos gestores e directores de

serviços e empresas públicas é que são os verdadeiros “protegidos” e estes, tudo o indica, irão continuar a sê-lo.

Muitos dos que criticam o governo concordam – e eu sou um deles – que a situação na saúde e em várias outras áreas (ex. educação) precisava de mudanças drásticas e que, por boa que essa mudança fosse, geraria, como gera sempre, resistências de índole corporativista. Porém, o problema hoje em Portugal é mais profundo.

Porque o que está à vista é que por detrás deste “reformismo” prevalece claramente o critério liberal que tenta apanhar a corrente actualmente hegemónica no ocidente, o que no caso do actual governo é de grande incoerência com os princípios e a tradição socialista ou social-democrata do respectivo partido. E isto quer quanto aos fins quer quanto aos meios.

A necessidade de maior eficácia e racionalização de recursos, os congelamentos de salários e carreiras na função pública, etc, foram até certo ponto compreendidas por muitos funcionários, professores, quadros e trabalhadores dos serviços em diversas áreas. Exigia-se mais sacrifícios, mas eles eram importantes para a modernização das instituições. E com a (prometida) retoma económica e a (prometida) inovação tecnológica o país iria recuperar em benefício de todos e trazer maior justiça social.

Digamos que houve numa primeira fase um certo benefício da dúvida que nos últimos tempos desapareceu. Desapareceu em boa medida devido às contradições, incoerências e inconsistência de muitas das medidas do governo, que a meu ver são erradas.

Por isso, voltam os ministros a vir a público a condenar o sistema e propondo a solução miraculosa, privatizar ou alterar o Estatuto Jurídico (EPE) das unidades de saúde públicas, panaceia que me deixa dúvidas.

Primeiro, o que muda?

Onde estão os “novos” e “super gestores”?

É que os de provas dadas estão a trabalhar para as suas empresas...

Segundo, que métodos milagrosos têm os sectores privados ou EPE que não possa ser usado pelos públicos? Ou será que a Administração Pública é uma raça extraterrestre com a missão de destruir as unidades produtoras do Estado?

Será que não andaram na mesma escola ou não aprenderam com os mesmos gurus?

Alguma vez o poder político executivo definiu e deu a conhecer, sem pressões sócio-políticas, os objectivos e as metas que os gestores públicos deveriam atingir?

Quem garante que estes “gestores privados” os cumprem com rigor e isenção?

E, se não tiverem, a quem vamos assacar as responsabilidades?

Em síntese, os responsáveis por esta situação de clientelismo, em regime público ou privado, são os mesmos que desenvolvem insistentes esforços políticos em campanhas de descrédito dos serviços públicos, procurando criar um clima justificativo da não aposta em serviços públicos de qualidade.

O SMZC/FNAM NA ASSEMBLEIA GERAL DA FEMS - ROMA 5 E 6 DE OUTUBRO DE 2007

Lá como cá reina a “Instabilidade”

José Pena

Vice-Presidente SMZC – Comissão Executiva da FNAM

jose.a.pena@sapo.pt

Decorreu, nos dias 5 e 6 de Outubro, a Assembleia Geral da FEMS. A FNAM esteve representada pela sua Presidente, Merlinde Madureira e pelo vice-Presidente do SMZC, José Pena. Estiveram ainda presentes pela Ordem dos Médicos, João de Deus, José Esteves e Fátima Neves. O SIM não esteve representado.

Dos trabalhos haverá a salientar a importância das informações dos diversos delegados e da situação em cada um dos seus Países e/ou organizações, a importância da responsabilidade médica e Jurídica, as novas ferramentas informáticas e a problemática da informática e electrónica modernas, nomeadamente no que concerne à ética, segurança e deontologia. Pela importância do assunto foi criado um grupo de estudo:

Yves Boudet – Francês

Paul Chevaut – Francês

Othaar Hans – Austríaco

José Esteves - Português

Foi aprovado um documento de solidariedade para com os colegas Polacos e a sua situação.

Como ponto fundamental deverá salientar-se a conclusão por todos referida, da tendência da Privatização da Saúde em toda a Europa, com crescimento acentuado de Hospitais Privados e encerramento de Unidades de Saúde Pública; foi referido unanimemente a razão economicista e o impacto económico da Saúde como ponto fulcral deste aspecto evolutivo.

Como ponto importante deverá salientar-se a obrigatoriedade das regras laborais serem igualmente definidas para o Sistema Público e Privado, item que ficou consagrado como ponto fundamental a defender pela FEMS, assim como a importância de haver acordos (individuais e colectivos) abrangentes para os dois Sistemas.

A qualidade e acreditação dos Hospitais (também os Privados) deverão obedecer a regras que defendam não só os doentes mas também os médicos.



José Pena e Merlinde Madureira (à direita)

Um dos aspectos importantes discutidos, foi o problema da Mobilidade de doentes e médicos na Europa. Pela importância da Demografia Médica, foi referida a falta de vários grupos de médicos a nível Europeu (Anestesiastas, Cirurgiões, Pediatras, Cardiologistas) e a crescente acção migratória dos médicos. A Lei de Mobilidade na Europa deverá ser atentamente estudada e de acordo com os diversos parâmetros.

Pela importância destas questões, foi criado um grupo de trabalho:

Coordenador - Yvo Spagoli – Itália

Serdar Dalkilic – França

Maria Merlinda – Portugal

Ivan Pasini – Croácia

A Flexibilidade foi referida como maior facilidade de despedimento e aumento de desregulamentação laboral; a segurança (Flexisegurança) conduzirá a piores condições de trabalho. Toda esta nova maneira de encarar a medicina como uma mercadoria, deverá manter os médicos atentos às novas necessidades de se adaptarem às novas atitudes e se defenderem das regras que pretendem criar.

O Presidente pôs mesmo a hipótese de se mobilizar toda a Europa para uma Greve Geral se assim fosse necessário!!!!...

De acordo com a necessidade de estudar e pesquisar novas propostas Hospitalares, mesmo as Privadas, a Direcção da FEMS e o seu Presidente visitaram um Hospital Privado em Sófia, criado recentemente por um acordo entre uma grande Instituição de Saúde Japonesa e o Governo Búlgaro, (Fundação de um Banco Japonês, cujo Presidente é também o Presidente da dita Fundação – Sr. Tokuda). O Hospital já em início de funcionamento em Sófia, foi integralmente construído e oferecido pelos Japoneses, com um funcionamento idêntico aos regimes de seguradoras, com contratualizações com as maiores empresas da Bulgária! Neste Hospital os médicos são contratados pela Direcção do próprio Hospital e terão obrigatoriamente que realizar um estágio nos Hospitais do Japão e sendo pagos aproximadamente pelo dobro do que recebem normalmente os médicos Búlgaros! Todos os médicos poderão exercer privada! Além do ordenado normal os médicos poderão receber muito mais, de acordo com a sua maior produção! Têm que obedecer às regras de trabalho impostas pela Europa (trabalham neste momento 60h/semana!).

O novo hospital Japonês de Sófia tem todas as diferenciações técnicas, com aparelhos de última geração, com todas as especialidades incluídas: - oncologia médica, fisioterapia, cirurgia normal e de ambulatorio, com grande investimento na diálise (porque será?); não tem transplantação; garante uma urgência 24h. Tem 500 camas para já com intenção de aumento para mais 500.

A Tokushukai Medical Corporation, sociedade médica do Banco Tokuda, trata 22 000 doentes dia, numa área de 8 milhões/ano; 65 hospitais com 15000 camas, tem 1872 médicos, 4162 engenheiros (bastante mais que médicos), 11268 especialistas (?), 2996 administradores(!!)... num total de 20326 funcionários...

Não nos pareceu ser uma ONG!

CAPÍTULO I

SMZC INTERNO

A — NOVOS CORPOS GERENTES

B — PLANO ESTRATÉGICO 2007/2010

C — LEGISLAÇÃO COM INTERESSE

D — PARECERES JURÍDICOS

A – NOVOS CORPOS GERENTES DO SMZC - 2007/2010 TOMARAM POSSE EM SETEMBRO

Após o acto eleitoral de 29 de Junho, a Tomada de Posse interna dos Corpos Gerentes do SMZC eleitos para o triénio 2007/2010 decorreu em Setembro.

Uma sessão que ocorreu ao final da tarde de 21 de Setembro, no que foi o culminar de uma jornada de trabalho que ao longo do dia decorreu nas instalações do Sindicato e que serviu para, além de discutir questões internas, preparar as (muitas) lutas difíceis que se prevêem para o futuro.

A Tomada de Posse contou com a presença de diversas estruturas sindicais, as quais juntaram às palavras de encorajamento, alertas para as dificuldades vindouras e que cada vez mais se têm vindo a sentir na relação com o Governo.

A Comissão Executiva da Direcção do SMZC ficou assim distribuída:

Presidente: Sérgio Esperança (Hospital Distrital de Aveiro)

Vice-presidente: José Pena (Hospitais da Universidade de Coimbra)

Vice-presidente: José Gouvêa (Saúde Pública - Coimbra)

Tesoureiro: Carlos Prior (Centro de Saúde Fernão de Magalhães)

Secretário: Paulo Costa (CS de Ansião)

Secretária / (adjunta Tesoureiro): Ana Sofia Pinto (Hospital Psiquiátrico do Lorrão)

Vogal: João Rodrigues (CS Lousã)

Vogal: Vasco Nogueira (Centro Hospitalar de Coimbra)

Vogal: Luís Boavida (Saúde Pública - Penacova e Pampilhosa da Serra)

Vogal: André Leitão (CHC)

Vogal: Arinda Figueiredo (CS de Aveiro)

Da Direcção fazem também parte:

António Marinho, Fátima Peralta, Figueiredo Fernandes, Francisco Elias, Jorge Tudela, Júlio Reis Alves, Maria João Neto, Noel Carrilho e Rui Dias. Como suplentes, o SMZC conta na sua equipa com Antero Dias, Carlos Queiroz e Cristina Alves.

A Mesa da Assembleia Geral é composta por João Pinto de Sá (Presidente), Manuela Sucena (vice-Presidente), Deolindo Leal Pessoa e Bernardino Gonçalves, vogais.

António Manuel Rodrigues, António Morais Lopes, Armindo Rebelo, Cílio Correia, Eduarda Osório, Fernando Cantão, Fernando Martinho, Jorge Faísca e José Gomes Ermida compõem a Comissão Fiscalizadora e Reguladora de Conflitos.



B – PLANO ESTRATÉGICO 2007/2010 SMZC

Mais Dinamismo e Intervenção

O **SMZC** propõe-se, para o **triénio 2007/2010**, orientar a sua linha de acção para a consolidação e continuidade dos objectivos estratégicos definidos pela anterior Direcção, nomeadamente alcançar os **seguintes objectivos**:

♦ CONTINUAR O CRESCIMENTO SUSTENTADO DO SMZC

1 - EXPANSÃO DA ACTIVIDADE SINDICAL NAS UNIDADES DE SAÚDE:

- Reforço do contacto com os médicos nos locais de trabalho, **criando condições para a eleição de delegados sindicais** na maioria das unidades de saúde.
- Realização regular de visitas programadas aos hospitais e centros de saúde.
- Campanha de angariação de **novos sócios**, especialmente de jovens médicos.
- Elaboração e edição pelos serviços do SMZC de um **guia**, actualizado, de facilidades concedidas aos sócios.

2 - REESTRUTURAÇÃO INTERNA:

- **Manter a consolidação das finanças conseguida no último triénio:** continuar a aplicar com rigor e eficácia as recomendações da Comissão Fiscalizadora e Reguladora de Conflitos (9.02.2004) com o objectivo de uma eficaz contenção de custos e aumento das receitas.
- Continuar as acções necessárias no sentido de dotar o Sindicato, **de Sede própria.**
- Manter uma ligação efectiva ao gabinete jurídico.
- Continuar a estabelecer **protocolos com outras entidades de modo a obter regalias para os sócios** em sectores estratégicos e de necessidades básicas, nomeadamente na formação (Protocolos com Universidades), aquisição de livros, seguros e lazer.

3 - FÓRUM PERMANENTE DE REFLEXÃO E DEBATE:

- Consolidar o funcionamento regular das Comissões de apoio (Ex. Medicina Geral e Familiar, Carreira Hospitalar, Saúde Pública, Núcleo de Internos, etc) à actividade da Direcção, de modo a aprofundar e a dinamizar a intervenção reivindicativa a nível sectorial.
- Reforçar as relações de cooperação com as Associações de Estudantes de Medicina e Associações Médicas das Carreiras de Clínica Geral, Hospitalar, Saúde Pública, Jovens Médicos e Ordem dos Médicos.

- Reforçar os contactos e a cooperação com os vários Sindicatos da área da saúde.

- Contribuir empenhadamente para o contínuo reforço da Federação Nacional dos Médicos (FNAM).

Nesse sentido, o **Sindicato dos Médicos da Zona Centro deverá oferecer** a todos os sócios:

3.1. Participação

Continuaremos a assegurar e a aperfeiçoar os mecanismos de participação e consulta (questionários anónimos, *news letter*, uso da página da Net, etc) , por forma a que cada vez mais sócios participem de forma activa e interveniente no processo de decisão sobre as matérias mais importantes da actividade sindical.

3.2. Informação - Interação

Desenvolver esforços cada vez maiores no sentido de criar meios alargados de comunicação com os sócios utilizando as novas tecnologias, como seja **manter actualizado o Site do SMZC, criar Boletim Informativo on line** que possibilite, em tempo útil, aos sócios e à opinião pública, o conhecimento da posição do Sindicato sobre os diversos assuntos que interessam aos médicos e criar uma **news letter** a enviar de três em três meses aos sócios.

3.3. Assistência Sindical e Jurídica

Continuar a manter um Gabinete Jurídico que garanta qualificada assessoria jurídica, presencialmente duas vezes por semana e via internet, com consultas grátis a todos os sócios que a requeiram.

3.4. Conferências Sindicais - Debates

Aprofundamento da experiência de **realização de conferências sindicais** (Ex, “Gestão Hospitalar”, 1 de Abril de 2006, Simposium “Os Médicos, a Gestão e a Governação Clínica: que desafios?”, Dezembro de 2006 e o debate “CIT e Carreiras Médicas – Que Futuro?”, Outubro de 2007) em torno de problemas específicos, com o objectivo de alargar a participação e contribuição dos sócios e não sócios na definição das linhas de orientação reivindicativa do Sindicato.

3.5. Publicações

Editar durante o seu mandato **manuals ou publicações** sobre “*Legislação Médica*”, nomeadamente sobre os CIT e o novo *Código Laboral*, e a “*Organização do Trabalho Médico*”, a distribuir gratuitamente aos sócios.

4-Dinamização Cultural

Promover a criação de uma comissão cultural para desenvolver actividades nesta área.

◆ MELHOR TRABALHO

É preciso romper com a lógica que explica horários longos, pluriemprego, elevados níveis de precaridade (CAP e CIT a termo certo), reduzidas despesas (da entidade patronal) com a formação contínua, quase totalmente entregue à indústria farmacêutica, fraca participação dos médicos na vida das unidades de saúde e deficientes condições de trabalho, nomeadamente na carência de instrumentos do sistema de informação.

Daí que o nosso compromisso, perante este cenário, seja lutar pela **melhoria das condições de trabalho** e concretamente:

- Unidades de Saúde com **meios tecnológicos de informação e comunicação** que propiciem a ultrapassagem dos vícios burocráticos do sistema, facilitem e racionalizem os procedimentos, aumentando a sua eficiência, qualidade assistencial e prontidão na resposta.

- Intervir junto da entidade patronal para que assuma **um seguro de responsabilidade civil profissional relativamente à actividade profissional do(a) médico(a), reconhecendo assim** a actividade médica como **penosa e desgastante**.

- Criar um seguro de complemento de reforma

- Providenciar junto da entidade patronal para que sejam criados os Serviços de Saúde Ocupacional, com quadros próprios, na rede hospitalar e na rede de cuidados de saúde primários e em outras instituições empregadoras de médicos.

- Adoptar programas específicos de prevenção e protecção dos riscos profissionais em todas as instituições de saúde.

- Promover a Criação das comissões de Higiene, Segurança e Saúde, definidas legalmente, em todas as instituições públicas de saúde.

- Exigir a redução do horário de trabalho, cumprindo as directivas europeias.

◆ MAIS QUALIDADE

- O Sindicato deve continuar a afirmar a vontade de intervir na definição da legislação com incidência na política de saúde.

- O Sindicato deve defender a criação de condições estruturais, financeiras e de gestão dos recursos humanos, de acordo com padrões de dignidade e de qualidade Europeus.

- Reafirmamos a necessidade de dar passos decisivos no sentido de se iniciar, **a distinção clara e inequívoca entre o sector público e os sectores privado e social**

- Reafirmamos a urgente **criação de mecanismos de responsabilização** daqueles a quem se deve a degradação da gestão económica e financeira e de recursos humanos e materiais do SNS. **Nesse sentido, continuaremos a manter a nossa atenção e o nosso empenhamento em melhorar do**

ponto de vista sindical a legislação que diga respeito à “Gestão das Unidades de Saúde”

Consideramos ainda como medidas importantes:

- Prioridade na redução do grave défice de médicos de família e de saúde pública, através de uma correcta planificação dos recursos humanos.
- Aplicação de incentivos de fixação nas zonas interiores aos médicos das várias carreiras.
- Apoiar toda a legislação que contribua para o necessário aperfeiçoamento das Carreiras Médicas, da melhoria da formação médica contínua e da implementação de programas de melhoria contínua da qualidade, baseados no modelo da auto-avaliação.
- Adopção de medidas eficazes de articulação entre os Centros de Saúde e os Hospitais, nomeadamente com o desenvolvimento dos Sistemas de informação e consultadorias hospitalares nos centros de saúde.

◆ MAIS EFICIÊNCIA, MAIOR SALÁRIO

O SMZC deve assumir um programa reivindicativo nesta matéria, que passa nomeadamente por:

1. Defesa intransigente das Carreiras Médicas e da sua autonomia e independência técnica e profissional, qualquer que seja o vínculo laboral, **defendendo que o futuro modelo-base de carreiras deve ser aplicado a todos os hospitais e unidades de saúde** independentemente do regime jurídico ou modelo de gestão, de forma a garantir a qualidade da medicina prestada.

2. **Estruturação geral das Carreiras** baseada numa estrutura piramidal por categoria profissional, progressão na vertical (categorias) e evolução na horizontal (escalões) e uma remuneração assente em competências (avaliação externa - graus), no desempenho (avaliação interna) e um terceiro eixo baseado na criação de um sistema de incentivos (contratualização e avaliação).

3. Revisão do Sistema Retributivo para os médicos das três Carreiras, visando um maior reconhecimento, no plano salarial, da especificidade do trabalho médico e da sua elevada diferenciação técnico-científica, com a introdução, para além da remuneração-base, de um sistema de recompensa e de incentivos, tendo em conta a *melhoria da eficiência, da produtividade e da qualidade dos serviços prestados, na base de contratos-programa*, livremente discutidos e acordados pelos profissionais no seio das instituições.

◆ ACORDOS COLECTIVOS DE TRABALHO (ACT) E ACORDOS DE EMPRESA (AE)

Em todas as instituições públicas e privadas de saúde, o **SMZC** desenvolverá todo o seu esforço reivindicativo e capacidade negocial com objectivo de concretizar **ACT** e **AE**, em que os legítimos interesses e direitos dos médicos sejam adequadamente salvaguardados

C – LEGISLAÇÃO COM INTERESSE

Janeiro de 2007

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Ministério da Saúde – Diário da República nº 5, I Série de 8 de Janeiro de 2007	Decreto-Lei nº 5/2007	Altera o DL 100/2006 Medicina Geral e Familiar
Ministério do Trabalho –, Diário da República II Série de 10 de Janeiro de 2007	Despacho nº 456/2007	Define a composição da comissão de acompanhamento ...DL 28/2004 de 4 de Fevereiro na protecção social na doença
Ministério da Saúde, Diário da República nº 10, II Série de 15 de Janeiro de 2007	Despachos nº 725/2007	Incompatibilidade o exercício de funções dirigentes em entidades privadas...por profissionais do SNS
Ministério da Saúde, Diário da República nº 10, II Série de 15 de Janeiro de 2007	Despacho nº 727/2007	Altera as alin. c), d), e), do nº 2 do despacho nº 18459/2006 de 12 de Setembro...urgências
Assembleia da Republica, Diário da República nº 11, I Série de 16 de Janeiro de 2007	Lei nº 4/2007	Aprova as bases gerais do sistema de segurança social
Ministério das Finanças, Diário da República nº 13, I Série de 18 de Janeiro de 2007	Portaria nº 88/2007	Procede à revisão anual das remunerações dos funcionários públicos
Ministério do Trabalho, Diário da República nº 19, II Série de 26 de Janeiro de 2007	Despacho 1281/2007	Experiências piloto nas unidades de cuidados integrados
Ministério da Saúde, Diário da República nº 19, II Série de 26 de Janeiro de 2007	Despacho 10/2007	Adaptações ao regulamento (despacho normativo 9/2006) funcionamento das USF

FEVEREIRO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Ministério da Saúde– Diário da República nº 44, I Série A de 28 de Fevereiro de 2007	Portaria nº 168/2007	Altera os artigos 24 e 31 do DL 73/90 de 6 de Março – das carreiras médicas

MARÇO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Ministério das Finanças e da Administração Pública – Diário da República nº 50, I Série de 6 de Março de 2007	Decreto-Lei nº 50/2007	Estabelece as normas de funcionamento de execução do Orçamento de Estado de 2007

ABRIL de 2007

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Conselho de Ministros – Diário da República nº 80, I série de 24 de Abril	Resolução do CM nº 60/2007	Prorrogação por 2 anos da MSCP

MAIO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Diário da República nº 89, I série de 9 de Maio	Decreto-Lei nº 181/2007 de 9 de Maio	Regime sobre as justificações das faltas por doença e meios de prova

Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto-Lei nº 218/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica do Alto Comissariado da Saúde
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto-Regu- lamentar nº 65/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica do Secretaria Geral do Minis- tério da Saúde
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto-Regu- lamentar nº 66/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica do Direcção Geral da Saúde
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto-Regu- lamentar nº 67/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica da Au- toridade para os Serviços de Sangue e da Trans- plantação
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto - Lei nº 219/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto - Lei nº 220/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica do INEM, I.P.
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto - Lei nº 221/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica do IDT, I.P.
Diário da Republica nº 103, I série de 29 de Maio	Decreto - Lei nº 222/2007 de 29 de Maio	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I.P.

JULHO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Diploma/Data
Diário da Republica nº 146, I série de 31 de Julho	Decreto - Lei nº 276-A/2007 de 31 de Julho	Alteração do artigo 18º A do Estatuto do SNS.

AGOSTO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Diploma/Data
Diário da Republica nº161, I série de 22 de Agosto	Decreto - Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto	Ministério da Saúde. Aprova a orgânica das USF
Diário da Republica nº163, I série de 24 de Agosto	Lei nº 41/2007 de 24 de Agosto	Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS
Diário da Republica nº168, I série de 22 de Agosto	Lei 52/2007 de 31 de Agosto	Aprova o o regime geral da CGA ao regime da segurança social em matéria de aposentação e cálculo de pensões

OUTUBRO de 2007

Entidade	Diploma/Data	Diploma/Data
Diário da Republica nº201, I série de 18 de Outubro	Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro	Ministério da Saúde. Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços
Diário da Republica nº203, II série de 22 de Outubro	Despacho nº 24101/2007 de 22 de Outubro	Ministério da Saúde Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiares em três modelos de desenvolvimento, A, B e C.
Diário da Republica nº204, I série de 23 de Outubro	decreto-lei nº 352/2007 de 23 de Outubro	Ministério do Trabalho e Solidariedade Social Aprova a nova tabela nacional por acidentes de trabalho e doenças profissionais e revoga o DL 341/93

D – PARECERES JURÍDICOS

ANÁLISE DO D. L. 44/2007 DE 23 DE FEVEREIRO Diploma que alterou o D. L. 73/90

No seu preâmbulo, o D.L. 44/2007 para além de fazer a anunciada revisão das carreiras médicas estabeleceu a assunção de dois princípios que importa reter:

Para a Carreira de Clínica Geral o princípio da excepionalidade que deverá presidir à prestação do trabalho extraordinário.

Para a Carreira Hospitalar o princípio da liberdade para os médicos com horário de 35 horas semanais que passam a poder optar por fazer ou não trabalho extraordinário em serviço de urgência, acautelando, como diz a lei, necessariamente *“situações excepcionais de interesse público”*.

Nesse contexto, passamos a analisar as alterações introduzidas no D.L.73/90 pelo D.L.44/2007 de 23 de Fevereiro.

Carreira de Clínica Geral

Artigo 24º- ponto 3 (Na anterior redacção)

O médico que optasse pelo regime de dedicação exclusiva com horário de 42 horas/semanais, tinha de declarar essa opção perante o órgão máximo de gestão do serviço ou estabelecimento de saúde o qual se considerava automaticamente eficaz desde que, cumpridas as duas exigências contidas na lei, passasse sobre essa sua declaração um prazo de 60 dias.

Ou seja, o médico limitava-se a declarar a sua opção e não a requerer a atribuição do regime, e essa sua declaração de vontade produzia efeitos se sobre ela decorressem 60 dias sem oposição da Administração.

Agora, regressa-se à necessidade de formular um pedido. Condiciona-se esse pedido ao cumprimento de dois requisitos (aliás como antes acontecia) mas sujeita-se, sempre, tal pedido a autorização, por despacho, do órgão máximo de gestão do estabelecimento de saúde.

Acresce que, esse despacho, que a lei diz que tem de ser proferido no prazo máximo de 60 dias, deve ser objectivamente fundamentado com base no comprovado interesse para o serviço, e publicitado no local de Trabalho.

Duas questões se colocam:

1- Ao contrário das anteriores redacções desta norma, em que sempre se atribuiu expressa eficácia ao decurso do prazo, quer considerando tacitamente concedido (como era na versão original) quer automaticamente eficaz (na mais

recente que agora se revogou) aqui, na versão actual, não se atribuiu expressamente nenhum efeito a esse decurso.

Sabendo a forma pouco rigorosa como a Administração Pública encara os prazos que lhe são atribuídos para a prática dos actos da sua competência, é legítimo concluir que, ainda que não dito de forma expressa, o decurso do prazo, sem decisão, conduz necessariamente ao seu deferimento tácito nos termos do disposto no artigo 108 do CPA.

2- A lei refere a necessidade de fundamentação objectiva do despacho que reconheça o comprovado interesse para o serviço e consequentemente defira o pedido do médico.

Não obstante essa obrigação para os casos de deferimento, também, se a decisão for de indeferimento, entende-se que igual formalismo deve ser exigido.

Ou seja, o despacho de indeferimento deve ser objectivamente fundamentado e publicitado de idêntica forma.

Artigo 24 nº5

Antes:

A norma revogada previa a obrigatoriedade de prestação de trabalho extraordinário para todos os médicos independentemente do seu horário de trabalho (o número de horas é que diferia) em serviço de urgência e de atendimento permanente

Agora, estes médicos, devem igualmente prestar trabalho extraordinário na mesma proporção (12 ou 6 horas consoante o horário seja de 42 ou 35 horas) não em SU ou SAP mas sim “para garantir o regular funcionamento do centro de saúde”.

Outra diferença, reside na possibilidade que é dada aos médicos com horário de 35 horas, de a seu pedido e por um período mínimo de um ano serem dispensados desta prestação.

Note-se porem que:

Como se dizia supra, no preâmbulo do D.L.44/2007, invoca-se o princípio da liberdade para os médicos de 35 horas que segundo ali se refere, deixa, para estes de existir como anteriormente, a obrigatoriedade de prestar trabalho extraordinário.

Na verdade, em rigor, assim não é!

Com efeito a dispensa de trabalho extraordinário tem de ser pedida, o que pressupõe uma resposta da administração e não uma simples opção do médico.

Na ausência de prazo para a resposta estamos de novo perante a questão de saber quais as consequências que o médico deve retirar da ausência de resposta ao seu pedido.

Tendo presente, o referido principio da liberdade, entende-se que tal como aí está consignado a filosofia da norma é no sentido de dar ao médico o direito a essa opção, pelo que se entende que (na ausência de prazo previsto na

lei para a decisão) a manifestação da vontade do médico de ser dispensado da prestação desse trabalho, torna-se eficaz no momento da sua entrega à entidade a quem deva ser dirigida.

Recorde-se ainda que, sendo as 12 ou 6 horas extraordinárias utilizadas para garantir o regular funcionamento do centro de saúde, colocam-se questões relacionadas com as regras de organização do horário de trabalho previstas no D.L.259/98 de 18-08.

Com efeito, tal como se refere no seu artigo 13 *“o período normal de trabalho deve ser interrompido por um intervalo de descanso de duração não inferior a uma hora nem superior a duas de modo que os funcionários e agentes não prestem mais de cinco horas de trabalho consecutivo salvo no caso de jornada continua”*.

Por outro lado, de acordo com o Despacho do M.S. 17/90 (al. c/ do seu ponto 3) a jornada continua deve ser aplicada nos serviços de urgência e de atendimento permanente. O que não é o caso!

Carreira Hospitalar

Art.31 nº 3

As considerações proferidas em relação à actual redacção do nº 3 do artigo 24 reproduzem-se aqui.

Quanto ao nº 5 desta norma:

Estabelece-se aqui um período semanal máximo de doze horas de trabalho normal no serviço de urgência, convertíveis por acordo em vinte e quatro horas de prevenção.

Para além deste período devem, os médicos, prestar quando necessário, um período semanal máximo de doze horas de trabalhar extraordinário no serviço de urgência.

Na redacção anterior exigia-se o acordo do médico para a prestação de mais de doze horas de trabalho extraordinário, na presente redacção estabelece-se um limite de doze horas de trabalho extraordinário semanal, o que significa que com ou sem acordo do médico esse limite não deve ser ultrapassado.

É a materialização do princípio de excepionalidade que deverá presidir à prestação de trabalho extraordinário anunciada no prefácio do diploma.

Também aqui, à semelhança do que a lei dispõe no nº 5 do artigo 24º os médicos desta carreira com horário de 35 horas deverão a seu pedido serem dispensadas da realização de trabalho extraordinário se o pedido for feito pelo período mínimo de um ano.

Reproduzem-se aqui os argumentos apresentados no comentário ao artigo 5º sobre a matéria – pedido de dispensa.

Acrescenta-se aos argumentos então utilizados um novo, decorrente do preceituado no nº 7 desta norma.

Se por um lado, no prefácio se enuncia o já referido princípio da liberdade *“acautelando necessariamente situações excepcionais de interesse público”* por

outro, o nº 7 desta norma ao permitir que a dispensa seja diferida para um momento posterior quando a mesma inviabilize a prestação de cuidados de saúde, designadamente o funcionamento do respectivo serviço de urgência, coloca necessariamente em causa o referido princípio, já que permitindo o diferimento para momento posterior da dispensa nestas condições, levará a que na prática tal dispensa possa nunca ser concedida.

Tanto mais que o nº 8 vem acrescentar outras situações susceptíveis de justificar a suspensão da pretendida dispensa.

Quanto ao nº 2 do D.L. 44/2007:

Nele se prevê a possibilidade dos médicos da carreira hospitalar poderem ser chamados a prestar, quando necessário, um período semanal de doze horas de trabalho normal em outros estabelecimentos da rede de urgência se:

- o estabelecimento de origem não possuir serviço de urgência, ou serviço de urgência na especialidade respectiva
- não prejudique o regular funcionamento do serviço de urgência do estabelecimento de origem.

Como, no nº 1 da norma em análise se invoca a lei geral aplicável ao regime de mobilidade e porque aqui não se faz qualquer menção de limite territorial a essa mobilidade, há assim que ir procurar naquela lei as regras que irão nortear a mobilidade aqui prevista.

Assim, não havendo acordo do funcionário segundo a regra geral da mobilidade - que contudo comporta excepções - esta só pode ocorrer para serviço situado no concelho do seu serviço de origem ou da sua residência, ou, se estes se situarem nos concelhos de Lisboa ou Porto para serviço situado em concelhos confinantes com qualquer daqueles.

Refira-se ainda que, para além, do carácter obrigatório da mobilização, ela é ainda discricionária na medida em que, as duas condições que acima se enunciam e que constam da lei não são taxativas uma vez que o nº1 da norma ao enunciá-las utiliza o termo "*designadamente*" o que significa que, tais situações são meramente exemplificativas.

Não obstante, poder-se-á contudo concluir, que, "*a contrário*" se deverá inferir que, se o estabelecimento de origem possuir serviço de urgência na especialidade respectiva, ou se a mobilidade prejudicar o regular funcionamento desse serviço, tal mobilidade não deve ser permitida com invocação de qualquer outro fundamento.

Artigo 3º

Nº1 – al) a e al) b

Por estas normas é criada a regra do pagamento de trabalho extraordinário feita de forma diferente consoante se trate da 1ª à 7ª hora (inclusive), que será pago com base na remuneração correspondente ao regime de trabalho praticado para a respectiva categoria e escalão, e a partir da 8ª hora em que o pagamento será feito com base na remuneração correspondente ao regime

de trabalho de dedicação exclusiva com horário de 42 horas, para a respectiva categoria e escalão.

No nº 2 do citado nº 3

Dispõe este nº2 do artigo 3º que:

- Enquanto houver SAP nos centros de saúde, aplica-se aos médicos da carreira de clínica geral o disposto no artigo 31 com a nova redacção.

- Também a remuneração por trabalho extraordinário prestada nestas circunstâncias deve obedecer a nova regra criada pelas alíneas a) e b) do número anterior.

Ou seja:

1- Deixa de ser exigido o acordo do médico para prestar serviço de urgência nos hospitais (desde logo por efeito de alteração do ponto 5º do artigo 24).

2- Podem estes acordar prestar trabalho extraordinário na rede de serviços de urgência mediante autorização dos órgãos máximos de gestão dos estabelecimentos respectivos.

3- O pagamento deste trabalho obedece às mesmas regras impostas para os médicos de carreira hospitalar previstas no nº 2 do artigo 3º.

Coimbra, 24 de Maio de 2007

O Gabinete Jurídico do SMZC

BREVES REGRAS APLICÁVEIS A PESSOAL EM MOBILIDADE ESPECIAL (Lei nº 53/2006 de 7 de Dezembro)

Três fases:

1ª Fase de transição

Dura – 60 dias seguidos ou interpolados

Remuneração – Remuneração base mensal correspondente à categoria /escalão/ índice devidos

2ª Fase de requalificação

Dura – 10 meses

Remuneração – 5/6 da remuneração base

3ª Fase de compensação

Dura – tempo indeterminado

Remuneração – 4/6 da remuneração base

Quem estiver em alguma destas fases pode ser chamado a integrar um lugar em outro serviço situado:

- Concelho do seu anterior trabalho
- Concelho da sua residência
- Ou concelho confinante nos casos de Lisboa ou Porto
- Outro concelho nas condições do nº 6 do artigo 4.

Se faltar:

1ª Falta – redução de 10% da remuneração que estiver a receber

Recusa

Desistência

2ª Falta – redução de 20% da remuneração que estiver a receber

Recusa

Desistência

3ª Falta – redução de 30% da remuneração que estiver a receber

Recusa

Desistência

4ª falta – passagem à licença sem vencimento de longa duração

Recusa

Desistência

Licença extraordinária:

O pessoal que estiver na 2ª ou 3ª fase pode pedir licença extraordinária

Prazo – não pode ser inferior a 1 ano - Fixada caso a caso mediante o requerido

Remuneração:

• 70% da remuneração ilíquida auferida que auferiria se estivesse na fase respectiva (12 meses e não 14) durante cinco anos

• 60% do 6º ao 7º ano

• 50% a partir do 11º ano

Nota: este pessoal, bem como aquele que está em fase de transição e requalificação, desconta para a CGA com base na remuneração auferida ou se optar, com base na que auferiria se estivesse no exercício de funções.

O Gabinete Jurídico do SMZC

CONTACTE-NOS
smzc@fnam.pt

O QUE SE DEVE ENTENDER POR REGULAR FUNCIONAMENTO DO CENTRO DE SAÚDE?

(Nomeadamente na acessão do nº5 do artigo 24 do DL 73/90 com a redacção que lhe foi dada pelo DL 44/2007 de 23-02)

- Estarão os médicos das USFs abrangidos pelas obrigações impostas pela norma supra referida?

De acordo com o nº 1 do Despacho Normativo nº10/98 “ os centros de saúde asseguram o seu funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado ate às vinte e quatro horas diárias, incluindo sábados, domingos e feriados, em função do interesse público, das necessidades da população ou das características locais da área geográfica abrangida”.

Esta norma parece suficientemente clara quando estabelece a regra – os centros de saúde deverão funcionar normalmente entre as 8 e as 20 horas dos dias úteis e a excepção – o seu horário poderá contudo ser alargado até às 24 horas diárias e estender-se aos sábados, domingos e feriados.

A razão para as ARSs (entidades a quem está cometida esta competência pelo nº 4 deste diploma) optarem por este funcionamento normal alargado tem contudo de se basear em um (ou mais) dos três factores referidos na parte final do nº 1, ou seja:

- Interesse publico
- Necessidades da população
- Características locais da área geográfica abrangida.

As regras contidas neste despacho normativo foram corroboradas pelo artigo 9º do DL 157/99 de 10-05, que manteve no seu ponto 2, *ipis verbis*, o texto do nº 1 daquele Despacho.

Coisa diferente porém, do horário de funcionamento dos centros de saúde é o horário normal de trabalho dos médicos que, como é sabido, deve ser organizado entre as 8 e as 20 horas de segunda a sexta-feira e ainda, com carácter de excepção aos sábados das 9 às 13 horas.

Todo o trabalho que exceda estes limites deverá ser considerado extraordinário.

Este é o contexto normal em que deve ser feita a leitura do nº 5 do artigo 24 do DL 73/90.

Não obstante, levanta-se a questão (já anteriormente colocada no debate feito) de quais as situações clínicas consideradas agudas e que devem ter

resposta nos âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Mas esta é, como ali se diz, e bem, uma questão que corre à margem desta.

II – A resposta a dar à segunda questão deve procurar-se nas várias normas do DL 298/2007 de 27-08, nomeadamente:

- no ponto 2 do seu artigo 6 – “o compromisso assistencial das USF é constituído pela prestação de cuidados incluídos pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços de acordo com o Despacho Normativo nº 9/2006 de 16 de Fevereiro”.

- na alínea f do nº 4 da mesma norma – “o compromisso assistencial deve indicar – a articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde –” e – sobretudo,

- no nº 4 e 5 do seu artigo 10º que dispõe:

“4 – O período de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas nos dias úteis

5 - O período de funcionamento referido no número anterior pode ser objecto de redução ou alargamento de acordo com as características geodemográficas da área de cada USF, a dimensão das listas de utentes e o número de elementos que integram a equipa multiprofissional”.

Desta feita, o alargamento pode ser estabelecido até às 24 horas nos dias úteis e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados.

Coimbra 02 de Outubro de 2007
O Gabinete Jurídico do SMZC



CAPÍTULO II

CARREIRAS MÉDICAS

A — INTRODUÇÃO

B - DISPOSIÇÕES CONTIDAS NO DIPLOMA DA AP

C — ENQUADRAMENTO GERAL

D — DL 73/90 E SUA ACTUALIDADE

E — SISTEMA RETRIBUTIVO

F — ESTUDO DA FNAM (MGF)

G — REESTRUTURAÇÃO DA CARREIRA DE MGF — PROPOSTA

REVISÃO DAS CARREIRAS MÉDICAS

As Carreiras Médicas como garantia da qualidade dos Serviços de Saúde e a “Reforma dos Vínculos, Carreiras e Remunerações na Administração Pública”

A – Introdução

Por proposta do Governo, a Assembleia da República aprovou, em votação final global, no dia 18.10.07, a legislação relativa à “reforma dos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções pública”.

As Carreiras Médicas estão, naturalmente, abrangidas por este processo de reforma, colocando-se a urgente necessidade de proceder à definição, em termos gerais, das propostas negociais que deverão nortear a intervenção reivindicativa da FNAM.

Como o próprio nome indica, trata-se de uma reforma, ou seja, de um processo que parte de uma realidade já existente, que servirá de base às negociações a estabelecer durante o 1º semestre de 2008.

Deste modo, a discussão negocial com a delegação governamental terá de processar-se na base do actual diploma das carreiras médicas, D.L. n.º 73/90, com vista à sua revisão e natural adaptação à evolução do enquadramento do trabalho médico.

B – Disposições Contidas no Diploma da Administração Pública

Disposições contidas na diploma aprovado pela A.R. sobre a “Reforma dos vínculos, carreiras e remunerações” na Administração Pública, que possuem implicações mais directas para a revisão do diploma das Carreiras Médicas

– Artigo 9.º (Modalidades)

- A relação jurídica de emprego público constitui-se ainda por comissão de serviço quando se trate:

“Da frequência de curso de formação específico ou da aquisição de certo grau académico ou de certo título profissional antes do período experimental com que se inicia a nomeação ou o contrato, para o exercício de funções integrado em carreira, em ambos os casos por parte de quem seja sujeito de uma relação jurídica de emprego público por tempo indeterminado constituída previamente” (n.º4, alínea b)).

– Artigo 40.º (Integração em carreiras)

- Os trabalhadores nomeados definitivamente e contratados por tempo indeterminado exercem as suas funções integrados em carreiras.

- Artigo 41.º (Carreiras gerais e especiais)
 - São especiais as carreiras cujos conteúdos funcionais caracterizam postos de trabalho de que apenas um ou alguns órgãos ou serviços carecem para o desenvolvimento das respectivas actividades.
 - Apenas podem ser criadas carreiras especiais quando, cumulativamente:
 - a) os respectivos conteúdos funcionais não possam ser absorvidos pelos conteúdos funcionais das carreiras gerais.
 - b) os respectivos trabalhadores se devam encontrar sujeitos a deveres funcionais mais exigentes que os previstos para os das carreiras gerais.
 - c) para integração em tais carreiras, e em qualquer das categorias em que se desdobrem, seja exigida, em regra, a aprovação em curso de formação específico de duração não inferior a 6 meses ou a aquisição de certo grau académico ou de certo título profissional.
- Artigo 42.º (Carreiras unicategoriais e pluricategoriais)
 - Apenas podem ser criadas carreiras pluricategoriais quando a cada uma das categorias da carreira corresponde um conteúdo funcional distinto do das restantes.
 - O conteúdo funcional das categorias superiores integra sempre o das que lhe sejam inferiores.
- Artigo 43.º (Conteúdo funcional)
 - A cada carreira, ou a cada categoria em que se desdobre, corresponde um conteúdo funcional legalmente descrito.
 - O conteúdo funcional de cada carreira ou categoria deve ser descrito de forma abrangente, dispensando pormenorizações relativas às tarefas nele abrangidas.
- Artigo 44.º (Graus de complexidade funcional)
 - Em função da titularidade do nível habitacional em regra exigida para integração em cada carreira, estas classificam-se em 3 graus de complexidade funcional.
 - O grau 3, quando se exija a titularidade de licenciatura ou de grau académico superior.
 - O diploma que crie a carreira faz referência ao respectivo grau de complexidade funcional.
- Artigo 45.º (Posições remuneratórias)
 - A cada categoria corresponde um número variável de posições remuneratórias.
 - Nas carreiras pluricategoriais, o número de posições remuneratórias de cada categoria obedece às seguintes regras:
 - a) à categoria inferior corresponde um número mínimo de 8 posições remuneratórias.

b) a cada uma das categorias sucessivamente superiores corresponde um número proporcionalmente decrescente de posições remuneratórias por forma a que:

i. estando a carreira desdobrada em 2 categorias, seja de 4 o número mínimo das posições remuneratórias da categoria superior.

ii. estando a carreira desdobrada em 3 categorias, seja de 5 e de 2 o número mínimo das posições remuneratórias das categorias sucessivamente superiores.

iii. estando a carreira desdobrada em 4 categorias, seja de 6, 4 e 2 o número mínimo das posições remuneratórias das categorias sucessivamente superiores.

– Artigo 46.º (Alteração do posicionamento remuneratório: opção gestionária)

- Tendo em consideração as verbas orçamentais destinadas a suportar as despesas com o pessoal, o dirigente máximo do órgão ou serviço decide se, e em que medida, este se propõe suportar encargos decorrentes de alterações do posicionamento remuneratório na categoria dos trabalhadores do órgão ou serviço.

- A decisão fixa, fundamentadamente, o montante máximo, com as desagregações necessárias, dos encargos que o órgão ou serviço se propõe suportar, bem como o universo das carreiras e categorias onde as alterações do posicionamento remuneratório na categoria podem ter lugar.

- As alterações podem não ter lugar em todas as carreiras, ou em todas as categorias de uma mesma carreira ou ainda relativamente a todos os trabalhadores integrados em determinada carreira ou titulares de determinada categoria.

- A decisão é tornada pública por afixação no órgão ou serviço e inserção em página electrónica.

– Artigo 47.º (Alteração do posicionamento remuneratório: regra)

- Preenchem os universos definidos nos termos do artigo anterior os trabalhadores do órgão ou serviço, onde quer que se encontrem em exercício de funções, que, na falta de lei especial em contrário, tenham obtido, nas últimas avaliações do seu desempenho referido às funções exercidas durante o posicionamento remuneratório em que se encontram:

a) 2 menções máximas, consecutivas.

b) 3 menções imediatamente inferiores às máximas, consecutivas.

c) 5 menções imediatamente inferiores às referidas na alínea anterior, desde que consubstanciem desempenho positivo, consecutivas.

- Determinados os trabalhadores que preenchem cada um dos universos definidos, são ordenados, dentro de cada universo, por ordem decrescente da classificação quantitativa obtida na última avaliação do seu desempenho.

- Não há lugar a alteração do posicionamento remuneratório quando, não obstante reunidos os requisitos, o montante máximo dos encargos fixado para o universo em causa se tenha, previsivelmente, esgotado efectivamente com a alteração relativa a trabalhador ordenado superiormente.

- Há lugar a alteração obrigatória para a posição remuneratória imediatamente seguinte àquela em que o trabalhador se encontra, quando a haja, independentemente dos universos definidos, quando aquele, na falta de lei especial em contrário, tenha acumulado 10 pontos nas avaliações do seu desempenho referido às funções exercidas durante o posicionamento remuneratório em que se encontra, nos seguintes termos:

- a) 3 pontos por cada menção máxima.
- b) 2 pontos por cada menção imediatamente inferior à máxima.
- c) 1 ponto por cada menção imediatamente inferior à referida na alínea anterior, desde que consubstancie desempenho positivo.
- d) 1 ponto negativo por cada menção correspondente ao mais baixo nível de avaliação.

- Na falta de lei especial em contrário, a alteração do posicionamento remuneratório reporta-se a 1 de Janeiro do ano em que tem lugar.

- Artigo 48.º (Alteração do posicionamento remuneratório: excepção)

- Ainda que não se encontrem reunidos os requisitos previstos no n.º 1 do artigo anterior (2 menções máximas, 3 menções imediatamente inferiores e 5 menções imediatamente inferiores às anteriores), o dirigente máximo do órgão ou serviço, ouvido o Conselho Coordenador da Avaliação, pode alterar, para a posição remuneratória seguinte àquela em que se encontra, o posicionamento remuneratório de trabalhador em cuja última avaliação do desempenho tenha obtido a menção máxima ou a imediatamente inferior.

- Da mesma forma, o dirigente máximo do órgão ou serviço, ouvido o Conselho Coordenador da Avaliação, pode determinar que a alteração do posicionamento na categoria se opere para qualquer outra posição remuneratória seguinte àquela em que se encontra.

- As alterações do posicionamento remuneratório previstas no presente artigo são particularmente fundamentadas e tornadas públicas.

- Artigo 67.º (Componentes da remuneração)

- Na falta de lei especial em contrário, a remuneração dos trabalhadores que exerçam funções ao abrigo de relações jurídicas de emprego público é composta por:

- a) remuneração base.
- b) suplementos remuneratórios.
- c) prémios de desempenho.

- Artigo 68.º (Tabela remuneratória única)

- A tabela remuneratória única contém a totalidade dos níveis remuneratórios suscetíveis de ser utilizados na fixação da remuneração base dos tra-

balhadores que exerçam funções ao abrigo de relações jurídicas de emprego público.

- A alteração do número de níveis remuneratórios é objecto de negociação colectiva, nos termos da lei.

- A alteração do montante pecuniário correspondente a cada nível remuneratório é objecto de negociação colectiva anual, nos termos da lei, devendo, porém, manter-se a proporcionalidade relativa entre cada um dos níveis.

- Artigo 69.º (Fixação da remuneração base)

- Na identificação dos níveis remuneratórios correspondentes às posições remuneratórias das categorias observam-se, tendencialmente, as seguintes regras:

- a) Tratando-se de carreiras pluricategoriais, os intervalos entre aqueles níveis são decrescentemente mais pequenos à medida que as correspondentes posições se tornem superiores.

- b) Nenhum nível remuneratório correspondente às posições das várias categorias da carreira se encontra sobreposto, verificando-se um movimento único crescente desde o nível correspondente à primeira posição da categoria inferior até ao correspondente à última posição da categoria superior.

- c) Excepcionalmente, o nível correspondente à última posição remuneratória de uma categoria pode ser idêntico ao da primeira posição da categoria imediatamente superior.

- Artigo 73º (Suplementos remuneratórios/Condições de atribuição)

- São suplementos remuneratórios os acréscimos remuneratórios devidos pelo exercício de funções em postos de trabalho que apresentem condições mais exigentes relativamente a outros postos de trabalho caracterizados por idêntico cargo ou por idênticas carreira e categoria.

- Os suplementos remuneratórios estão referenciados ao exercício de funções nos postos de trabalho referidos na primeira parte do número anterior, sendo apenas devidos a quem os ocupe.

- São devidos suplementos remuneratórios quando trabalhadores, em postos de trabalho determinados nos termos do n.º 1, sofram, no exercício das suas funções, condições de trabalho mais exigentes:

- a) de forma anormal e transitória, designadamente as decorrentes de prestação de trabalho extraordinário, nocturno, em dias de descanso semanal, complementar e feriados e fora do local normal de trabalho.

- b) de forma permanente, designadamente as decorrentes de prestação de trabalho arriscado, penoso ou insalubre, por turnos, em zonas periféricas e de secretariado de direcção.

- Os suplementos remuneratórios são apenas devidos enquanto perdurem as condições de trabalho que determinaram a sua atribuição.

- Em regra, os suplementos remuneratórios são fixados em montantes pecuniários, só excepcionalmente podendo ser fixados em percentagem da remuneração base mensal.

- Os suplementos remuneratórios são criados e regulamentados por lei e, ou, no caso das relações jurídicas de emprego público constituídas por contrato, por acordo colectivo de trabalho.

– Artigo 74º (Prémios de desempenho/Preparação da atribuição)

- Tendo em conta as verbas orçamentais destinadas a suportar o tipo de encargos previstos no Artigo 7º (Orçamentação e gestão das despesas com pessoal), o dirigente máximo do órgão ou serviço fixa, fundamentadamente, o universo dos cargos e o das carreiras e categorias onde a atribuição de prémios de desempenho pode ter lugar, com as desagregações necessárias do montante disponível em função de tais universos.

– Artigo 75º (Condições da atribuição)

- Preenchem os universos definidos nos termos do artigo anterior os trabalhadores que, cumulativamente, exerçam funções no órgão ou serviço e, na falta de lei especial em contrário, tenham obtido, na última avaliação do seu desempenho, a menção máxima ou a imediatamente inferior a ela.

- Determinados os trabalhadores que preenchem cada um dos universos definidos, são ordenados, dentro de cada universo, por ordem decrescente da classificação quantitativa obtida naquela avaliação.

- Em face da ordenação referida no número anterior, e após exclusão dos trabalhadores que, nesse ano, tenham alterado o seu posicionamento remuneratório na categoria por cujo nível remuneratório se encontrem a auferir a remuneração base, o montante máximo dos encargos fixados por cada universo nos termos do artigo anterior, é distribuído, pela ordem mencionada, por forma a que cada trabalhador receba o equivalente à sua remuneração base mensal.

- Não há lugar a atribuição de prémio de desempenho quando, não obstante reunidos os requisitos no n.º 1, o montante máximo dos encargos fixado para o universo em causa se tenha esgotado com a atribuição de prémio a trabalhador ordenado superiormente.

- Os prémios de desempenho estão referenciados ao desempenho do trabalhador objectivamente revelado e avaliado.

– Artigo 76º (Outros sistemas de recompensa do desempenho)

- Nos limites do previsto no Artigo 7º, por lei e, ou, no caso das relações jurídicas de emprego público constituídas por contrato, por acordo colectivo de trabalho, podem ser criados e regulamentados outros sistemas de recompensa do desempenho, designadamente em função de resultados obtidos em equipa ou do desempenho de trabalhadores que se encontrem posicionados na última posição remuneratória da respectiva categoria.

- Os sistemas referidos no número anterior podem afastar a aplicação do previsto na presente secção.

- Artigo 91.º (Conversão dos contratos administrativos de provimento)
 - Os actuais trabalhadores em contrato administrativo de provimento transitam, em conformidade com a natureza das funções exercidas e com a previsível duração do contrato:
 - a) para a modalidade de nomeação definitiva, em período experimental.
 - b) para a modalidade de nomeação transitória.
 - c) para a modalidade de contrato por tempo indeterminado, em período experimental.
 - d) para a modalidade de contrato a termo resolutivo certo ou incerto.
 - No período experimental é imputado o tempo decorrido em contrato administrativo de provimento.

- Artigo 101.º (Revisão das carreiras e corpos especiais)
 - As carreiras de regime especial e os corpos especiais que subsistam são revistos no prazo de 180 dias.
 - Em qualquer caso, os diplomas de revisão definem as regras de transição dos trabalhadores.

- Artigo 112.º (Revisão dos suplementos remuneratórios)
 - Tendo em vista a sua conformação com o disposto no presente diploma, os suplementos remuneratórios que tenham sido criados por lei especial são revistos no prazo de 180 dias, por forma a que:
 - a) sejam mantidos, total ou parcialmente, como suplementos remuneratórios.
 - b) Sejam integrados, total ou parcialmente, na remuneração base.
 - c) Deixem de ser auferidos.
 - Quando, por aplicação do disposto no número anterior, os suplementos remuneratórios não sejam, total ou parcialmente, mantidos como tal ou integrados na remuneração base, o seu exacto montante pecuniário, ou a parte que dele sobre, continua a ser auferido pelos trabalhadores até ao fim da sua vida activa na carreira ou na categoria por causa de cuja integração ou titularidade adquiriram direito a eles.

C – ENQUADRAMENTO GERAL

As Carreiras Médicas têm constituído, nos seus 25 anos de existência legal, o instrumento decisivo para a garantia da qualidade do exercício profissional e, contribuindo decisivamente para a melhoria contínua da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Tratando-se de uma realidade pioneira no nosso país a nível dos sectores profissionais com formação superior, podemos verificar que as Carreiras

Médicas ao longo destes anos conseguiram acompanhar, no essencial, a evolução técnico-científica e adaptarem-se aos nossos desafios e às novas conjunturas.

No actual contexto de reforma global dos regimes de carreiras da Administração Pública, coloca-se a necessidade de elaborar um conjunto de princípios negociais enquadreadores da intervenção sindical em torno da revisão das Carreiras Médicas.

Nesse sentido, importa proceder desde já, à enumeração dos seguintes princípios que a FNAM defende em torno desta matéria:

1- As Carreiras Médicas preenchem todos os requisitos de “carreira especial” definidos pela legislação relativa à reforma das carreiras da Administração Pública.

Nesse sentido, e também devido à sua elevada diferenciação técnico-científica e ao seu delicado grau de responsabilidade, as Carreiras Médicas têm de constituir uma carreira especial no âmbito das novas designações previstas.

2- Defesa intransigente das Carreiras Médicas e da sua autonomia e independência técnica e profissional, qualquer que seja o vínculo laboral, defendendo que o futuro modelo-base de carreiras deve ser aplicado a todos os hospitais (**Hospitais SPA, EPE, futuros PFI, gestão privada**) e unidades de saúde do SNS ou que com ele tenham contrato, independentemente do regime jurídico ou modelo de gestão, de forma a garantir a qualidade da medicina prestada.

Assim, deverão constituir um dos parâmetros indispensáveis para os processos de auto-avaliação, avaliação externa e acreditação de qualquer estabelecimento de saúde.

3- A necessidade de salvaguardar uma exigente e objectiva avaliação dos conhecimentos técnico-científicos implica que a sua abordagem se processe com rigor e não seja objecto de interferências estranhas ao âmbito específico da profissão médica.

A actividade médica desenvolve-se, assim, em 2 níveis simultâneos: a contínua diferenciação formativa técnico-científica e o desempenho institucional e nas equipas. Deste modo, é indispensável consagrar dois sistemas de avaliação:

Carreiras independentemente do Estatuto Jurídico da Unidade de Saúde

3.1- Externo: avaliação de competências que irá conferir os diversos graus das Carreiras Médicas;

3.2- Interno: avaliação de desempenho que determinará ou não a progressão nas posições remuneratórias de cada categoria dentro da instituição.

A avaliação técnico-científica inter pares, implica que a Ordem dos Médicos e os seus Colégios de Especialidade, que possui um estatuto legal de organização para estatal e com funções delegadas pelo Estado, tenha uma clara intervenção na atribuição dos graus das carreiras à semelhança do que já acontece com a titulação única de especialista.

**Avaliação externa (técnica)
e interna (desempenho).**

4- As várias Carreiras Médicas (Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Hospitalar e de Medicina Legal), tal como acontece actualmente, têm de assentar numa estrutura básica, embora salvaguardando os aspectos específicos de cada uma delas, nomeadamente os conteúdos funcionais.

5- O conteúdo funcional de cada categoria terá de ser definido com rigor e em conformidade com a correspondente diferenciação formativa a nível técnico-científico.

6- A evolução em graus, expressão da diferenciação técnica, é indispensável para a progressão nas categorias e terá obrigatoriamente consequências remuneratórias.

7- Além das actuais 4 Carreiras Médicas existentes, deve ser criada a carreira de medicina do trabalho, visto que já existe um amplo conjunto de diplomas legais de cumprimento obrigatório a nível da higiene, segurança e saúde no local de trabalho e da constituição de serviços de saúde ocupacional nas unidades de saúde do SNS, onde a medicina do trabalho assume uma insubstituível relevância.

8- Defendemos que o desenvolvimento da carreira médica seja independente do exercício de cargos de gestão, seja nos hospitais ou nos centros de saúde.

9- Os médicos assistentes eventuais com contratos individuais de trabalho devem ser inseridos nas Carreiras Médicas automaticamente com a entrada em vigor do novo diploma.

D – MATÉRIAS DO D.L. N.º 73/90 QUE MANTÊM A SUA ACTUALIDADE, NA TOTALIDADE OU PARCIALMENTE

Existem diversos artigos do D.L. n.º 73/90 que mantêm, na totalidade ou parcialmente, a sua actualidade e cujo conteúdo deve ser integrado num futuro diploma.

Os assuntos abordados nesses artigos são os seguintes:

- Estruturação das carreiras (art.º 4.º).
- Exercício profissional (art.º 5.º).
- Os graus como habilitação profissional (art.º 6.º).
- Formação permanente (art.º 8.º).
- Processo de recrutamento e selecção (art.º 15.º).
- Perfil profissional do médico de clínica geral (art.º 16.º).

- Responsabilidade progressiva do médico de clínica geral (art.º 19.º).
- Relação personalizada médico-doente (art.º 20.º).
- Condições de exercício profissional na carreira de clínica geral (art.º 21.º).
- Perfil profissional do médico da carreira hospitalar (art.º 25.º).
- Recrutamento e selecção na carreira hospitalar (art.º 30.º).
- Perfil profissional do médico de saúde pública (art.º 33.º).
- Recrutamento e selecção na carreira de saúde pública (art.º 38.º).
- Graus e Categorias (vários artigos): durante o período de vigência legal do D.L. n.º 73/90, os actuais graus e categorias não constituíram qualquer obstáculo ao desenvolvimento das carreiras. A sua estrutura e as designações acompanham, nos aspectos essenciais, a própria terminologia adoptada nos países europeus mais desenvolvidos.
- Promoção e progressão (art.º 12º): a promoção e progressão devem continuar a processar-se a nível vertical/progressão (graus e categorias) e horizontal/evolução (posições remuneratórias), dependem sempre de avaliação das capacidades do profissional.
- Regimes de Trabalho (art.º 9º): os actuais regimes de trabalho das Carreiras Médicas têm revelado a sua adequação às exigências do funcionamento dos serviços, devendo por isso, manter-se os actuais regimes de 35 horas semanais e de dedicação exclusiva, devendo passar a carga horária semanal da dedicação exclusiva para as 40 horas com o horário limite semanal de 48 horas, excepto da carreira de Saúde Pública.
- Há ainda a referir que o D.L. n.º 73/90 já prevê o regime de trabalho a tempo parcial que veio, posteriormente, a ser legislado para o âmbito global da Administração Pública. Consideramos que, nos termos legais em vigor, este regime deve ser concedido em função de pedido do médico interessado.
- Continuamos a defender o contemplado no DL n.º 73/90, em que os médicos com mais de 50 anos de idade deverão ser dispensados, a seu pedido, da realização de trabalho nocturno, assim como, aos médicos com idade superior a 55 anos, deverá ser concedida, a dispensa da prestação de serviço de urgência. Assim como se deve manter, a possibilidade de a partir dos 55 anos de idade, redução do horário de trabalho em 1 hora semanal por cada ano de serviço a mais.
- Na carreira de saúde pública, o regime de trabalho deve manter a inerência da disponibilidade permanente com a correspondente majoração salarial.

E – SISTEMA RETRIBUTIVO

1. Introdução

O quadro remuneratório em vigor não tem em conta o elevado grau de responsabilidade desta profissão, nem as contínuas e inadiáveis necessidades de contínua formação técnico-científica.

Devido á notória carência de efectivos em diversas especialidades, um importante número de médicos está confrontado com a exigência permanente de cumprimento de uma substancial carga de horas extraordinárias durante todo o ano.

O recurso sistemático, por imposição dos serviços, a esta importante carga horária suplementar tem determinado, para esses médicos, uma dissimulação das baixas remunerações existentes nas várias categorias das carreiras médicas.

O facto de o chamado “Relatório Fábrica” ter diagnosticado que o leque salarial das carreiras médicas é um dos mais baixos de toda a Administração Pública.

O relatório assume, de forma expressa, que a única experiência nesta matéria até hoje implementada na Administração Pública do nosso país foi o Regime Remuneratório Experimental (RRE) da Clínica Geral.

O relatório, nas suas páginas 136 e 137, destaca com uma das suas principais recomendações o aumento do leque salarial em várias carreiras, sublinhando que a retenção e aquisição de profissionais altamente qualificados devem ser encaradas com uma necessidade estratégica em alguns sectores.

Seguramente que a saúde é um desses sectores, sendo óbvio que a retenção e aquisição desses profissionais dependem, entre outros aspectos, de uma política salarial consentânea com a sua alta qualificação e diferenciação.

Outro aspecto a merecer particular destaque refere-se à questão das remunerações globais com ligação ao desempenho profissional. O relatório assume, de forma expressa, que a única experiência nesta matéria até hoje implementada na Administração Pública do nosso país foi o Regime Remuneratório Experimental (RRE) da Clínica Geral. Esta medida inovadora, que foi objecto de sucessivas avaliações por parte de entidades oficiais, partiu da iniciativa dos médicos e foi defendida pela **FNAM** no plano da negociação com o Ministério da Saúde em 1998.

2. Princípios gerais

Um sistema misto assente em três componentes:

2.1. Remuneração-Base, incluindo subsídio de férias e de natal.

Quanto às remunerações-base, importa ter presente que, no conjunto das 3 categorias, existem actualmente 15 escalões salariais. A legislação aprovada sobre a reforma das carreiras da Administração Pública estabelece que, no caso de uma carreira com 3 categorias, devem existir, no **mínimo**, 15 “posições remuneratórias”.

Em suma, o facto de estar estabelecido um número mínimo, significa que pode existir um número superior de posições remuneratórias nessa categoria, posição que a FNAM também defende.

2.2. Suplementos remuneratórios

Continuamos a defender a existência de suplementos remuneratórios, actualmente definidos no D.L. n.º 73/90 (director de departamento, director de

serviço e chefe de equipa de urgência), além da necessidade de adaptação às outras carreiras, nomeadamente à carreira de medicina geral e familiar, criando-se a figura de “Coordenador de função” em determinadas áreas de actividade para-assistenciais importantes ao exercício da MGF (ex. coordenador de internato, formação contínua, unidade funcional, etc) e de Saúde Pública (ex. Autoridade de Saúde).

Remuneração base
Suplementos Remuneratórios
Sistema de Incentivos
(Desempenho)

Concordamos que esses suplementos remuneratórios sejam fixados em montantes pecuniários fixos e devem corresponder a uma função complementar à actividade clínica.

2.3. Sistema de Incentivos

Defendemos, a exemplo do que estava legislado para os Centros de Responsabilidade Integrados (Hospitais) e à semelhança do regime retributivo do modelo B de USF (MGF), a introdução obrigatória de um sistema de incentivos e de desempenho (3 eixo da carreira), inserido no projecto de contrato-programa, onde deverá estar enunciado os critérios de aplicação e distribuição, tendo por referência a melhoria da produtividade, da eficiência, da efectividade e da qualidade dos cuidados prestados.

Devem constituir modalidades do sistema de incentivos:

- Melhoria das condições de trabalho;
- Participação em acções de formação e de estágios;
- Apoio à investigação;
- Prémios de desempenho.

O sistema de incentivos e de desempenho deve ser objecto de cuidadosa regulamentação, visto que essa nova prática, constituindo uma matéria delicada e susceptível de potenciais distorções, necessita de uma rigorosa e transparente abordagem. Os parâmetros definidores devem ser claros e objectivos, eliminando ao máximo as arbitrariedades de cálculos, tendo que se basear em claros indicadores de produtividade e de cumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados.

A abordagem deste modelo ligado ao desempenho deve ser objecto, naturalmente, de discussão e negociação sindical.

smzc@fnam.pt

F – ESTUDO DA FNAME REVELA

Médicos de Família querem remuneração ligada ao desempenho

A maioria dos médicos de família concorda com a introdução do princípio da discriminação positiva ligada ao desempenho. Esta é uma das principais conclusões do estudo realizado por Bernardo Vilas Boas, da Comissão de Medicina Geral e Familiar (MGF) e por Susana Carvalho, do conselho nacional da Federação Nacional de Médicos (FNAME), intitulado *carreiras médicas: a opinião dos médicos de família*. O estudo permite ainda verificar que embora a maioria esteja de acordo com as actuais categorias de assistente, assistente graduado e chefe de serviço e com os graus de generalista e consultor, existe uma percentagem significativa que aponta para a necessidade de aperfeiçoar o DL 73/90, promovendo uma ampla participação dos médicos de família.

A reforma dos CSP introduz um novo modelo organizativo centrado numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa, funcional e técnica e um novo sistema retributivo sensível ao desempenho. Por outro lado, o governo pretende alterar o regime das carreiras médicas, estabelecido pelo DL n.º 73/90. Neste contexto de mudança, a Comissão Nacional de MGF da FNAME decidiu avaliar a opinião dos médicos em relação à carreira médica actual e perspectivas futuras, através de um questionário de auto-preenchimento em que foram incluídas questões relativas à motivação profissional, satisfação com a actual carreira, progressão (grau e categoria), regras de recrutamento e selecção, carga horária e remuneração.

Ao inquérito, divulgado no XXIV Encontro Nacional de Clínica Geral e disponibilizado no site da FNAME, entre 15 de Fevereiro e 13 de Abril deste ano, responderam 181 médicos de família – 59% do sexo feminino e 41% do sexo masculino.

Aproximadamente 63% situa-se na faixa etária compreendida entre os 50 e os 59 anos, pelo que se compreende que a maioria dos inquiridos sejam assistentes graduados (57%) ou chefes de serviço (21%). A percentagem de internos ronda os 12%.

No que se refere à situação laboral, cerca de 75% pertence aos quadros do Ministério da Saúde (74,6%) e trabalha em regime de 42 horas (78,5%), em unidades de saúde convencionais (75,1%). Regimes Remuneratórios Experimentais (15,5%) ou unidades de saúde familiar (9,4%).

Embora se trate de uma amostra de conveniência, “que não pode ser tomada como representativa do universo profissional da Medicina Geral e Familiar”, os autores sublinham o seu importante significado, “não só porque se trata do primeiro estudo com este conjunto de objectivos mas também porque se realiza numa altura muito próxima da data prevista para o início da negociação das carreiras médicas”.

Insatisfação ao nível da progressão na carreira

De acordo com os resultados do inquérito, a realização pessoal e profissional, aliada ao desempenho organizacional, são as dimensões mais valorizadas pelos médicos em termos de motivação e satisfação profissional. Todavia, 44,3% mostram-se *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com as hipóteses de progredir na carreira. Esta insatisfação indica, na opinião dos autores do estudo, “a necessidade de actualização do DL 73/90, reconhecida desde há alguns anos pela FNAM”.

Mais especificamente, Bernardo Vilas Boas, assinala que “em Portugal possuímos um sistema de estruturação das carreiras ímpar a nível internacional e é importante que isso seja reconhecido”.

Todavia, “o estudo demonstra que os médicos de família pretendem que sejam introduzidas alterações no sentido de uma maior adequação à realidade actual”.

No que se refere às actuais categorias, graus, meios de recrutamento e selecção, a maioria relativa dos inquiridos concorda com as categorias de assistente, assistente graduado e chefe de serviço (47%) e com os actuais graus de generalista e consultor (44%). No entanto, há um número significativo que discorda (37% e 25%, respectivamente) ou que não tem opinião.

44,3% mostram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos com as hipóteses de progredir na carreira. Esta insatisfação indica, na opinião dos autores do estudo, “a necessidade de actualização do DL 73/90, reconhecida desde há alguns anos pela FNAM

De acordo com os autores, “embora estas respostas possam estar relacionadas com a forma como está estruturada e garantida a carreira de MGF no DL 73/90, mais uma vez se indicia a necessidade da sua adequação à realidade actual, volvidos 17 anos”, o que se confirma nas múltiplas propostas de mudança dos que não concordam com as actuais categorias. Destes, 42% propõem “a eliminação das categorias actuais, com progressão a cada cinco anos através de um processo de avaliação de competência inter-pares”. Cerca de 28% defendem a eliminação da categoria de chefe de serviço e a criação de mais escalões na categoria de assistente graduado, o que, de acordo com Bernardo Vilas Boas, “pode estar relacionado com as limitações existentes no acesso para chefe de serviço”. Por último, 16% propõe a criação da nova categoria de assistente graduado principal.

As conclusões do estudo estão a ser consideradas ao nível da Comissão de MGF da FNAM. A proposta sobre a carreira de MGF, já aprovada por ocasião do VI Congresso, onde foram apresentados os resultados preliminares desta investigação – continuará a ser levada à discussão dos médicos de família, nos seus locais de trabalho.

É de prever que as negociações com a tutela tenham início em Janeiro de 2008, pelo que muito trabalho tem de ser realizado até ao final do ano, a vários níveis, das Comissões e dos Sindicatos que integram a FNAM, sendo a última palavra, a do Conselho Nacional FNAM, que vai reunir no dia 17, mais uma vez, tendo como tema principal as carreiras médicas, as quais deverão manter princípios comuns, apesar das suas especificidades.

Médicos defendem sistema que premeie contributo individual e da equipa

Dos inquiridos, 42,9% considera as 40 horas como o horário de trabalho mais conveniente para a carreira médica e 76,2% concorda com a introdução do princípio da discriminação positiva ligada ao desempenho. Este dado é de capital importância se atendermos ao facto de 60,2% dos médicos, quando questionados relativamente à adequação do vencimento ao trabalho que executam, se declararem *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos*. De facto, do total dos inquiridos, apenas 33% afirmam estar *satisfeitos* ou *muito satisfeitos*.

Numa análise por sub-grupos, verifica-se que a insatisfação aumenta com a idade. Acima dos 35 anos, alcança os 63,4%, com excepção dos médicos que, no momento da realização do inquérito, integravam Regimes Remuneratórios Experimentais (RRE).

Entre aqueles que concordam com a discriminação positiva ligada ao desempenho para efeitos da remuneração, 79,3% defendem um sistema que premeie o contributo individual e da equipa, 17% um sistema que premeie só o contributo individual e 3,7% opina que apenas deve ser considerado o desempenho da equipa, na sua globalidade.

As opções são ainda mais claras quanto aos factores que devem condicionar a evolução na carreira, com uma imensa maioria a defender que se considere a avaliação do desempenho individual (97,7%) e de conhecimentos (81,8%), a formação e actualização profissional (85,5%) e a contribuição para os resultados da organização (87,6%). Nesta matéria, apenas não se enquadram as funções de docência e investigação, bem como o exercício de cargos de direcção, para as quais podem ser encontradas outras formas de compensação, o que vem de encontro à proposta de criar a figura de *coordenador de função*, apresentada no último congresso da FNAM.

discriminação positiva ligada ao desempenho para efeitos da remuneração

Bernardo Vilas Boas faz notar que este sistema de avaliação “corresponde, em parte, ao que está legislado para as USF de Modelo B, assente na experiência dos RRE nos últimos sete anos”. O facto de ser defendido pela generalidade dos médicos, “vai permitir que a Comissão de MGF da FNAM possa vir a propor o alargamento desta forma de remuneração a todos os médicos de família”.

Maioria dos inquiridos refere o horário de 40 horas como o mais conveniente

No total, o questionário integra 16 perguntas (8 de resposta fechada, duas de resposta aberta para comentários/sugestões e seis combinadas. Uma delas dizia respeito ao horário de trabalho, com 42,9% dos inquiridos a apontarem as 40 horas como o mais conveniente para a carreira médica e 32% as 35 horas.

A obrigatoriedade de realizar 6 a 12 horas extraordinárias no Serviço de Urgência/Serviço de Atendimento Permanente era motivo de insatisfação para a

maioria (40,4%). Apesar de 36% se terem declarado *indiferentes*, Bernardo Vilas Boas sublinha que “este resultado vem de encontro às recentes alterações ao DL 73/90, que puseram fim a essa obrigatoriedade. A realidade ainda é bem diferente do que já está consignado legalmente, mas fica à responsabilidade de todos a sua aplicação”.

55,6% mostram-se satisfeitos com o acesso às novas tecnologias

A situação empiricamente conhecida de grandes disparidades nos centros de saúde, quanto a instalações e equipamentos ou ao acesso às novas tecnologias, é outro ponto reflectido no estudo. A percentagem de médicos *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* com as instalações (49,7%) aproxima-se dos *satisfeitos* ou *muito satisfeitos* (46,9%), o que reflecte bem as assimetrias registadas de Norte a Sul do país. Quanto ao acesso às novas tecnologias da comunicação, a satisfação (55,6%) ultrapassa o descontentamento (40,6%), o que estará certamente relacionado com a informatização dos centros de saúde.

Uma das últimas questões, relacionada com a possibilidade de integração dos médicos numa USF apresenta resultados menos claros. De acordo com o inquérito, 40,8% dos médicos mostravam-se *satisfeitos* ou *muito satisfeitos*, 33,6% *insatisfeitos* ou *muito insatisfeitos* e 25,7% *indiferentes*. No inquérito não fica muito claro se estes resultados exprimem algum desacordo com as USF ou com as possibilidades reais de se integrarem desacordo ou a percepção em termos de alguma dificuldade para se integrarem candidaturas para a formação de unidades de saúde familiar. Os autores sublinham que o questionário foi aplicado num momento em que as USF estavam a dar os primeiros passos e a ausência de legislação específica levantava ainda muitas dúvidas entre os médicos de família. “A criação das USF tem sido acompanhada de um processo evolutivo do próprio conhecimento e da informação”, diz Bernardo Vilas Boas. “Provavelmente, se o questionário fosse aplicado hoje, os resultados seriam diferentes”.

Salvo nesta questão, os resultados do inquérito são muito claros. Nomeadamente, no que se refere à criação da figura do director clínico nos futuros centros de saúde reconfigurados, onde as percentagens são contundentes: 76% dos médicos são a favor.

A criação das USF tem sido acompanhada de um processo evolutivo do próprio conhecimento e da informação”, diz Bernardo Vilas Boas. “Provavelmente, se o questionário fosse aplicado hoje, os resultados seriam diferentes

Médicos mais jovens revelam falta de conhecimento sobre a carreira

De acordo com os autores, “este estudo abre perspectivas em relação ao que podem ser as grandes linhas de orientação para a definição da carreira médica de MGF, ao mostrar um acordo claro quanto a alguns aspectos que estão já a ser introduzidos com a reforma dos CSP”. No entanto, fazem notar

que as negociações que se avizinham vão ser duras. Ora, os resultados do inquérito denotam “alguma falta de informação sobre a carreira actual, particularmente dos médicos internos e com menos de 35 anos”. E isso comporta riscos, “na medida em que, não conhecendo bem o DL 73/90, há o risco de não haver motivação para defender os seus importantes aspectos positivos e para inovar naquilo que é indispensável”.

Nomeadamente, Bernardo Vilas Boas assinala que, “com a multiplicação dos contratos individuais de trabalho, os médicos mais jovens denotam algum pessimismo em relação à possibilidade de continuarmos a ter uma carreira médica. Esse pessimismo é alimentado pelo facto de não conhecerem a história da luta dos médicos em defesa da nossa carreira e as garantias que o DL 73/90 oferece”. Por esse motivo, o médico alerta para a necessidade de os médicos se informarem e participarem. Na sua opinião, “só com o apoio e a mobilização dos médicos de família conseguiremos evitar o risco de perder direitos adquiridos, consagrados no diploma”.

G – CONGRESSO DA FNAM

Reestruturação da Carreira de Medicina Geral e Familiar

I. Princípios Gerais – A Carreira de Medicina Geral e Familiar

1 – Carreira como processo de formação contínua e garantia de qualidade.

2 – Carreira única, nacional, dependente do Ministério da Saúde e independente do regime jurídico ou modelo de gestão do Centro de Saúde ou Unidade Local de Saúde e vínculo laboral do médico.

3 – Início da carreira (especialista/titulação única) com início da actividade/provimento.

4 – Sistema de progressão horizontal e vertical.

5 – Épocas fixas de exame com avaliação sempre abertas.

6 – Sistema de avaliação (interno e externo) com selecção baseada em critérios nacionais, objectivados e publicitados, definidos por uma comissão integrando: OM, Sindicatos, Faculdades, APMCG e MS.

7 – Avaliação sempre inter pares.

8 – Na progressão horizontal (desenvolvimento profissional contínuo):

– Um sistema de autoavaliação, tipo diploma de mérito da APMCG.

– Processo documental sujeito a audição, com necessidade de evidência de formação em áreas fundamentais da MGF.

- Progressão de 3/3 anos com avaliação positiva.
- Processo interno a nível de CS.
- Progressão máxima até índice 175 com 36 anos de serviço.

Especialista

Horizontal 3/3 años



VI Congresso
FNAM
Carreiras Médicas
Garantia de Qualidade
dos Serviços de Saúde
Hotel Tuela Porto
13|14|15
Abril **2007**

25 *vigésimo quinto aniversário*
Sindicato dos Médicos do Norte

9 – Na progressão vertical (avaliação externa):

- Voluntária.
- Não sujeita a provimento e independente de vagas ou quotas.
- Existência de 4 graus com progressão de 6/6 anos.
- Com avaliação de conhecimentos, aptidões, atitudes e desempenho.
- Processo documental e auditável.
- Processo a nível nacional.

10 – Na avaliação vertical

– Exame para “consultor” ao fim de 6 anos de permanência na carreira e passagem para o índice 140. Possibilidade de progressão horizontal até ao índice 185;

– Exame para “consultor graduado” ao fim de 6 anos no grau de consultor e passagem ao índice 160. Possibilidade de progressão até ao índice 195.

– Exame para “consultor principal”, após 6 anos de “consultor graduado”. Passagem ao índice 180. Possibilidade de progressão até índice 205.

11 – Criação da figura de “Coordenador de função”

– Função complementar à actividade clínica e passível de ser contabilizada na progressão vertical.

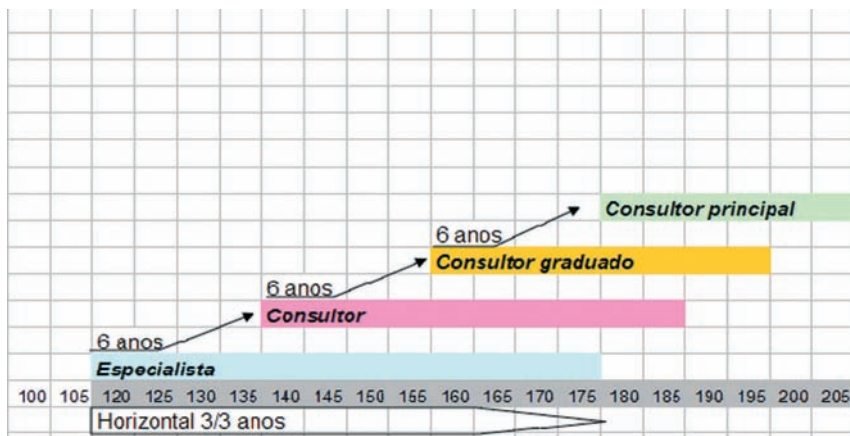
– Suplemento remuneratório de 30%.

– Função de coordenação em determinada área relacionada com actividades *para-assistenciais* importantes ao exercício da MGF (Coordenação de internato, de formação contínua e investigação; Coordenação de unidade funcional; Coordenação de processo de qualidade; etc.).

– Acesso por candidatura e mandato de 3 anos.

– Candidaturas com programa / projecto a avaliar pela Direcção Clínica do C.S.

– Quotas por áreas de actividade *para-assistencial*.



II. Princípios Gerais – Sistema Retributivo

- 1 - Sistema Misto assente:
 - Em competências (Graus / Avaliação externa);
 - Antiguidade (Escala versus Sistema de avaliação contínua);
 - Desempenho (qualitativo e quantitativo).
- 2 - Três componentes:
 - 2.1-Remuneração-base, incluindo subsídio de férias e de natal;
 - 2.2-Suplementos;
 - 2.3-Incentivos ao desempenho.
- 3 – Componentes / Carga de trabalho suplementar:
 - Ponderação da Lista (estrutura etária);
 - Domicílios;
 - Actividades Específicas (SM, PF, SI, HTA, DM e outras);
 - Carteira Adicional e Alargamento de horário.
- 4 – Sistema de Incentivos ao Desempenho:
 - Inserido no Contrato-Programa da unidade funcional;
 - Critérios de aplicação e distribuição;
 - Melhoria da produtividade, eficiência, efectividade e da qualidade dos cuidados prestados.
- 5- O novo sistema retributivo disponível brevemente para os profissionais inseridos em USF modelo B, deverá estar acessível para todos os médicos que optem por esse modelo, sem suma não é admissível a existência de quotas.

III. Outras condições necessárias:

- Criação de Direcção Técnica (garantia de qualidade dos cuidados);
- Criação de unidades funcionais (centros de resultados e de custos) em todos os Centros de Saúde consoante as missões de cada unidade;
- Contratualização interna obrigatória;
- TIC (sistema de apoio à informação, conhecimento, comunicação, decisão, gestão e avaliação);
- Política coerente de recursos humanos;
- Os médicos de Família não integrados na carreira, designadamente com contrato individual de trabalho, são integrados na carreira de MGF;
- Formação médica contínua:

INFORME-SE EM
www.fnam.pt/smzc

- É um Dever e Direito dos Médicos e um direito dos Utentes;
- O Plano de Formação Contínua de cada médico é uma decisão individual em contexto de unidade funcional;
- Necessidade de criar um sistema de acreditação da formação.

A FNAM Defende - RESUMO

A FNAM, continua a defender que a reforma das carreiras médicas deve obedecer a um triplo movimento:

1. Defesa intransigente das Carreiras Médicas e da sua autonomia e independência técnica e profissional, qualquer que seja o vínculo laboral, defendendo que o futuro modelo-base de carreiras deve ser aplicado a todos os hospitais e unidades de saúde do SNS ou que com ele tenham contrato, independentemente do regime jurídico ou modelo de gestão, de forma a garantir a qualidade da medicina prestada.

2. Estruturação geral das Carreiras baseada numa estrutura piramidal por categoria profissional, progressão na vertical (categorias) e evolução na horizontal (escalões), qualquer progressão sempre sujeita a avaliação inter pares, e uma remuneração assente em competências (avaliação externa - graus), no desempenho (avaliação interna), e um terceiro eixo baseado na criação de um sistema de incentivos (contratualização e avaliação).

3. Revisão do Sistema Retributivo para os médicos das três Carreiras, visando um maior reconhecimento, no plano salarial, da especificidade do trabalho médico e da sua elevada diferenciação técnico-científica, com a introdução, para além da remuneração-base, de um sistema de recompensa e de incentivos, tendo em conta a *melhoria da eficiência, da produtividade e da qualidade dos serviços prestados, na base de contratos-programa*, livremente discutidos e acordados pelos profissionais no seio das instituições.

2008
ANO DA DISCUSSÃO
DAS CARREIRAS MÉDICAS
– PARTICIPE
– ESTEJA ATENTO

INFORME-SE EM WWW.FNAM.PT

CAPÍTULO III

REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A — REESTRUTURAÇÃO DOS CENTRO DE SAÚDE E AS USF

B — NOVO CENTRO DE SAÚDE

C — SAÚDE PÚBLICA — OS DEUSES DEVEM ESTAR LOUCOS?!

D — POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

E — NOTA À IMPRENSA

A – REESTRUTURAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E AS USF

A “Mudança e os Obstáculos”

João Rodrigues

Especialista em MGF na USF Serra da Lousã

Membro da MCSP

Desde o dia 12 de Janeiro de 2006, dia da publicação oficial da brochura “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP” e do respectivo sítio da Missão (www.mcsp.min-saude.pt) que se ouvem (e bem) vozes preocupadas com o futuro dos Centros de Saúde (CS). As USF vão acabar com os CS? E, então, quando é que sai nova legislação para os CS? Quando é que os CS vão passar a ter autonomia e as mesmas oportunidades que as USF? E, o que acontece aos profissionais que não querem aderir às USF?

Tudo questões importantes e que continuam por esclarecer devidamente, atendendo ao atraso na reestruturação da nossa Administração e criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Passado quase dois anos, urge tentar abordar os naturais obstáculos, a resistência interna, a contra-informação e os passos dados.

Os Futuros ACES

No Programa do actual Governo afirma-se explicitamente que os cuidados de saúde primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde e que os CS são a base institucional dos CSP.

Cumprindo o seu programa eleitoral, o Governo represtinou o DL nº157/99 e publicou o DL nº88/2005, decreto que está em vigor e suporta legalmente a reforma dos actuais CS.

Essa legislação, DL dos CS de 3ª. Geração, foi a base para a construção do novo projecto de ACES como serviços públicos de saúde com autonomia técnica e administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais CS que devem assentar em pequenas unidades prestadoras de cuidados: Unidades de Saúde Familiar, Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Saúde Pública e Unidades de recursos assistenciais partilhados.

Cada unidade referida no ponto anterior dispõe de autonomia de gestão técnico-assistencial, identificando-se como um centro de produção e de custos no âmbito do plano e orçamento global do ACES, e funcionando em articulação com as demais unidades.

Por sua vez, cada ACES deve dispor de Director Executivo, um Conselho Técnico e um Conselho da Comunidade cuja composição flexível deve abarcar a participação dos agentes e parceiros verdadeiramente interessados em apoiar e contribuir para o bom funcionamento dos serviços, evitando que

estes conselhos se transformem em meros órgãos de fachada e todos os ACES devem ter um Gabinete do Cidadão e uma Unidade de apoio à Gestão. De salientar que a autonomia se repercute num contrato-programa anual, pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução.

Logo, a 1ª. Conclusão a retirar é que os CS constituem um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, mas também modernizar e desenvolver, porque continuam a ser o meio mais acessível e eficiente para proteger e promover a saúde da população. Alguém tem dúvidas sobre esta questão?

A MCSP, logo no início de 2007 colocou no seu sítio um documento com as linhas gerais para a criação dos ACES. Depois, em parceria com o Instituto de Direito do Trabalho da Universidade de Coimbra e com o GANEC da Universidade Nova de Lisboa, construiu o projecto de Decreto-Lei que foi apresentado publicamente em Viseu, 12 de Junho de 2007, aguardando-se que o dito projecto ultrapasse os obstáculos naturais até chegar ao Diário da República.

Os Recursos Humanos e as Lideranças

Já vimos que a mudança que nos é pedida incide sobre vários aspectos da nossa organização: a sua estrutura (novas unidades operativas, USF, entre outras), a redefinição de tarefas (ex. novas funções para as SRS, maior responsabilidade dos CS, etc), reengenharia nos processos de trabalho em equipa (maior autonomia e responsabilidade, e consequente avaliação e discriminação positiva), aumentar a participação dos utentes e dos profissionais nas decisões colectivas e mudanças nos comportamentos dos actores locais, regionais e sub-regionais (*as SRS desaparecem do próximo organigrama do MS*).

Para que isso seja real, nomeadamente o desaparecimento da estrutura intermédia, leia-se SRS, será necessário de uma forma organizada e planeada desburocratizar e modernizar os procedimentos nos CS. É necessária maior flexibilidade organizativa e de gestão, mais trabalho em equipa, mais autonomia e responsabilização e uma nova cultura de contratualização e de avaliação inter pares.

Mas, para que isso aconteça todos sabemos que não basta legislar. A subordinação e hiper burocratização dos CSP é inquestionavelmente um péssimo modelo organizativo, mas está extremamente incrustado nas mentalidades e como tal nada fácil de corrigir.

Portanto, as mudanças não se efectuam só porque são necessárias ou porque alguém decide criar uma Unidade de Missão, mesmo com a publicação dos DL, ex. o da criação da ARS IP e o fim de seis SRS, pouco ou nada aconteceu em termos de reorganização dos serviços de suporte e mudança cultural para a filosofia de prestação de serviços.

2ª. Conclusão: é necessário um grande empenho das lideranças na “re-estruturação” dos CS, sendo necessário que esta reforma envolva todos os actores, nomeadamente todos os profissionais. Ninguém deveria ser deixado para trás.

Todos sabemos que qualquer mudança é um processo difícil e complexo que retira os profissionais da sua zona de conforto. Este estado de necessidade requer uma sensação de incomodidade e tensão para a qual a organização, como sistema que é, procura uma saída. Esta pode ser a transformação para a orientação desejada (mudança) ou uma diminuição paulatina da tensão, voltando à zona de conforto que leva a não aproveitara a oportunidade. Daí ser vital que as lideranças intermédias saibam criar este estado e aproveitar para gerar mudança.

E, aqui exige-se que todos os dirigentes nomeados, incluindo a própria MCSP, saibam ler adequadamente as orientações políticas, mas também que olhem para os seus profissionais, colaboradores e utilizadores/cidadão, e sejam capazes de encontrar as formas certas de aplicação das medidas de políticas capazes de dar resposta efectiva aos problemas dos cidadãos.

Os futuros ACES que queiram estar à altura dos desafios de um mundo em mudança, onde as ideias e conhecimentos se inovam com rapidez, devem exigir aos futuros líderes dos ACES, sejam eles directores executivos, membros do Conselho Clínico ou coordenadores de Unidades Funcionais, uma cultura de responsabilidade e de transparência.

É bom perspectivar e recordar publicamente que os futuros ACES, em termos de profissionais, irão variar entre 166 e 921 que de acordo com o critério da EU para a classificação de PME, 13 ACES seriam PME e os restantes (maioria) seriam considerados grandes empresas.

Por sua vez, o relatório anual da *Proudfoot Consulting* revela-nos que os dois principais factores causadores dos desperdícios são a falta de planeamento e de controlo dos dirigentes e a impreparação das chefias intermédias para conduzirem com eficácia os programas de acção, sendo responsável por 40% do desperdício.

Esta dura realidade, que ultrapassa em larga escala os terrenos tradicionais dos conflitos laborais, deveriam merecer do poder político e da MCSP uma atenta análise e reflexão.

Para isso impõe-se que a MCSP, cumpra a RCM n.º60/2007, nomeadamente na elaboração da carta de missão tipo para as lideranças, definição pública do quadro de referência para o acompanhamento do exercício dos futuros gestores e promover um programa nacional de formação em exercício dos futuros dirigentes, validado por uma escola pública.

Implementação das USF

Trata-se, seguramente, de uma das tarefas mais complexa, exigente e aliante que foi cometida à MCSP e independentemente de no dia 1 de Janeiro de 2008, se ter ou não ultrapassado a fasquia das 100 USF (79 em início de Dezembro), é das áreas onde seguramente a comunidade dos CSP se pode orgulhar de ter ganho o desafio, num processo complexo e neste momento totalmente irreversível.

A especialidade de medicina geral e familiar deve orientar o seu exercício para e através de verdadeiras Equipas Multiprofissionais, livremente constituídas

e com verdadeira autonomia funcional (as USF poderão diferenciar-se em três modelos de autonomia, Despacho nº24101/2007, 22.10) e técnica num quadro de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, com as ARS (Departamentos de Contratualização). Estes Departamentos (Ex. Agências) encontravam-se predominantemente orientados para os cuidados hospitalares; a sua entrada, no mundo dos CSP, é que constitui outro grande salto em frente na nossa organização e no aperfeiçoamento progressivo do desempenho das nossas estruturas com a introdução da contratualização ligada ao sistema de incentivos institucionais.

A existência, concomitante e imprescindível, de um SISTEMA DE INFORMAÇÃO adequado ao completo registo da actividade clínica e assistencial de todos os elementos constituintes das USF's, em estreita comunicação com os instrumentos de registo e controlo administrativos, irá disponibilizar, os elementos necessários à elaboração dos indicadores que forem necessários à correcta medição, que se quer rigorosa mas transparente, do exercício das USF's, aferindo o grau do seu cumprimento dos contratos assumidos.

Esta forma radicalmente nova de organização e de funcionamento leve e flexível, que se contrapõe às tradicionais estruturas hierárquicas e burocráticas de poder e de decisão vertical ou, até, corporativa, passa a permitir uma outra ruptura de enorme alcance, iniciada em 1997 com os RRE: torna-se possível e normal que o salário dos profissionais, garantida uma base fixa de remuneração segundo a grau e o escalão da carreira, contenha uma outra fatia, variável, destinada a premiar o bom desempenho, o mérito, a excelência, não só dos médicos, mas de todos os profissionais da USF.

Como não poderia deixar de ser, um texto desta natureza não pode deixar de referir-se também à infinidade de problemas concretos que já se estão a levantar e que, aceleradamente, vão continuar a surgir. Como por exemplo, as mobilidades, os vínculos precários, as necessidades formativas, o sistema de informação, a contratualização, os incentivos e a requalificação das infraestruturas.

Essa tarefa será assegurada pelas instâncias de acompanhamento competentes, quer das ERA/Missão, quer das próprias ARSs.

Porém, não posso terminar sem referir que este processo é virtualmente o maior desafio jamais colocado perante toda a comunidade profissional sobre quem assenta a MGF portuguesa.

Ao mesmo tempo, é provável que constitua (durante largos anos) a derradeira oportunidade de a MGF portuguesa poder afirmar-se como sendo uma especialidade evoluída e madura, que sabe o que quer e para onde se quer dirigir.

Um conjunto muito particular de circunstâncias, incluindo vontade política, está a permitir abrir amplamente uma inusitada janela de oportunidades.

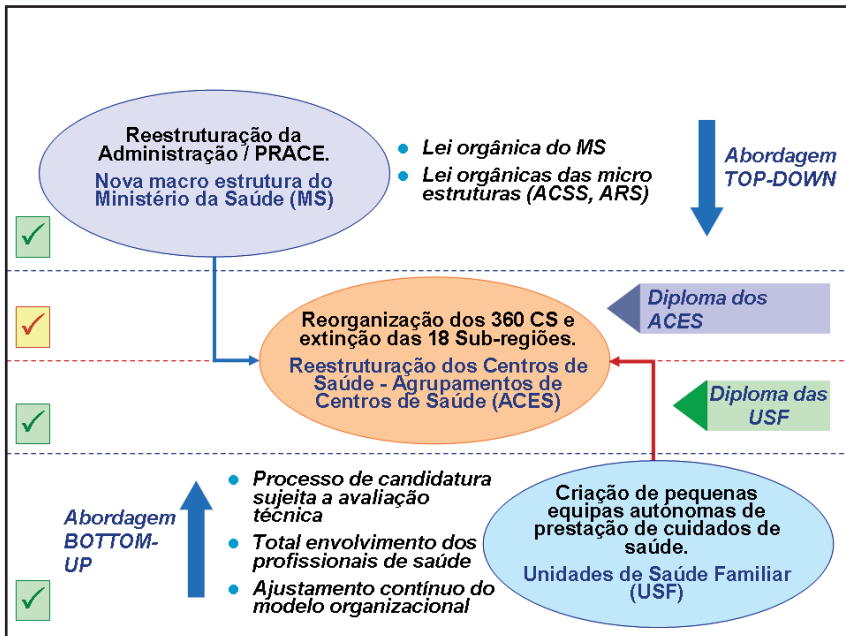
Saibam os médicos de família ocupar o espaço que conquistaram e a re-forma terá continuidade nos próximos 8 anos.

Coimbra, 1 de Dezembro de 2007

B – NOVO CENTRO DE SAÚDE



Organização: Missão para os Cuidados de Saúde Primários



- CENTROS de SAÚDE -

Sem Autonomia

Sem de Sistema de Informação

Cadeia Hierárquica Vertical

Sem Hierarquia Técnica

Centrada na Estrutura

Desvalorização das Profissões

Medicalizados

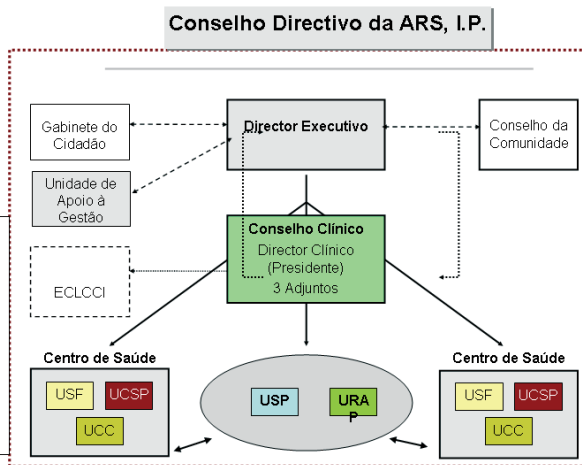
"Sapização"

Défice Global de
Administração e GestãoSem contratualização e
Sem Incentivos

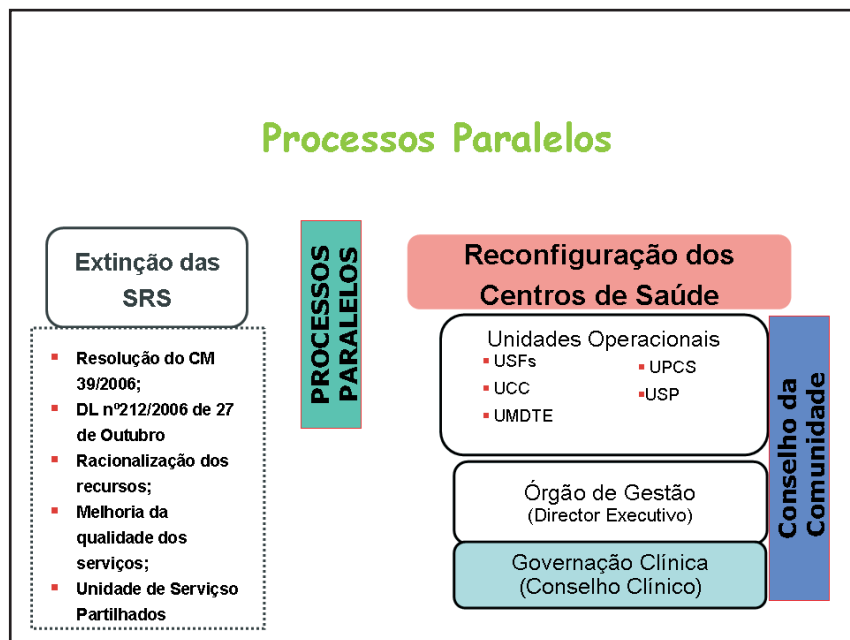
COMO DESCONGELAR?

Estrutura Orgânica dos ACES

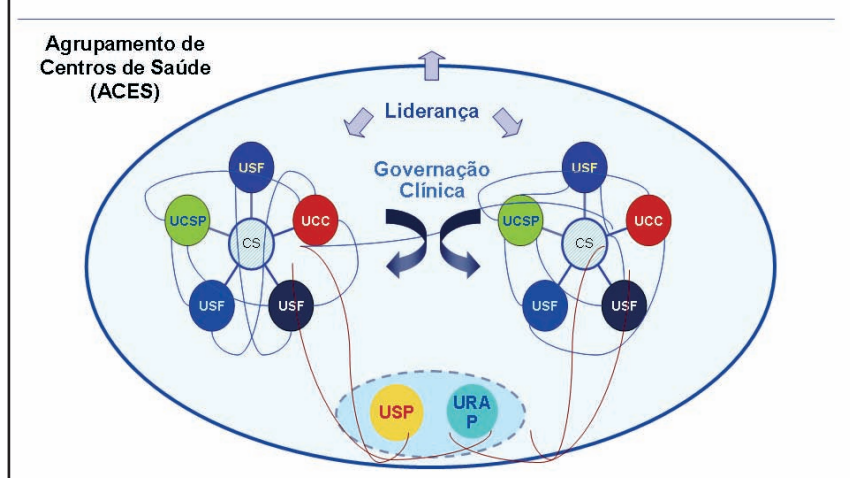
- ECLCCI** – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados.
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade.
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.
- URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.
- USF** – Unidade de Saúde Familiar.
- USP** – Unidade de Saúde Pública.



Processos Paralelos



A reforma dos CSP é, em primeiro lugar, a criação de **contextos organizacionais favoráveis à mudança de comportamentos.**



– CRITÉRIOS – ACES

- Resultam da associação de vários Centros de Saúde concelhios.
- Abrangerão uma população compreendida entre 50.000 e 200.000 pessoas tendo em conta a densidade populacional, o índice de concentração urbana, o índice de envelhecimento e a acesibilidade ao hospital de referência.
- A associação dos Centros de Saúde concelhios procurará respeitar:
 - as mobilidades tradicionais das populações abrangidas
 - as afinidades históricas e culturais.
- Ter um Hospital de referência comum.

Criação dos ACES

- A criação dos ACES, bem como a delimitação da área geográfica correspondente, é feita por **portaria do Ministro da Saúde**, sob proposta da ARS respectiva.
- **A proposta da ARS deve conter:**
 - a) A identificação dos centros de saúde a integrar no ACES;
 - b) A área geográfica e a população abrangidas por cada um desses centros de saúde;
 - c) A identificação, por categoria profissional, dos recursos humanos afectados a cada centro de saúde ;
 - d) A denominação do ACES;
 - e) A identificação do centro de saúde ou das instalações onde o ACES terá a sede.

Mapa preliminar - 74 ACES

Tabela 1 - ACES por ARS.

ARS	Nº ACES
Norte	25
Centro	18
LVT	22
Alentejo	6
Algarve	3

C – OS DEUSES DEVEM ESTAR LOUCOS?!

José Gouvêa

Médico de Saúde Pública e Vice-Presidente do SMZC

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são considerados desde há três décadas, como o factor fundamental para o adequado desenvolvimento de uma política de saúde centrada nos cidadãos e nas suas elementares necessidades nesta área.

A experiência internacional mostra que os sistemas de saúde com uma forte orientação para os CSP possuem melhores e mais equitativos resultados em saúde, são mais eficientes, têm custos mais baixos e atingem maiores graus de satisfação dos utentes.

No nosso país, nos últimos anos, os Centros de Saúde têm vindo a debater-se com diversos problemas resultantes da acumulação das nefastas consequências das sucessivas políticas governamentais, principalmente devido ao escasso investimento neste sector da prestação de cuidados, e a uma preocupante

diminuição de profissionais de saúde nestas unidades, concretamente de médicos de família e de saúde pública.

O papel do médico de saúde pública a nível dos centros de saúde assume uma particular e insubstituível relevância, podendo definir-se a sua intervenção como epidemiologista, organizadora de serviços e promotora da saúde.

As atribuições e competências profissionais dos médicos de saúde pública ultrapassam em muito o âmbito da função específica de autoridade de saúde.

Curiosamente, ou não, pouco tempo após a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 73/90, fomos assistindo a um progressivo esvaziamento funcional dos médicos de saúde pública no âmbito da actividade dos centros de saúde com a redução da sua actividade a funções burocráticas.

Impunha-se inverter esta situação.

E foi com satisfação que lemos no Programa do XVII Governo Constitucional:

“A promoção da saúde e a Saúde Pública têm que regressar à agenda política da saúde”.

“O apoio a esses programas deve assentar nas instituições e logística de Saúde Pública, negligenciadas durante anos”.

“Na Saúde Pública haverá que reforçar em meios e competências os Centros Regionais de Saúde Pública”.

“Aumentar a adesão às profissões de Saúde Pública e respectivas carreiras, através de incentivos quanto ao regime de trabalho, remunerações, progressão, formação, diferenciação profissional e concentração de funções em actividades com impacto directo na saúde das populações”.

Sol de pouca dura e puro engano!

A política neoliberal da dupla Sócrates/Campos, de privatização e destruição do Serviço Nacional de Saúde encarregou-se rapidamente de corrigir esse desvario eleitoralista.

A Direcção Geral da Saúde (DGS) que era a estrutura do Ministério da Saúde, que não só pensava, normalizava e executava a Saúde Pública, como fornecia o suporte e as orientações para as suas decisões e do Governo foi retalhada e destruída.

Algumas das tarefas da DGS foram transferidas para o Instituto Nacional de Saúde e para a Administração Central do Sistema de Saúde.

Foi criado o Alto Comissariado da Saúde.

Para quê criar mais uma estrutura que pelos vistos só pensa, mas não tem executores a nível local.

Aparentemente não tem razão nenhuma para existir; a não ser que a estratégia seja mesmo de dividir para reinar ou quanto pior melhor.

A dupla Sócrates/Campos conseguiu o que nenhuma outro Governo tinha conseguido; dismantlar a Saúde Pública e escancarar completamente a porta do SNS à privatização.

Não pude deixar de ir ao Grande Dicionário da Língua Portuguesa da edição do Círculo de Leitores rever dois conceitos:

- Socialismo; “Sistema daqueles que querem transformar o sociedade pela incorporação dos meios de produção na comunidade, pelo regresso dos bens, pela repartição, entre todos do trabalho comum e dos objectos de consumo”.

- Liberalismo; “Doutrina económica dos que defendem a maior liberdade do comércio e da indústria, combatem a intervenção dos poderes públicos nos assuntos económicos, e particularmente, o socialismo de Estado”.

O PRACE extinguiu os Centros Regionais de Saúde Pública.

E foi sem surpresa que assistimos no final do ano transacto de 2006, a uma entrevista, publicada num jornal diário, do Ministro da Administração Interna de então, Dr. António Costa (que não do Ministério da Saúde) em que este membro do Governo abordou algumas eventuais medidas futuras a nível da política de saúde, nomeadamente a atribuição de competências específicas nesta área às autarquias, afinal um retorno ao modelo dos “médicos municipais”, paradigma do século XIX.

Quando o Organização Mundial da Saúde e a União Europeia colocam para o século XXI a crucial importância da Saúde Pública, como especialidade médica, na elevação do nível de saúde das populações, e Portugal segundo as tão propaladas intenções dos nossos grandes líderes se pretende como um país que enfrenta os desafios da modernização e do desenvolvimento, não deixa de ser curioso e paradoxal, ou talvez não, o retrocesso que os nossos governantes pretendem impor ao SNS com a municipalização da saúde pública, a destruição da Direcção Geral da Saúde e o desmantelamento da Saúde Pública.

Deste modo, tal medida irá comprometer irremediavelmente toda e qualquer política concertada a nível nacional, no âmbito das acções de promoção da saúde e de prevenção das doenças, bem como os objectivos estabelecidos no Plano Nacional de Saúde.

Os grupos privados com interesses na área da saúde agradecem!

Previsivelmente, não retrocederíamos só ao século XIX, mas quase ao tempo da Rainha D. Leonor e da instalação dos primeiros hospitais das misericórdias, para os pobres e deserdados da sociedade.

Quando o Governo decidiu reestruturar os CSP, o Ministro da Saúde nomeou uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) visando fundamentalmente a condução, coordenação e acompanhamento das reconfiguração dos centros de saúde e a implementação das unidades de saúde familiares (USF).

Com todas as vicissitudes do processo, e podendo discordar de algumas das decisões tomadas, um facto é inquestionável. A MCSP tem um site público e contou com a adesão, envolvimento e discussão pública dos profissionais e das entidades que o quiseram fazer.

O Ministro da Saúde nomeou posteriormente outra “missão específica” virada para a reforma da Saúde Pública.

Lamentavelmente todo ou quase todo este processo específico da Saúde Pública permaneceu e permanece no segredo dos deuses. E, das duas, uma!

Ou os deuses estão loucos!

Ou são uma grande sumidade em Saúde Pública!

Se fosse no tempo da Outra Senhora, para os mais novos, no fascismo, era provável que alguém no mínimo nos sussurrasse ao ouvido, que não valia a pena gastarmos energia e neurónios a reflectirmos nestas mudanças, já que o Oliveira Salazar e os seus rapazes o fariam por nós!

Agora, em pleno século XXI e em democracia, tal atitude é no mínimo intolerável, injustificável e não admissível.

Pela parte que nos toca, como médico de saúde pública e com os pés bem assentes nas coisas terrenas, reafirmamos que se torna indispensável que seja a Direcção Geral da Saúde a única entidade a assegurar e a reassumir a coordenação de todas as actividades da Saúde Pública, bem como a tutela das Autoridades de Saúde (estas autoridades constituem, de facto, o exercício do poder de intervenção do Estado de Direito, na defesa e garantia da Saúde Pública, e dos poderes relativos à sanidade internacional).

Reafirmamos ainda a defesa da Saúde Pública, como uma das forças estruturantes, indispensáveis à revitalização e modernização do SNS.

Para que se possa dar cabal cumprimento ao exposto no Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa – todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

D – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO SECTOR DA SAÚDE (CSP)

O Calcanhar de Aquiles do SNS

João Rodrigues

Especialista em Medicina Geral e Familiar

Desde longa data que temos alertado o Poder político para o problema dos recursos humanos (e não só de médicos) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que devia ser uma das principais questões a debater e a resolver. Ausência de planeamento ou erros de planeamento prospectivo levaram a que, actualmente, se verifiquem distorções estruturais nos efectivos das diferentes profissões que fazem parte dos nossos Centros de Saúde (CS).

Efectivamente, alguns CS (distritos de Setúbal, Lisboa, Porto, Braga, Santarém, Aveiro, Viseu, entre outros) debatem-se com importantes carências de médicos de família e outros profissionais.

A densidade de médicos está ao nível dos países da OCDE, mas a sua distribuição pelas várias regiões do país é bastante assimétrica e não se tem verificado uma redução das desigualdades da distribuição dos médicos em geral e dos médicos especialistas.

Enquanto nos hospitais se tem assistido a uma maior concentração de médicos (variação positiva de 26% entre 1990 e 2004), nos centros de saúde a evolução tem sido inversa (variação negativa de 20% entre 1990 e 2004).

Já com este Governo e esta equipa Ministerial, foi publicado o mapa de vagas para o internato médico de 2007, vulgo vagas para formação de médicos para as diversas especialidades, com a menor percentagem de vagas (14%) para a especialidade de medicina geral e familiar dos últimos 10 anos. Passados seis dias foi o mesmo mapa revogado, por despacho do Ministro da Saúde!

A problemática dos recursos humanos não se deve centrar, exclusivamente, nos médicos, visto que a carência atinge também a enfermagem, assistentes sociais, psicólogos clínicos, nutricionistas, técnicos de higiene e saúde ambiental, entre outros.

Não se percebe, por isso, porque continuam por preencher essas vagas na quase totalidade dos CS do país e, por sua vez, se encontram no desemprego um número substancial destes licenciados.

Normalmente, as organizações de qualquer sector prestam especial atenção às rubricas que mais contribuem para a sua estrutura de custos. Neste sentido, existe tipicamente um esforço redobrado na produção de informação detalhada e em tempo útil que permita a tomada de decisões devidamente suportadas sobre aquilo que mais importa.

É assim lícito questionar, como pode a ACSS e a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (MS), sem informação actual, gerir correctamente o seu maior activo e gerador de custos, os seus recursos humanos, que correspondem, aproximadamente, a 65% do Orçamento.

De facto, é preocupante que o MS não consiga conhecer, em tempo real e de forma agregada, a informação mínima essencial, como por exemplo quantos profissionais existem, em que organismos se encontram ou que actividades se encontram a desempenhar, quando se vão reformar, entre outros.

Apesar de ser reivindicado desde longa data por todos os parceiros, não se conhece, até hoje, qualquer documento que contenha um esquema de conceitos, processos e objectivos para a política dos recursos humanos nos CSP.

Num momento em que a contenção da despesa pública é um aspecto essencial, é relevante que o MS defina (e torne transparente) que medidas pretende implementar para colmatar este problema e resolver a questão de fundo, assegurando sistemas e processos que permitam obter esta informação de forma contínua e sem esforço, deixando de uma vez por todas de publicar mapas de vagas e no dia seguinte anulá-los, colocando em causa a sua própria credibilidade e “jogando” com o futuro dos jovens médicos!

No entanto, não podemos esquecer que, para além reformas centralistas (ex. PRACE), organizacionais e funcionais (que têm de ser concretizadas) há que garantir, adicionalmente, sistemas colectores de informação (relevante), que a disponibilizem em tempo útil e que seja fidedigna, para que o Estado se possa

gerir, sem ter de aguardar por estudos estáticos ou pelo desenvolvimento de sistemas locais mais evoluídos que os actuais.

O nosso SNS nunca teve nem tem ainda uma política estratégica de desenvolvimento dos recursos humanos. Esta é, aliás, uma das grandes fragilidades, o *calcanhar de Aquiles* das políticas públicas da administração da saúde.

Até quando?

E – NOTA À IMPRENSA

**PROTOCOLO ENTRE A CÂMARA MUNICIPAL DE CANTANHEDE E A ARS DO CENTRO
REESTRUTURAÇÃO DO ATENDIMENTO A SITUAÇÕES DE DOENÇA AGUDA NO HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO
CRISÓSTOMO - CANTANHEDE COM A CRIAÇÃO DE UMA “CONSULTA NÃO PROGRAMADA” DA RESPONSABILIDADE
DO CENTRO DE SAÚDE**

ARS DO CENTRO põe em causa a filosofia dos Cuidados de Saúde Primários

Está previsto para o próximo dia 15 de Dezembro de 2007, a inauguração, pelo Sr. Ministro da Saúde, nas actuais instalações da urgência do Hospital de Cantanhede, de uma “consulta não-programada para casos agudos do foro ambulatorio, sob a responsabilidade do Centro de Saúde de Cantanhede”, em horário das 8h00 às 24h00.

Este Serviço cujo despacho de constituição se desconhece, sem qualquer normativo legal que o possa sustentar, não regulamentado e apenas descritos por um conjunto de normas contidas no protocolo assinado entre a CM de Cantanhede e a ARS do Centro, sem ter havido participação dos interessados.

Certamente por isso, é proposto que o Centro de Saúde (CS) seja responsável por uma consulta não programada, a ser realizada pelos médicos do CS, aberta a todos os cidadãos, sejam eles ou não da área de influência do CS, para responder às situações agudas, consulta essa a funcionar nas instalações do Hospital, ou seja, fora do CS, o que impossibilita a obrigatoriedade dos médicos do CS, salvo acordo, aí irem prestar serviço.

A constituição deste denominado serviço (“Consulta não-programada”), merece da parte do Sindicato dos Médicos da Zona Centro/FNAM as maiores apreensões porquanto, a criação de um Serviço desta natureza faz evidenciar uma notória irreflexão na génese da reforma em curso dos CSP, além de que a sua constituição é feita ao arrepio da legislação em vigor sobre esta matéria.

Mas, deixemos para os Juristas a questão legal, e passemos a analisar o modelo funcional escolhido, os seus objectivos e eventuais repercussões.

É sabido que ao criar-se uma “consulta para casos agudos”, no espaço do antigo Serviço de Urgência do Hospital e em que os doentes que recorrem a

esta consulta terão acesso directo e imediato aos MCDT (Rx., ECG, Laboratório de análise e fármacos) do Hospital, conferindo todas as características, a esta suposta consulta não programada, de um Serviço de urgência/Unidade Básica de Urgência (artigo 17º do DL nº157/99), esta sim dentro da legalidade.

É importante salientar que apesar do enorme esforço que tem sido feito para dar uma efectiva acessibilidade das 8h às 20h, nomeadamente com a criação e implementação de uma USF e o funcionamento diário de uma consulta aberta complementar entre as 14h e as 20h, o C.S. de Cantanhede já têm lacunas na acessibilidade programada, nomeadamente por falta de recursos humanos, médicos de família, enfermeiros, administrativos e outros profissionais (psicólogos, nutricionistas, técnicos de serviço social, etc). No entanto, a decisão da ARS do Centro é de retirar do horário, 8h-20h, mais profissionais, visto que estando no Hospital, não podem estar disponíveis para dar resposta de qualidade (continuidade) aos seus utentes.

Por outro lado, não vemos de que forma o novo Serviço pode contribuir para a prossecução dos objectivos anunciados, seja a nível da acessibilidade ao CS, muito pelo contrário, é de prever que o novo regime de atendimento, conduza a uma menor acessibilidade dos utentes ao seu MF no horário das 8h-20h, aumentando obrigatoriamente os dias de espera para consultas programadas, visto que em média haverá uma redução de 1/3 da oferta de consultas programadas, muito menos ao nível do reforço da personalização e continuidade de cuidados, o que consequentemente agravará os indicadores de saúde da população.

Em suma: cria-se um Serviço no hospital feito por médicos de família como “hipermercado” de consultas médicas despersonalizadas de índole meramente curativa para colmatar a suposta “deficiente acessibilidade dos utentes aos CS”, sendo obviamente ferido o atendimento personalizado e indisciplinar-se-á o padrão de afluência dos utentes ao seu medico de família.

Dir-se-á então que é uma clara opção política da ARS do Centro, acarinhada pelo Sr. Ministro, de privilegiar o primado da acessibilidade indiscriminada sobre a pertinência e qualidade de intervenção em saúde.

Será que este é o caminho para a melhoria das condições de saúde das populações?

Será que este é o caminho para a satisfação profissional dos MF?

Efectivamente há outras vias para melhorar as condições de assistência às populações, sem descaracterizar a Medicina Geral e Familiar. É urgente criar condições para tal, nomeadamente a atribuição de mais recursos humanos nos Centros de Saúde e a implementação das USF´s já aprovadas, por exemplo a USF “Gandras” – Febres do CS de Cantanhede - está aprovada desde Agosto e nada se sabe sobre o possível início de funcionamento.

Será de perguntar: qual a prioridade na reforma dos CSP, a implementação das USF ou o fecho de serviços de urgência hospitalar e a sua substituição por consultas não-programadas da responsabilidade dos médicos de família?!...

A Direcção do SMZC/FNAM

Coimbra, 6 de Dezembro

CAPÍTULO IV

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO

A — DEBATE CIT E CARREIRAS MÉDICAS: QUE FUTURO?

B — OS MÉDICOS E O CIT

C — LEGISLAÇÃO

A – DEBATE “CIT” E CARREIRAS MÉDICAS

Sindicato dos Médicos da Zona Centro promoveu debate

Sindicato dos Médicos da Zona Centro

Debate

Contrato Individual de Trabalho e Carreiras Médicas: Que Futuro?

19 de Outubro de 2007 - 17h30
Auditório da Fundação Bissaya Barreto
Bencanta - Coimbra

Ana Silva Pinto	Interna de Psiquiatria HPL-SMZC
João Correia	Advogado (Lisboa)
Manuel António	Presidente CA - IPO CROC FG, EPE
Jorge Leite	Faculdade de Direito UC
José Pena	(Moderador) Cirurgia HUC-SMZC
Debate	Público
Intervenção Final - Mário Jorge	Presidente da FNAM

INSCRIÇÕES GRÁTIS (CJANTARI) - SÓCIOS E NÃO SÓCIOS
VIA TELEFONE (239 827737 / 91 3626493)
FAX (239 837788)
OU E-MAIL (SMZC@FNAM.PT)
SECRETARIADO SMZC
PRAÇA DA REPÚBLICA, N.º 26 - 2.º
3000-343 COIMBRA

NÃO DEIXES OS OUTROS DECIDIR O TEU FUTURO. PARTICIPA!

Novas dúvidas quanto o futuro das carreiras médicas

Discutir uma problemática actual, as preocupações da classe em relação ao futuro das carreiras médicas foi o objectivo de mais um debate promovido pelo Sindicato dos Médicos da Zona Centro (SMZC). Um futuro que, como introduziu o moderador, José Pena, vice-presidente do SMZC, «a avaliar pelas propostas da tutela, não parece claro». As alterações apresentadas pelo Governo «nem sempre são esclarecidas, criando uma desinformação e insegurança entre os

médicos, que urge colmatar». Esclarecendo que os médicos não estão «contra as mudanças», José Pena sublinhou que estas devem melhorar a prestação de cuidados e as condições de trabalho.

Importa saber se «a tão propagada flexibilização, os contratos individuais de trabalho (CIT) e a falta de regulação da contratação colectiva de trabalho são, de facto, instrumentos de garantia da qualificação, da diferenciação técnica dos médicos, ou se conduzem à precariedade laboral e mesmo à desorçamentação da dívida pública; discutir se os CIT são um instrumento garantido de autonomia gestonária e se têm uma comprovada uniformização». A propósito deste último tópico, José Pena referiu que existem entre 1.000 a 1.500 médicos em CIT, desconhecendo-se os seus formatos. «As assimetrias, a arbitrariedade das chefias, a injustiça e até a incompetência gestonária» são questões que se levantam neste cenário.

O ponto fulcral do debate alargado deverá ser «saber se os CIT vão ser correctamente e amplamente enquadrados nas carreiras médicas – que defendemos acerrimamente – e se vão ser obrigatoriamente englobados numa contratação colectiva». E a estas questões, disse José Pena, «o Governo tem fechado as portas».

O primeiro interveniente no debate, João Correia, advogado do Sindicato dos Médicos da Zona Sul (SMZS), lançou um novo dado para a discussão – desconhecido ainda pela maioria dos presentes – a aprovação do Parlamento, na véspera, da lei sobre o regime de vinculação, carreiras e remunerações dos trabalhadores em funções públicas, questionando se este diploma pode ou não afectar os médicos. Quanto aos CIT considerou que «ser contratado no âmbito de um CIT não é mais do que aquilo que acontece a perto de dois milhões de trabalhadores portugueses. Não há drama aparente em ter um CIT, mas sim na destruição das carreiras médicas que isso contém».

Diplomas – 310/82 e 73/90

João Correia lembrou que o movimento das carreiras médicas, iniciado nos anos 60 – até aí todos os médicos trabalhavam em termos liberais, sem qualquer tipo de vínculo, ao Estado, às misericórdias ou aos hospitais –, empreendido por médicos que deram, mais tarde, criaram os sindicatos e a FNAM, é «um movimento que continua activíssimo no âmbito destas estruturas sindicais». Foi ele que deu origem ao diploma 310/82, «que cria e estrutura as carreiras médicas, os seus graus e categorias, é um verdadeiro “contrato colectivo de trabalho” dos médicos na Função Pública e garante a estabilidade no emprego».

«Todo aquele que terminasse o internato tinha direito, por definição, a ser integrado nas carreiras médicas, por concurso. E percebi -- dos testemunhos de internos aqui ouvidos --, que continua a ser essa a ambição, que é legítima, dos médicos: saber como é que começam e acabam a sua carreira, como é que ascendem na sua carreira, quais são os graus de progressão», sustentou.

O que está aqui contém, em si mesmo, a destruição de um qualquer tipo de carreira médica, porque não se prevê se não uma carreira para toda a Função Pública.

No entender de João Correia, «os médicos não aproveitaram muito bem o regime do 310/82». O advogado recordou «algumas perversões e uma negociação violentíssima» que deu origem ao actual diploma, o 73/90, quando era ministra da Saúde Leonor Beleza. Ainda assim, «os regimes das carreiras médicas mantiveram-se, ficando de fora os internatos, para os quais se criaram, em 1989, os contratos administrativos de provimento (de natureza precária, provisória, que se destina à fase de formação)».



João Correia alertou para a destruição das carreiras médicas que o CIT pode provocar.

“Moda da privatização”

Entretanto surge a «moda da privatização das relações de trabalho - com os contratos individuais de trabalho - e começa a surgir a desorganização geral da contratação: os médicos começam a ser contratados a prazo certo (como tarefairos para as urgências, por exemplo) e começa a haver uma panóplia de contratações claramente dirigidas à destruição progressiva das carreiras». Os médicos começam, segundo João Correia, «a deixar de ter um caminho claro, simples e directo na progressão de carreira».

Mais recentemente, o Governo apresentou uma proposta de lei por via da qual pretende a aproximação do regime das carreiras públicas, acrescentou, referindo-se ao novo regime de vinculação, carreiras e remunerações dos trabalhadores em funções públicas.

Há, claramente, uma perspectiva política de uniformizar carreiras, e não se sabe em que medida é que a uniformização atinge a estrutura ideológica das carreiras médicas.

Segundo o advogado do SMZS, «não é um CIT que está em cima da mesa, mas vários tipos de contratação, que têm que ser apreciados um por um, com finalidades, ingredientes, naturezas e preocupações diversas. Mas todos eles põem em causa as carreiras médicas».

Neste novo diploma do Governo sobre vinculação e carreiras dos trabalhadores em funções públicas – «aprovado, ao que sei, com algumas divergências» –, preconiza-se a contratação pública com «um contrato individual de trabalho público, próprio da actividade pública, diferente do CIT». Os médicos que estão hoje nomeados dentro das carreiras médicas passarão a ter um CIT público e não um CIT privado, explicou o jurista.

O novo regime

No que se refere aos médicos, «este novo contrato inclui os seguintes ingredientes: os médicos que estão na carreira têm um regime de nomeados e passam, por força da lei, para um regime de contrato; matérias como cessação do vínculo e a natureza disciplinar mantêm-se públicos; há uma acentuação da exclusividade – apesar de haver um regime contratual –, acabando a possibilidade de qualquer acumulação».

Existe, todavia, uma norma que permite, na impossibilidade da transição – «em virtude do grau de complexidade funcional e/ou do conteúdo funcional da carreira onde se encontram integrados os funcionários» – que as carreiras ou categorias subsistam, «nos termos em que actualmente se encontram previstas», explicou o advogado do SMZC, considerando que aqui se podem enquadrar os médicos.

A preocupação central não deve ser, segundo João Correia, o regime das 42 horas ou a exclusividade, mas sim «saber se a carreira médica subsiste e qual é o mecanismo legal para a fazer subsistir».

Médicos desenquadrados

A função médica, pela sua natureza, «está condicionada por altíssimo grau de autonomia e responsabilidade perante os cidadãos, o Estado, a Ordem dos Médicos, não pode ter o mesmo estatuto dos demais funcionários. De acordo com o responsável sindical, «têm necessariamente de existir disposições legais que imponham, nem que seja por via da negociação colectiva, certo tipo de normas e tutela de protecção dos ingredientes que são próprios do risco da actividade médica».

Ora, este diploma diz que «os princípios não podem ser negociados por via de contratação colectiva e que as normas são inderrogáveis», deixando um espaço muito limitado à contratação colectiva, ao contrário do que acontece no direito privado. O que leva João Correia a considerar que «pode servir para muitos ramos da FP, mas está manifestamente desajustado da actividade médica, e até das suas relações – dos médicos com os serviços, dos médicos com enfermeiros (técnico superiores os dois, qual é a hierarquia?), etc. «Há um conjunto de regras que estão por preencher. O diploma quadro é uma manta muito curta para o sector médico», concluiu.

Levantando uma série de dúvidas perante este novo regime para a FP, o responsável sindical anteviu um novo rumo na luta pelas carreiras médicas, «eventualmente noutra sede negocial e legal».

A contratação colectiva pode ser um momento hábil para renovar a luta pelas carreiras médicas? Ou teremos que criar um diploma especial para os médicos, que preencha as lacunas deixadas? De acordo com João Correia, há várias hipóteses em equação e «cabe às direcções dos médicos, em função do que está aqui, definir qual é a melhor orientação política a adoptar», sendo certo que, se isto bastar para os médicos – se nada for feito, «será o fim das carreiras médicas».

INTERNOS QUEIXAM-SE DE FALTA DE INFORMAÇÃO

«Há um sentimento de desconfiança»

A maioria dos CT são sem termo

Ana Sofia Pinto, interna de Psiquiatria do Hospital Psiquiátrico do Lorrão e membro da direcção do SMZC, levou ao debate, além do seu testemunho pessoal, o de outros jovens internos. A tónica geral das declarações foi para o desconhecimento sobre os contratos individuais de trabalho (CIT), «que diminui a capacidade de negociação e de reivindicação», destacando-se ainda «um sentimento de desconfiança e insegurança quanto ao futuro e às carreiras médicas».

No final das declarações gravadas dos jovens médicos, Ana Sofia Pinto concluiu que «os internos não se sentem preparados». Num cenário de grandes e rápidas mudanças, «a sensação das pessoas é a de que se abriu um universo desconhecido, uma espécie de abismo». Informar e esclarecer é, no entender da interna, o primeiro passo para contornar a situação: «Reuniões como estas têm um pouco esse fim e fico contente por ver tantos internos nesta sala», disse.



Ana Pinto elogiou a presença dos internos.

A responsável do SMZC divulgou dados recolhidos junto dos hospitais da região Centro, que apontam – ainda que de uma forma aproximada – para uma maioria de CIT sem termo. No Hospital de Viseu serão 38 os médicos com CIT, todos sem termo; em Aveiro são 17 também sem termo; no Centro Hospitalar de Coimbra 20, dos quais sete são a termo certo; no Hospital de Leiria existem 38 médicos com CIT, um a termo certo; e no IPO de Coimbra 34 CIT, dos quais 30 são contratos sem termo.

Ana Sofia Pinto serviu-se das palavras de Eugénio Rosa sobre a importância da administração pública no desenvolvimento do país para terminar a sua apresentação no debate. «Se todas as futuras contratações de trabalhadores para a Administração Pública (AP) forem feitas com base nos CIT, o número daqueles com vínculo público – os do regime de funcionário público -- reduzir-se-à gradualmente devido à aposentação, passando progressivamente a serem maioritários os trabalhadores com CIT. Desta forma, procura-se substituir o vínculo público que definia o regime de trabalho na AP e que era a base da estabilidade da relação de trabalho, assim como o sistema de carreiras fixado por lei, e a consequente relativa protecção que gozavam os trabalhadores da AP contra as pressões e chantagens, quer das chefias, quer do poder político por uma relação muito mais frágil, que é a do contrato individual de trabalho, com toda a precariedade que o caracteriza, resultante da Lei 23/2004 e mesmo do Código de Trabalho. Procura-se, assim, tornar os trabalhadores da AP presa mais fácil e, consequentemente, também instrumentos mais dóceis de políticas que não correspondam aos interesses da maioria da população.

Um exemplo imaginado mas que traduz já reais consequências: um médico com vínculo público e um médico com vínculo precário reagirão de maneira diferente perante a imposição, por parte das chefias, para reduzir o tempo de atendimento que dedicam a cada doente. Sendo evidente que é reduzida a capacidade do médico com contrato precário para resistir a tal imposição mesmo que isso determine a degradação da qualidade do serviço prestado. O mesmo sucederá perante a imposição para reduzir a utilização de meios auxiliares de diagnóstico, a fim de reduzir custos.



MANUEL ANTÓNIO APELOU A UM ACORDO COLECTIVO PARA OS EPE

“CIT podem constituir oportunidade”

Apesar da incerteza actual, «não é o modelo contratual que ameaça o futuro das carreiras médicas». Manuel António, responsável do IPO de Coimbra, considerou que o CIT pode constituir a oportunidade para a afirmação de carreiras profissionais atractivas e significadoras do papel social dos médicos.

Manuel António Silva, presidente do Conselho de Administração do Centro Regional de Oncologia de Coimbra, referiu que em 2002, quando o hospital passou a SA, o número de médicos em contrato individual «era residual», sendo de pouco mais de dois por cento do total. Em Dez 2005, quando o IPO foi transformado a EPE, os contratos individuais eram já mais de 15 por cento, mas a maioria destes médicos exerciam funções em regime de contrato sem termo. «Actualmente, dos 150 médicos que exercem funções no IPO de Coimbra, 34 fazem-no ao abrigo de contrato individual de trabalho, e destes, 30 têm contrato por tempo indeterminado», sublinhou Manuel António Silva.



Para Manuel António é premente o estabelecimento de ACT.

Lembrando que «a alteração do regime jurídico impede, por si só, a admissão de novos efectivos para o quadro de pessoal, para a base da carreira», o

médico acentuou que isso «não impede, como é natural, o desenvolvimento das carreiras do pessoal já nelas integrado». Neste momento, «apesar das aposentações verificadas, o IPO tem tantos chefes de serviço e praticamente o mesmo número de assistentes graduados que tinha em 2002, aquando da mudança para SA», sublinhou, frisando que «não obstante o novo estatuto jurídico têm sido abertos concursos de progressão na carreira médica, correspondendo quer a necessidades dos serviços, quer dando resposta a expectativas dos profissionais».

Para além das aposentações têm-se ainda verificado saídas do pessoal do quadro da instituição, quer por exoneração quer no âmbito de licenças sem vencimento. Um total de «cinco assistentes eventuais, em contrato administrativo de provimento, pediram a exoneração para firmar um contrato individual com o próprio IPO», noutras duas situações médicos do quadro do IPO pediram licença sem vencimento para celebrarem contratos individuais de trabalho com outros hospitais EPE, revelou.

O recurso aos contratos a termo certo, para além de reduzido -- «neste momento apenas temos quatro médicos nesta situação e um total de 34 médicos em CIT» -- tem-se limitado, de acordo com o responsável, aos estritos termos estipulados no contrato de trabalho, nomeadamente quanto às situações em que estes contratos são admissíveis.

Em termos remuneratórios, o IPO propõe a todos os médicos com contrato individual de trabalho uma remuneração correspondente a assistente hospitalar em regime de dedicação exclusiva de 42 horas, adaptado para 40 horas semanais. «Estes salários são, naturalmente, atualizados anualmente nos mesmos termos dos aumentos da função pública», acrescentou.

O problema do SNS é muito menos um problema ideológico e muito mais um problema de eficiência, com o CIT a permitir maior flexibilidade e, por conseguinte, maior eficiência.

Definir categorias

Quanto ao futuro das carreiras médicas, disse Manuel António Silva, «partilhamos da incógnita que será comum a todos». Porém, «enquanto o presente quadro se mantiver, é intenção do IPO manter o desenvolvimento possível das carreiras com abertura de concursos de acesso para progressão na carreira», garantiu.

No que se refere aos contratos individuais de trabalho, «a maior dificuldade com que o IPO se debate tem a ver com os médicos em contrato há vários anos, sem qualquer desenvolvimento de carreira nem o correspondente desenvolvimento salarial», admitiu o responsável, considerando que se «torna cada vez mais premente o estabelecimento de um acordo colectivo de trabalho que preveja a existência de categorias, e respectivos níveis remuneratórios, permitindo aos profissionais alguma expectativa do desenvolvimento da carreira».

«Não nos parece desejável que os hospitais iniciem de “per si” um trabalho de estruturação e desenvolvimento de carreiras médicas em regime de

contrato individual de trabalho, pois isso colocaria em perigo a coesão do sistema de saúde e abriria uma competição indesejável entre estabelecimentos que devem trabalhar mais em parceria do que em concorrência», sustentou Manuel António Silva. «A coesão interna do sistema de saúde e o conceito de rede pública de prestação de cuidados aconselha, do nosso ponto de vista, a uma negociação de acordo colectivo de trabalho aplicável a todos os hospitais EPE».

Tudo dependerá do consenso a que se conseguir chegar em matéria de acordo colectivo e, nesse xadrez, o papel dos sindicatos é determinante.

Na opinião do responsável do IPO de Coimbra, «o conceito de carreira médica convive bem com qualquer modelo contratual, seja contrato individual de trabalho ou vínculo à Função Pública». O que é essencial, sublinhou, «é uma definição adequada e rigorosa das categorias, uma hierarquização coerente dos conteúdos funcionais, uma correcta diferenciação salarial entre essas categorias e a definição clara das regras de promoção alavancadas no mérito e não exclusivamente na antiguidade». Neste aspecto, «os sindicatos têm um papel essencial, de influenciar positivamente a estruturação das carreiras em regime de contratos individuais de trabalho».

EPE versus SNS

O presidente do Conselho de Administração, considerou que «o modelo de gestão empresarial dos hospitais ou o contrato individual de trabalho não põe em causa o Serviço Nacional de Saúde, pelo contrário podem, juntamente com outros instrumentos de gestão, jogar um papel decisivo na manutenção e no reforço de um sistema público de saúde».

«O problema do SNS é muito menos um problema ideológico e muito mais um problema de eficiência, com o CIT a permitir maior flexibilidade e, por conseguinte, maior eficiência», justificou. E, por flexibilidade, reparou, «não se deve entender maior precariedade ou facilidade em despedir: as garantias de um CIT são as mesmas do direito do trabalho que é aplicado às empresas e à generalidade do tecido produtivo». Por flexibilidade deve entender-se «a possibilidade de utilizar regimes remuneratórios com componentes variáveis associadas ao desempenho, de personalizar o contrato adequando-o às características individuais, de interessar os profissionais pelos resultados da equipa, do serviço ou do departamento», contrapôs.

Apesar da incerteza que caracteriza os tempos que correm, «não é o modelo contratual que ameaça o futuro das carreiras médicas. O CIT pode constituir a oportunidade para a afirmação de carreiras profissionais atractivas e dignificadoras do papel social dos médicos». Tudo dependerá, segundo Manuel António Silva, «do consenso a que se conseguir chegar em matéria de acordo colectivo e, nesse xadrez, o papel dos sindicatos é determinante». O médico e administrador hospitalar lembrou que «já não vamos regredir para as carreiras médicas nos termos em que existiam» e reiterou a importância do acordo colectivo de trabalho.

Especialista em Direito do Trabalho deixou alertas

A PRIVATIZAÇÃO DO SERVIÇO PÚBLICO

Jorge Leite, especialista em Direito do Trabalho, alertou para os perigos da «privatização do regime de emprego público» e da individualização de regimes, diversificando os estatutos e «estilhaçando» a identificação das pessoas em torno de uma profissão.

Jorge Leite, professor da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (FDUC) considerou que o mundo tem vindo, desde há 20 ou 30 anos, a procurar um novo equilíbrio, com «os ventos da globalização e, sobretudo, da flexibilização» a afectar também o funcionamento das instituições.



Jorge Leite: “A lei 23/2004 permite a privatização do Serviço Público”.

«Temos falado muito do estatuto dos médicos a trabalhar para entidades públicas, mas também há os médicos contratados por entidades privadas, sejam hospitais, sejam empresas de trabalho temporário», declarou o especialista em Direito de Trabalho, notando que «a externalização da mão-de-obra é um fenómeno com cada vez maior dimensão». Nestes casos, não é o Conselho de Administração do hospital que manda, no sentido laboral do termo, mas sim a empresa, como aconteceu no caso da prestação de serviços de segurança, de serviços de alimentação e outros aos hospitais.

No fundo, e com diversos tipos de vínculo, «cada instituição está a tornar-se num mosaico de ladrilhos cada vez mais pequenos». E é disto, considera Jorge

Não há carreiras individualmente contratualizadas, pelo que, ou não existirão carreiras ou elas terão de ser definidas por lei ou contrato colectivo de trabalho.

Leite, «que gostam as empresas e o Estado, de instituições muito flexíveis, pequenas, ágeis, adaptáveis às novas “correntes”». O cenário deve-se «ao chamado alargamento do mercado, à competitividade, à pressão para reduzir custos e aumentar a qualidade dos produtos» que «invadem» todas as instituições, incluindo o Estado.

De acordo com o docente universitário, a lei 23/2004 permite a «privatização do serviço público». Na área da saúde, pode consistir na privatização total, com a venda e privatização da propriedade; na privatização da gestão e do regime de trabalho do pessoal, mantendo-se a propriedade pública «e a privatização, tendencialmente, não gosta do regime de trabalho público»; finalmente pode consistir apenas na privatização do regime do emprego público, que «já se tem feito e, pelos vistos, agora se fará em novos moldes, como nos adiantou o Dr. João Correia».

Fim da estabilidade

No que se refere aos contratos, o especialista da FDUC distinguiu contrato individual de trabalho público, sujeito ao regime público, de contrato individual de trabalho privado, em emprego sujeito a regime privado. «A maioria dos que estão aqui sentados têm um regime de direito público, caracterizado pelo mecanismo de admissão com características próprias -- nomeação ou contrato administrativo de provimento -- que conferem um regime estatutário, autoritária e unilateralmente definido pelo empregador que é o Estado», exemplificou. Na prática, aquando da assinatura, «não discutimos nada, aceitámos ou não o que nos foi apresentado e estava definido nas leis».

A grande estabilidade associada ao estatuto de funcionários públicos conheceu as primeiras ameaças há cerca de 20 anos, altura em que o estatuto do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) já determinava CIT para os novos trabalhadores, recordou. O grande desafio chega, no entanto, agora, com a «privatização do regime do emprego público». Segundo Jorge Leite, «o emprego público deixará de ter um carácter estatutário -- ou seja, definido unilateralmente pelo Estado, com base nas leis do trabalho e, quando muito, negociado com os sindicatos -- para passar a permitir a individualização e diversificação de regimes».

No entender de Jorge Leite, «o CIT individualiza o regime de trabalho e, desta forma, pode permitir a diversificação do estatuto, comprometendo as carreiras». É, como todo o contrato, um mecanismo de troca: uma pessoa compromete-se a trocar a sua força de trabalho, o exercício da sua profissão contra uma retribuição; sendo que, no CIT, «o espaço de negociação poderá ser aparentemente maior».

“Liberdade que oprime”

Jorge Leite prevê que alguns aspectos da relação individual de trabalho

continuem a ser determinados por lei -- «seria um horror se assim não fosse, contratuá-los-se-ia livremente, recorrendo à liberdade que oprime» -- acrescentar-se-ão outros «autoritariamente determinados» e ainda uma parte reservada à «autonomia colectiva (os destinatários das normas criam as normas)». Neste último espaço, segundo o especialista em Direito do Trabalho, devem ser integradas as carreiras. «Não há carreiras individualmente contratuá-las, pelo que, ou não existirão carreiras ou elas terão de ser definidas por lei ou contrato colectivo de trabalho», sustentou.

Entretanto, o acordo colectivo de trabalho tem sido substituído, segundo o especialista, «pelo regulamento interno que é unilateralmente fixado pelo empregador». Uma situação que seria impossível até no sector privado, «onde os regulamentos internos não têm este nível de competências», acrescentou.

«É aqui que o sistema tem falhado, isto é uma burla, porque as leis só são cumpridas pela metade, se é que são. Aliás, se há burla enorme no domínio laboral ela é praticada pelo Estado neste caso dos médicos e não só», referiu, apontando «falsos recibos verdes e falsos out-sourcings». No fundo, explicou, «o Estado quer ter as vantagens sem ter as desvantagens do empregador, tudo se passa como se o trabalhador fosse de uma empresa externa quando está sob as ordens do Estado».

A definição de um estatuto colectivo, a identificação das pessoas em torno de uma profissão, de preocupações e objectivos comuns, pode estar a querer ser estilhaçada.

Jorge Leite recordou o anúncio recente da criação de mais hospitais empresas em 2008 e desmontou o argumento usado para a diminuição das despesas com pessoal: «o out-sourcing não entra na rubrica das despesas com pessoal mas na rubrica de aquisição de serviços».

DÚVIDAS SOBRE APLICABILIDADE DA LEI AOS MÉDICOS

Novo diploma retrai negociação colectiva

No seguimento da intervenção do catedrático da Universidade de Coimbra, João Correia veio esclarecer que já existem algumas convenções colectivas para trabalho médico e que, para os hospitais, existe uma proposta de convenção colectiva «cuja negociação está a ser absolutamente frustrada pelos poderes públicos». Assim, frisou, «o atraso na negociação não é imputável à FNAM mas aos poderes que sabotam a negociação e com os quais tem sido travada uma guerra surda».

Por outro lado, o advogado do SMZS, lembrou que com o novo projecto de diploma do regime de vinculação e carreiras dos trabalhadores em funções públicas, nem tudo pode ser negociado. «O preâmbulo diz: em matéria de negociação colectiva prevê-se a consagração do princípio da igualdade mínima entre os estatutos das duas modalidades de vinculação e contrato e do princípio da inderrogabilidade, por instrumentos de negociação colectiva, dos princípios fundamentais enformadores do sistema considerado na presente lei». Ou seja, concluiu João Correia, «o diploma prevê que sejam inderrogáveis as determinações que estão aqui e que não se sabemos se são extensíveis aos médicos ou não».

«Fica limitada a uma pequena faixa de interesses a matéria da negociação colectiva na função pública a partir de agora, o que nos coloca perante uma realidade diferente da que tínhamos em mente, que era a negociação de todo o regime de carreiras, para a qual a FNAM e os sindicatos se estavam a preparar», reflectiu o jurista, considerando estar ainda por esclarecer o efeito real desta norma.

Já no período de debate, quer os elementos da mesa, quer a assistência voltaram a referir-se ao novo diploma, com João Rodrigues a considerar que este «se esqueceu, manifestamente, dos médicos». Por um lado, explicou, «não prevê a revogação do Decreto-lei 73/90, segundo o texto que tenho ainda da proposta de lei; depois prevê-se um modelo único da função pública de três graus: escolaridade obrigatória, 12.º ano e licenciatura, quando os médicos têm muito mais do que isso, em formação complementar dos vários graus».

Numa análise do documento que frisou ser «sumária, imediata e ainda não debatida com outros dirigentes sindicais», João Correia considerou o diploma «uma manta muito curta para os médicos» e traçou dois caminhos possíveis: um regime a reivindicar para a classe médica condições especiais ou a recondução do processo para a negociação de um acordo colectivo, «onde teremos o travão dramático da inderrogabilidade».

Contratação colectiva versus direito privado

João Rodrigues, dirigente Sindicato dos Médicos, sublinhou que «contrato individual de trabalho (CIT) não é sinónimo de precariedade». Ao intervir no debate, o médico, quis frisar o que já a interna Ana Sofia Pinto teria dado a entender e que depois Manuel António confirmou na sua apresentação. «Ao contrário do que muitos médicos acham, o CIT, independentemente de ser público ou privado (há que diferenciá-lo, pois o enquadramento legal é diferente), não é sinónimo de precariedade».

O IPO tem 34 médicos com CIT, 30 dos quais com CIT por tempo indeterminado, o que «significa que fazem parte do mapa do IPO e isto é muito importante que se comece a perceber», referiu, notando que estes contratos dos EPE são regulados pelo Código de Trabalho.

Perante a possibilidade de não se conseguir um acordo de contratação colectiva, e «partindo do princípio de que a grande maioria das unidades de

saúde caminham para ser enquadradas no Sector Público Empresarial -- com o Código de Trabalho que se aplica -- gostaria de saber se os nossos especialistas em Direito do Trabalho nos encontram um caminho para termos uma contratação colectiva versus aplicação do direito privado nos CIT», referiu João Rodrigues, adiantando que estes começam a ser a grande maioria nos hospitais e, futuramente, nos centros de saúde.

Armando Gonsalves, presidente da Associação de Médicos de Carreira Hospitalar, usou da palavra para destacar a necessidade de «uma acção concertada de sindicatos, médicos e Ordem dos Médicos, no sentido de impor um contrato colectivo de trabalho estatal e da privada». No entender do cardiologista, esse contrato colectivo é indispensável para «criar condições de ensino pós-graduado, de carreira e de diferenciação que garantam aos doentes serviços de saúde de qualidade».

Já Vasco Nogueira, interno do ano comum, denunciou «a progressiva desresponsabilização do Estado das suas funções sociais». A privatização dos serviços públicos, referiu, «está para continuar e os CIT não só vêm na mesma sequência, como também do isolamento do trabalhador e da incapacidade de negociação de um contrato justo». O jovem médico apontou ainda a tentativa de «acabar com as carreiras médicas, dismantelar, privatizar e destruir o SNS».

«Na minha opinião estes ventos – como lhes tinha chamado Jorge Leite – não são mais do que o desequilíbrio de uma balança que pende para uma política neo-liberal e que remonta à exploração do século XIX». Perante este quadro global de mudanças, Vasco Nogueira deixou o apelo de «um combate informado, esclarecido e mobilizador».

PRESIDENTE DA FNAM APELOU À UNIÃO, NO INTERESSE DE TODOS

Luta pelas carreiras médicas é para continuar

As carreiras existem e está exclusivamente nas nossas mãos, como médicos, conseguir redinamizá-las, restituir-lhes alguma vitalidade». A encerrar o debate, Mário Jorge Neves, presidente da FNAM apelou à união em torno de interesses comuns e prometeu luta.

A discussão em torno das carreiras médicas já dura, no seio da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e dos seus três sindicatos, porque, justificou Mário Jorge Neves, «era para nós óbvio que, com os desenvolvimentos negociais e legislativos do Governo, estaríamos mais cedo ou mais tarde confrontados com

a revisão do diploma». O trabalho começou com uma «profunda reflexão para procurar solucionar aspectos que consideramos já não estarem devidamente adequados às novas formas de organização do trabalho médico».

Desde Fevereiro, o site da FNAM tem disponível um documento que faz um primeiro balanço e enquadramento de todas as questões que se colocam, «até em termos de directivas europeias e do relatório do professor Fábrica, que vem dar origem a este diploma que já foi aprovado pelo Governo -- após negociações com as frentes sindicais da Administração Pública -- e transitou para a Assembleia da República».

Há todo um trabalho que, sublinha Mário Jorge Neves, «não é nada fácil», não só pela complexidade das questões que se colocam, mas também porque «o alheamento da grande maioria dos colegas é mais que muito, para discutir assuntos que são do seu directo interesse».

O presidente da FNAM lembrou que, enquanto existir um contingente de médicos maior ou menor com uma postura de desinteresse «o poder político terá facilitada a tarefa de impor aspectos que são de uma verdadeira regressão civilizacional». O responsável esclareceu que a estrutura sindical, «sempre encarou o diploma das carreiras médicas, agora o 73/90 e antes o 310/82, como uma forma de contratação colectiva».

O primeiro acordo de empresa assinado para os médicos em Portugal foi com os SAMS, logo a seguir ao 73/90, com graus e categorias, admitindo os contratos individuais de trabalho, «que servem para reafirmar o respeito e a subordinação ao acordo de empresa e, depois, para introduzir cláusulas específicas em função do trabalho daquele médico». Lembrando a experiência pioneira nos SAMS, Mário Jorge Neves verificou que «com vontade política e força suficiente a nível sindical, as questões da contratação colectiva e dos CIT não têm de ser obrigatoriamente dissonantes».



Mário Jorge Neves, Presidente da FNAM, encerrou o Debate.

Precariedade

No que se refere às carreiras, o responsável da FNAM manifestou-se preocupado com a «generalização da precariedade, da ausência da formação, da progressão do conhecimento técnico-científico», que acarretam «problemas gravíssimos a nível de todos os indicadores de um sistema de saúde».

«O neo-liberalismo, assim chamado impropriamente, configura uma concepção totalitária de feudalização da vida política e económica e o regresso a situações um pouco na base da barbárie civilizacional e humana, porque aquilo que se está a fazer relativamente a direitos adquiridos que eram o resultado do avanço civilizacional, só pode ser lido numa perspectiva clara de regressão e de feudalização das relações humanas, de trabalho e das relações económicas», declarou.

Baseando-se ainda na versão da lei sobre o regime de vinculação, carreiras e remunerações dos trabalhadores em funções públicas que saiu da Governo para a Assembleia da República, o dirigente da FNAM considerou preocupante «acabar com quadros de pessoal e substituí-los por mapas de pessoal, todos abrangidos por contratos individuais de trabalho». Desta forma, acredita, será possível colocar no desemprego qualquer trabalhador ao início do ano, com o argumento simples de que a dotação orçamental para esse ano não contempla mais de um determinado número de trabalhadores. «E não pensem os médicos que isto não calha aos doutores», alertou.

Quanto à progressão nas posições remuneratórias, «de acordo com o SI-ADAP, anualmente só 25 por cento dos trabalhadores podem ter “excelente” e, destes, cinco por cento “muito excelente”». No entender de Mário Jorge Neves, «uma organização que, por decreto, estabelece que apenas 25 por cento dos seus trabalhadores é excelente, pode fechar as portas». Acresce que, neste sistema, quem tem “muito excelente” vê atribuídos três pontos, os que têm “excelente” dois pontos e os restantes apenas um ponto. Sendo necessários 10 pontos para passar de posição remuneratória, 75 por cento dos trabalhadores vão ficar na mesma posição 10 anos, contabilizou.

Há possibilidade, para os médicos, do ponto de vista negocial, influenciarem o conteúdo da nova legislação e imporem as soluções mais benéficas para o exercício da profissão.

Aproveitar oportunidade

O dirigente reparou, no entanto, que «o diploma admite carreiras especiais e que as carreiras médicas preenchem todos os seus requisitos». Por outro lado, «há questões omissas – não estabelece, por exemplo, o mecanismo de progressão nas categorias –, criando uma possibilidade, para os médicos, do ponto de vista negocial, influenciarem o conteúdo da nova legislação e imporem as soluções mais benéficas para o exercício da profissão».

Se tivermos a força dos colegas para negociar ainda melhor, pode encontrar-se aqui um quadro que não seja tão negativo como era à partida previsível.

Outro aspecto que já estava nos princípios orientadores da negociação estabelecidos com as duas frentes sindicais da Administração Pública e o Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado tem a ver com a aplicação do regime de carreiras aos CIT. «Apesar do panorama, há aqui um salto de extraordinária importância para criar uma perspectiva de futuro mais risonho relativamente aos colegas mais jovens que têm CIT ou ainda estão no Internato, e que o mais certo é trabalharem à peça ou por horas», explicou Mário Jorge Neves.

«Se tivermos a força dos colegas para negociar ainda melhor, pode encontrar-se aqui um quadro que não seja tão negativo como era à partida previsível», referiu o presidente da FNAM, notando que «há perigos reais, e que estes são tanto maiores quanto maior for o alheamento da generalidade dos colegas».

Modelos americanos

O líder da FNAM disse não ter dúvida de que está a ser aplicado no país, ao nível da saúde e das relações laborais, um figurino que faz a transposição do modelo americano para a realidade europeia. Acontece que a nossa realidade, referiu, «ainda tem tradições de solidariedade e de avanço civilizacional», ao contrário da «selva social e humana» constituída nos Estados Unidos.

Mário Jorge Neves lembrou «a realidade dramática do sistema de saúde americano – que já vai com mais de 50 milhões de cidadãos sem acesso a quaisquer cuidados de saúde, sendo 14 milhões crianças com menos de 12 anos» – e recusou a «tentativa de transposição mecânica, do estilhaçar da solidariedade do exacerbar do individualismo extremo».

O CIT é, no entender do presidente da FNAM, «outra forma de combater e limitar drasticamente a actividade sindical, sendo certo que uma sociedade sem actividade sindical livre, não é uma sociedade democrática e livre». E tudo isto vem reforçar «a pesada responsabilidade», disse, prometendo trabalho.

«As carreiras não acabaram. Têm sido submetidas a uma grande ofensiva, têm sido golpeadas mas, porque reflectem uma exigência da realidade do trabalho médico e da organização dos serviços, elas, apesar de tudo, ainda aí estão e ainda têm um diploma».

Mário Jorge Neves garantiu a discussão da revisão do diploma das carreiras médicas, «com o enquadramento do 73/90 e não outro». Alertou os colegas para não se perderem em «atitudes pessimistas», que «desarmem o subconsciente colectivo», uma vez que estas enfraquecem os sindicatos e o poder negocial.

As delegações sindicais só podem trazer bons resultados negociais para a generalidade dos colegas se houver da parte deles a «consciência que as carreiras são indissociáveis da sua estabilidade laboral, da sua progressão profissional, técnico-científica e que são uma conquista civilizacional dos seus direitos laborais», sustentou. «As carreiras existem e está exclusivamente nas nossas mãos, como médicos, conseguir redinamizá-las, restituí-lhes alguma vitalidade».

As carreiras são indissociáveis da estabilidade laboral, da progressão profissional, técnico-científica e são uma conquista civilizacional dos direitos laborais.

O presidente da FNAM referiu ainda que os médicos, ao contrário de tantos sectores profissionais, pedem estabilidade com responsabilização profissional, propondo-se a ser avaliados, com base em parâmetros objectivos, em termos individuais e de equipa. «Se conseguirmos responsabilização e avaliação, conseguiremos afastar mais uma vez um conjunto de nuvens negras que pairam sobre o nosso futuro profissional», justificou.

Mário Jorge Neves concluiu que «não há super-dirigentes sindicais». Os sindicatos são «uma emanção directa dos seus sócios e dos colegas em geral. A única que coisa que posso prometer é luta empenhada».

Desempenho em saúde tem vindo a descer

As carreiras médicas estiveram, desde o início, intimamente ligadas ao Serviço Nacional de Saúde e, apesar de «ineficiências e perversões», têm-se mostrado um instrumento claro de garantia da melhoria contínua da qualidade do exercício da profissão. Mário Jorge Neves, lembra que foi graças ao sistema de saúde e à relação estreita com as carreiras que Portugal alcançou, em 2000, o 12.º lugar da tabela da Organização Mundial de Saúde no índice de desempenho.

As classificações são hoje diferentes e, diz o presidente da FNAM, «não é por acaso». «Há algumas semanas, fomos confrontados com estudos que nos colocam em 19.º lugar no espaço europeu, o que não é alheio às políticas que têm sido praticadas nos últimos sete anos, pelo actual ministro e também pelo seu antecessor e amigo». No entender do dirigente, «estamos já a pagar o “êxito” da empresarialização e das SA», perspectivando-se um futuro pior, se continuarmos na mesma senda.

Como elemento comparativo, Mário Jorge Neves citou o caso da Grã-Bretanha, que há 15 anos estava em primeiro lugar no índice de desempenho dos sistemas de saúde e, em 2000, tinha descido já ao 18.º lugar, atrás de Portugal. «Foi o resultado da destruição integral dos serviços públicos naquele país, da saúde e não só», frisou, lembrando que «até nas prisões da Grã-Bretanha existem parcerias publico-privadas».

«É um facto que a precariedade do trabalho diminui a qualidade do desempenho profissional e a ausência de formação adequada é responsável pelo aumento do número de acidentes de trabalho», sublinhou o presidente da FNAM.

Salvaguardar a avaliação inter pares

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e a Comissão Executiva da FNAM têm em curso um trabalho de discussão sobre os conteúdos funcionais das categorias médicas, lembrou, na sua intervenção, Mário Jorge Neves.

Para o responsável, é «absolutamente crucial» que existam duas formas de diferenciação do trabalho e da progressão dos médicos, uma na base dos seus conhecimentos técnico-científicos e outra por via da avaliação do desempenho

institucional. «Se salvaguardarmos a avaliação inter pares da diferenciação de conhecimentos técnico científicos estamos a blindar o exercício da profissão à interferência estranha, à interferência do próprio poder político no exercício da profissão médica», defendeu.

B – OS MÉDICOS E O CIT

A actividade médica é preenchida por um património legal e constitucional ainda mais carregado de ingredientes públicos, onde a relação laboral clássica dificilmente se adequa e se justapõe.

Se examinarmos os ingredientes constitucionais do direito à saúde, assegurados pelos médicos (mas não só por eles) e se extrairmos todas as consequências legais daí decorrentes, torna-se ainda mais penoso o exercício de integração da actividade médica no regime laboral privado.

A circunstância de o exercício da medicina pressupor a inscrição obrigatória numa associação pública, a carga deontológica que recai sobre os médicos, a dupla verificação da actuação dessa carga deontológica (a das entidades empregadoras e a da OM) tudo isto leva a formular as seguintes conclusões:

1 – É possível sujeitar a classe médica ao regime jurídico do contrato individual de trabalho

2 – Mas, para atingir esses objectivos, as cautelas legais a doptar não se podem circunscrever a um mero enunciado de princípios gerais.

3 – Quase se exigindo a publicação de um Código de Trabalho Médico (e, eventualmente, da enfermagem) dada a natureza e a complexidade e variedade das normas em presença, seja de natureza constitucional, seja de natureza legal e, mesmo, infra-legal.

Em suma:

Compreende-se, pois, que a relação individual de trabalho de cada médico, seja qual for o grau de hierarquia em que está inserido, deva estar preenchido por normas que tornem claros os direitos e deveres perante os empregadores, perante os utentes, perante as hierarquias e, simultaneamente, perante a Ordem dos Médicos.

As relações colectivas - ACT

Daqui se depreende que o papel da contratação colectiva seja nuclear, como em qualquer sector de actividade, embora a fronteira entre a lei e a convenção colectiva deve ser fixada em moldes e momentos diferentes do que a fixada nos demais sectores de actividade.

Para a actividade médica, na verdade, o papel da lei não é limitado à consagração de mínimos e tem de se mostrar clarificador desses direitos,

desses deveres, das competências, das responsabilidades, ou seja, de matéria absolutamente excluídas da disponibilidade dos interessados face à natureza da prestação e à satisfação de necessidades sociais que se prendem com o exercício de direito dos direitos: o direito à vida, com todas as suas sequelas funcionais, económicas, administrativas, culturais e civilizacionais.

Daqui decorre, em suma, a absoluta necessidades de definir a fronteira entre a lei e a convenção colectiva, apurando-se o que cabe àquela e deixando para esta tudo o que diz respeito às matérias negociáveis como, por exemplo, o regime das carreiras, horários, vencimentos, mobilidades.

A matéria da disciplina, da deontologia e da cessação do contrato por motivos disciplinares não poderá estar nas mãos dos empregadores, devendo a decisão exclusiva ingressar na esfera da competência da OM, ou do tribunal, por exemplo.

C – CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Legislação em destaque

- Base XXXI da Lei de Bases de Saúde aprovada pela Lei nº 48/90 de 24 de Agosto com a redacção dada pela Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro

“ Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho”.

Artigo 14 do Novo Regime Jurídico de Gestão Hospitalar aprovado pela Lei nº 27/2002

“1 - Os funcionários e agentes da Administração Pública que prestam serviço nos hospitais à data da entrada em vigor da presente lei regem-se pelas normas gerais aplicáveis, de acordo com o disposto na base XXXI da Lei nº 48/1990 de 24 de Agosto

2 - A admissão de pessoal pelos hospitais, após a entrada em vigor da presente lei pode reger-se de acordo com os princípios da publicidade, de igualdade, da proporcionalidade e da prossecução do interesse público e pelas normas aplicáveis ao contrato individual de trabalho.

3 - Exceptuam-se do disposto no número anterior o pessoal em formação que esteja ou venha a ser contratado para esse fim ao qual se aplica o contrato administrativo de provimento.

4 - Ao pessoal com relação jurídica de emprego público que opte pelo regime de contratação individual de trabalho é aplicável o disposto no artigo 21º e no artigo 22º do Estatuto do SNS.

Artigo 21º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (D.L. 11/93 de 15 de Janeiro)

“O Ministro da Saúde pode autorizar com fundamento em razões de interesse público, que o pessoal com relação jurídica de emprego na Administração Pública que confira a qualidade do funcionário ou agente seja contratado por entidades privadas pertencentes ao sistema de saúde, sem perda de vínculo.

1ª A mobilidade de pessoal a que se refere o número anterior só pode efectuar-se por requisição ou licença sem vencimento.

1 - A requisição rege-se pelo estabelecido na lei para o pessoal com relação jurídica de emprego público.

2 - A licença sem vencimento rege-se, com as necessárias adaptações pelo disposto quanto às licenças de longa duração para o pessoal com relação jurídica de emprego público com as especificidades constantes do artigo seguinte.

Artigo 22 do diploma supra:

1.º A licença sem vencimento tem a duração máxima de 10 anos, e termina, independentemente do prazo por que tenha sido concedida, logo que cessem os pressupostos da sua concessão.

2.º No caso da licença sem vencimento ser autorizada por período inferior a 10 anos, pode ser sucessivamente renovada até ao limite máximo fixado.

3.º O tempo de licença sem vencimento releva para todos os efeitos legais, podendo o funcionário ou agente optar por continuar a efectuar descontos para a aposentação ou reforma, sobrevivência e ADSE.

4.º A licença sem vencimento determina a abertura de vaga podendo o funcionário regressar à função pública na generalidade de excedente no caso de preenchimento ou extinção de lugar.

Análise

A Lei 23/2004 de 22 de Junho aprovou o Regime Jurídico do Contrato Individual de Trabalho na Administração Pública (CITAP).

De acordo com o preceituado no nº 3 do seu artigo 26, o regime previsto nesta lei aplica-se aos contratos de trabalho a celebrar ao abrigo da base XXXI da Lei de Bases da Saúde e do artigo 14º da Lei 27/2002 que aprovou o Regime Jurídico de Gestão Hospitalar.

Pela leitura destas normas é possível concluir que desde a entrada em vigor daqueles diplomas ficou aberta a possibilidade dos médicos ao serviço do SNS serem contratados em regime de contrato individual de trabalho cujas normas disciplinadoras se encontram sistematizadas na Lei 23/2004 com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei 53/2006 de 7 de Dezembro.

É sabido contudo, que após a publicação do diploma que irá definir e regular os Regimes de Vinculação de Carreiras e de Remunerações dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas, deverá ser igualmente publicado um novo

Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP) que substituirá o actualmente em vigor, pelo que, este conjunto de notas destinadas a abordar ainda que dum modo superficial o regime do CITAP tem como característica determinante a sua precariedade.

Contudo, em face do desconhecimento generalizado que a maioria dos médicos têm sobre as regras que norteiam os contratos de trabalho que, com cada vez maior frequência lhe são propostos, deve esta sua abordagem ser encarada como uma resposta a esse problema ainda que, com carácter precário.

Dessas regras, importa sistematizar aquelas que melhor podem responder às necessidades de conhecimento dos médicos que se venham a tornar sujeitos deste tipo de contratação.

Assim, analisando:

Os contratos de trabalho podem, na sua vertente prazo, ser sem termo ou com termo resolutivo, e dentro deste, termo resolutivo certo ou incerto.

Contudo há que ter presente que só poderão ser realizados contratos a termo resolutivo nas seguintes situações:

- a) Substituição directa ou indirecta de funcionário, agente ou outro trabalhador ausente ou que, por qualquer razão, se encontre temporariamente impedido de prestar serviço;
- b) Substituição directa ou indirecta de funcionário, agente ou outro trabalhador relação ao qual esteja pendente em juízo acção de apreciação da licitude do despedimento;
- c) Substituição directa ou indirecta de funcionário, agente ou outro trabalhador em situação de licença sem retribuição;
- d) Substituição de funcionário, agente ou outro trabalhador a tempo completo que passe a prestar trabalho a tempo parcial;
- e) Para assegurar necessidades públicas urgentes de funcionamento das pessoas colectivas públicas;
- f) Execução de tarefa ocasional ou serviço determinado precisamente definido e não duradouro;
- g) Para o exercício de funções em estruturas temporárias das pessoas colectivas públicas;
- h) Para fazer face ao aumento excepcional e temporário da actividade do serviço;
- i) Para o desenvolvimento de projectos não inseridos nas actividades normais dos serviços;
- j) Quando a formação dos trabalhadores no âmbito das pessoas colectivas públicas envolva a prestação de trabalho subordinado.

Se a situação for a contemplada nas alíneas a) a d) e f) a i) o contrato pode ser a termo incerto, nas restantes situações previstas neste artigo, deverá ser utilizado o contrato a termo resolutivo certo.

Todos os contratos devem ser elaborados por escrito e para que sejam válidos devem deles constar os seguintes elementos:

- 1- Nome e domicílio ou sede dos contraentes
- 2- Tipo de contrato (se fôr a termo qual o prazo de duração)
- 3- Actividade contratada e remuneração
- 4- Local e período normal de trabalho
- 5- Data de início de vigência do contrato
- 6- Indicação do processo de selecção adoptado previamente à contratação
- 7- Entidade que autorizou a contratação

No processo prévio de selecção, exige-se que tenha havido publicitação da oferta de emprego e a decisão tenha sido escrita e fundamentada em critérios objectivos de selecção.

Quanto à remuneração contratada, prevalece o princípio da equivalência, que determina que os níveis remuneratórios devem ser semelhantes aos dos médicos integrados em carreiras.

Na ausência de instrumento de contratação colectiva que preveja as remunerações devidas e o desenvolvimento das carreiras, devem estes contratos ter uma regra que os equipare pelo menos em termos de desenvolvimento indiciário (escalão/índice) aos demais médicos integrados nos quadros.

O mesmo deve acontecer em relação a outras regalias (subsídios de refeição por exemplo). Ou as partes contraentes negoceiam regalias autónomamente, ou se o não fizerem deve haver uma cláusula geral de aplicação subsidiária das regalias que são devidas aos demais colegas com vínculo à função pública.

A actualização salarial anual estará abrangida também por essa cláusula geral, se outra não for negociada pelas partes.

A introdução de regras relativas ao aumento salarial em função de critérios de aumento de produtividade podem constar do contrato, dentro do princípio da liberdade contratual de que as partes dispõem.

Quanto ao local de trabalho, este deve ser expressamente mencionado, sendo que pode ser alargado a outras instalações que pertençam à instituição contraente.

No entanto, a cedência ocasional do médico a outras instituições que não o contraente deve só ocorrer com o seu acordo expresso e por escrito.

O contrato deve prever o horário e a duração semanal de trabalho.

O número de horas de trabalho normal exigido aos médicos das carreiras é de 42 horas semanais pelo que este deve ser o seu limite máximo.

Também quanto à distribuição do trabalho semanal, a remuneração do trabalho nocturno e do trabalho extraordinário, a regra deve ser de aplicação subsidiária das normas existentes para as carreiras médicas.

Recorde-se porem que este diploma tem aplicação nos hospitais SPA.

Nos EPE, a contratação faz-se em moldes idênticos já não reguladas pelas regras da Lei 23/2004 de 22 de Janeiro mas unicamente pelo Código do Trabalho, diploma que também ele se aplica subsidiariamente aos contratos realizados ao abrigo daquela Lei.

É o que acontece por exemplo com as regras de cessação ou suspensão do contrato de trabalho da protecção na maternidade/paternidade, da protecção ao estudante/trabalhador e do regime de férias, feriados e faltas, entre outros.

Assim e em conclusão:

A separação de regimes público e privado no tocante à contratação de pessoal está a esbater-se progressivamente.

No futuro assistiremos à generalização do contrato individual de trabalho como instrumento preferencial de contratação de pessoal quer na Administração Pública quer no Sector Privado.

Reservando algumas regras próprias para a Administração sobretudo no tocante à exigência de um processo mínimo de selecção, o regime de contratação irá ser muito semelhante e reger-se-á por normas próximas.

O que acaba de ser dito aplica-se, como também já foi dito atrás, até ser publicado o novo regime das carreiras e remuneração dos trabalhadores que exerçam funções públicas seguidas do RCTFP – Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas.

Contudo, então como agora, aconselha-se a leitura atenta de cada contrato que seja proposto, a confrontação do seu texto com as regras acabadas de enunciar, e, em caso de dúvida, deve ser contactado o Gabinete Jurídico do SMZC para um melhor esclarecimento.

Coimbra, Novembro de 2007

O Gabinete Jurídico do SMZC, Regina Pinho



À MARGEM



Noel Carrilho e Francisco Elias, Dirigentes da SMZC, na montagem da exposição de quadros que se realizou paralelamente ao debate do SMZC.

CAPÍTULO V

CONTROLO BIOMÉTRICO

A — UMA MEDIDA RETRÓGADA

B — A INSUSTENTÁVEL LEVEZA DAS MEDIDAS

O CONTROLO BIOMÉTRICO

Controlo Biométrico

A – Uma medida retrógrada

Após anúncio público de que serão implementados até ao final do ano de 2007, sistemas de “controlo biométrico de presença” dos profissionais nas unidades de saúde, a FNAM já em Janeiro de 2007 se tinha pronunciado (www.fnam.pt). Agora que a medida vai ser generalizada, devemos novamente colocar algumas questões:

1 – Estará relacionada com a produtividade, com o controlo dos custos em horas extra, com a avaliação de desempenho?

2 – Estará relacionada com a pressão social decorrente da ideia de que não há cumprimento de horários nas unidades de saúde?

3 – Estará relacionada com a necessidade de implementação da contratualização interna com um sistema de incentivos?

4 – Ou, será que está relacionada com a introdução e implementação de uma gestão participada e descentralizada?



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

DESPACHO N.º 187 / 2007

Os deveres de assiduidade e de pontualidade são basilares em qualquer relação de trabalho, pelo que a verificação do seu cumprimento tem de ser sempre encarada como uma medida imprescindível à boa gestão das instituições, independentemente da sua natureza jurídica.

Despacho do Secretário de Estado

Enfim, as razões formais apresentadas são estas, as razões políticas de implementação infelizmente, são outras.

Todos sabemos, começando nos gestores (nomeados, sem necessidade de prestar contas) que todos os profissionais devem cumprir com as suas responsabilidades.

Que a responsabilidade agora seja sinónimo de escrupuloso cumprimento do horário pela presença física, já para não falar nas anomalias, já me suscita muitas dúvidas!...

Assim, para o suposto problema do desempenho, se esse fosse efectivamente o problema, o Ministério da Saúde e os seus gestores deveriam equacionar a implementação de medidas de avaliação de desempenho credíveis, negociação interna sobre metas a atingir, sistema de informação clínico, responsabilização dos responsáveis pelas avaliações, utilização de auditorias clínicas e um sistema de incentivos.

Mas não, no caso português, optou-se pela mera aquisição do “controlo biométrico” ou “detector de presenças”.

Nem as orientações técnicas, definidas pelas empresas que fornecem o material, foram e são cumpridas.

Em síntese, mais uma medida “taylorista” absolutamente retrógrada.

Nenhum médico que trabalhe a sério num hospital, e mais horas do que aquelas a que é obrigado por lei (e são muitos os que o fazem), pode estar minimamente preocupado com a introdução de um controlo efectivo da assiduidade. Bem pelo contrário. Só se preocupa quem não cumpre. A malta não é parva: a mão que foge ao controlo é a mesma que nos vai ao bolso. Esta gritaria sobre dedos apenas serve para proteger os anéis.

João Rodrigues, SMZC/FNAM

B – A Insustentável Leveza das Medidas

Noel Carrilho

Dirigente SMZC

noelcarrilho@hotmail.com

Já deu muito que falar a introdução do registo biométrico para os profissionais de saúde. Haverá mal em registar os horários de entrada e saída dos médicos? Será esta medida ofensiva? A medida não o será, mas tudo leva a crer que as intenções o são.



Senão vejamos...

Grande anúncio de que os médicos vão (finalmente) ser controlados de forma rígida em relação aos seus horários de trabalho.

Há muitos que regozijam, e é até natural. Pois se a televisão que nos molda (ou tolda...) as opiniões, alimenta numa base diária, um chorrião de pseudo-negligências e incompetências dos médicos. Como interpretarão esta medida, senão como uma justa e há muito adiada disciplinação de um grupo de preguiçosos?

Mas a leveza com que o próprio dirigente máximo da saúde em Portugal deixa a entender que a produtividade dos Hospitais vai aumentar com esta medida (subentendendo-se que seriam os médicos, com uma conduta menos adequada, quem estaria a causar prejuízos ao SNS) é simplesmente ultrajante.

Em que dados se baseia o Ministro da Saúde para afirmar que os médicos são incumpridores? Não imagino quais possam ser, já que dos que existem, se constata o contrário. Deverá ser então algum tipo de opinião, baseada no que “toda a gente sabe”. E o que toda a gente pensa saber, é que os médicos são faltosos e andam a brincar com a saúde dos outros. Seria de pensar que quem tem responsabilidades governativas apresentasse critérios mais sólidos de decisão. Mas é de tal modo corriqueiro que os dados em que se baseiam estas decisões sejam deturpados, exagerados ou simplesmente omitidos, que infelizmente já nem nos perguntamos por eles.

Concentremo-nos então nas alegadas intenções desta medida. Fala-se de produtividade, flexibilidade e justiça. Reflictamos sobre o que se espera melhorar com esta medida e se é lógico acreditar que sejam estas as verdadeiras intenções.

Resultados em termos de produtividade desta medida são mais que duvidosos. Figuras idóneas já refutaram cabalmente que tal seja válido, nomeadamente a professora universitária (e ex-ministra da Saúde) Manuela Arcanjo. Mais importante ainda, é que estes supostos resultados são imensuráveis, já que verdadeiras medidas de produtividade individual e colectiva (essas sim importantes) não são sequer faladas. Daqui a um ano ou dez, não saberemos se de facto estas medidas tiveram algum peso. Por aqui se vê que a produtividade não é o âmago da questão.

Às perguntas bem concretas que se colocam em relação ao problema da rigidez deste sistema, responde-se que este permitirá flexibilidade. O conceito de flexibilidade não é novidade para o médico que vai ver o seu doente aos fins-de-semana e feriados, para o Cirurgião que sai horas após a que seria a sua hora de saída, ou vem operar o seu doente fora do horário normal de trabalho. Esta flexibilidade, auto-regulada, foi até agora relativamente bem aceite. Em parte porque é interpretada como reconhecimento de confiança nas qualidades morais e de auto-gestão do médico, e em parte por juramentos

Querem-nos fazer crer que são os juízes os grandes causadores da lentidão da justiça com as suas férias, ou que são os professores o entrave do sistema educativo com os seus horários. E então não chegaria a vez dos médicos, que “toda a gente sabe” que “ganham muito e fazem pouco”?

que nos levam a esquecer essas coisas em nome do doente (nada que ocupe páginas em livros de Economia). O que aparentemente é novidade para este ministério é que a flexibilidade se paga. Será um trabalho “das 9 às 6” comparável a um trabalho que implica ausência de horários fixos, com prejuízos para a vida pessoal e familiar? Sabemos bem nós que não é. Como sabemos bem que esses prejuízos não têm vindo a ser pagos. Culpa dos médicos que não o exigem. Mas tudo isso pode mudar, e ao lado da expressão da moda “flexisegurança”, pode ser que surja a nova expressão “flexipagamento”.

Quanto ao intuito “justiceiro” destas medidas não é novidade. Com essa desculpa vai-se tentando empurrar a culpa dos sistemas públicos que não funcionam para a base da pirâmide. Querem-nos fazer crer que são os juízes os grandes causadores da lentidão da justiça com as suas férias, ou que são os professores o entrave do sistema educativo com os seus horários. E então não chegaria a vez dos médicos, que “toda a gente sabe” que “ganham muito e fazem pouco”? Esperam-se os mesmos resultados na Saúde, que nos sistemas judicial e educativo, agora de funcionamento tão nitidamente melhorado...

Refere o Sr. Ministro da Saúde, a propósito deste assunto, que “a coisa pior do mundo é bons profissionais serem prejudicados pelos que são menos bons”. Bom... É realmente verdade que políticos pouco preparados podem provocar o descrédito de bons profissionais. Se será a pior coisa do mundo, é duvidoso, mas do lado de cá podemos pelo menos afirmar que é desagradável.

São estas incongruências, que levam a que mais que uma pessoa se interogue sobre quais são as verdadeiras intenções desta medida. Parece-me lógico deduzir a intenção, por aquele que é o único resultado inegável desta medida - uma ainda maior descrédibilização e desânimo de um sector já saturado de falsas acusações. Há um efeito provocatório e vexatório desta medida, que é impossível não ter sido antecipado.

Servirá de alguma coisa ao Ministro uma classe inteira de profissionais desacreditados? Claro que não. Mas também já está bem claro que estes profissionais não lhe servem, seja de que maneira for. Os convites ao abandono do SNS são tão claros, que já nem se podem chamar de disfarçados. A motivação dos profissionais não tem neste contexto valor algum. A não ser a motivação para se irem embora (essa bem vinda). Quanto maior o incómodo, quanto maior a saída para o sector privado, melhor. Um SNS mais leve é o que se quer. Quanto ao peso na saúde dos portugueses, são contas que ficam por fazer.

Este ataque à credibilidade dos vários sectores profissionais, nomeadamente os considerados privilegiados, tem um resultado óbvio e eficaz - o isolamento de interesses individuais, de modo a fraccionar uma reacção, que poderia ser de repulsa conjunta, à medida que vão caindo os ataques aos direitos dos trabalhadores. Alguns já aí estão (o autismo em relação aos Sindicatos é só um dos sinais), mas mais e piores virão.

Cabe a todos, não nos iludirmos com a aparente leveza destas medidas.

ONDE VAI, DOUTOR?
ESTÁ A MEIO DE
UMA OPERAÇÃO...

VOLTO JÁ!!
LEMBREI-ME AGORA QUE
NÃO PIQUEI O PONTO...

