

SMN

[boletim]

PUBLICAÇÃO MENSAL
ANO 01 | PUBLICAÇÃO 01

AGOSTO DE 2015



Capa: Trabalho gentilmente cedido
por Dr. Adão Cruz



Editorial

O SNS NA ENCRUZILHADA

A Direcção do SMN decidiu passar a emitir periodicamente um boletim que permita manter os sócios activos, participando na discussão dos diversos aspectos da actividade sindical e da política de saúde. Pretende-se deste modo que todos colaborem enviando pequenos textos de opinião sobre os assuntos que entenderem de modo a que o boletim possa ser um veículo de reflexão de todos os sócios.

A iniciativa parece-nos oportuna uma vez que atravessamos um momento particularmente grave no que se refere ao nosso Serviço Nacional de Saúde, que corre o risco de total descaracterização, passando o estado a prestador residual, assumindo o sector privado e social a parte de leão, ficando o cidadão comum à mercê dos seus vorazes interesses.

Esta evolução, iniciada já nos governos do partido socialista, acentuou-se de forma dramática durante a legislatura que agora termina a coberto da apregoada necessária austeridade. A lógica neoliberal prevalecente introduziu de forma suave mas progressiva alterações nos modelos de gestão dos hospitais e também na acessibilidade à medicina curativa nos cuidados primários de saúde, afastando profissionais e doentes das instituições públicas e orientando-os para a iniciativa privada.

Estão efectivamente em risco as carreiras profissionais médicas, está à porta o fim do internato geral, não haverá possibilidade de especialização para todos os médicos, a capacidade de formação dos serviços públicos está drasticamente diminuída com a desorganização e falta de equipamento de muitos serviços e a saída de muitos profissionais diferenciados e os hospitais privados que crescem, como cogumelos no final do Outono, pelo país não estão vocacionados para a formação especializada voluntária, dedicada e empenhada que caracterizava os hospitais públicos. Estão à porta os antigos “internatos à Ordem” para quem puder obter acesso.

Simultaneamente os profissionais e também os médicos assistem à crescente proletarização do seu trabalho, à tentativa da sua desqualificação e mesmo já ao desemprego.

Neste primeiro número de arranque decidimos solicitar a alguns membros da Direcção, representando gerações diferentes de médicos, algumas opiniões sobre temas de grande actualidade

A lógica neoliberal prevalecente introduziu de forma suave mas progressiva alterações nos modelos de gestão dos hospitais e também na acessibilidade à medicina curativa nos cuidados primários de saúde, afastando profissionais e doentes das instituições públicas e orientando-os para a iniciativa privada.

no panorama sindical médico e naturalmente também da política de saúde.

Em relação à carreira hospitalar o Dr. Paulo Andrade faz algumas reflexões pertinentes sobre a necessidade urgente de reforma deste sector, que terá necessariamente de mudar para se adaptar às novas realidades assistenciais e tendo como objectivo tratar melhor os doentes com economia de recursos técnicos e humanos, através de uma gestão mais eficaz e participativa. É urgente neste sector impedir a saída progressiva de médicos, o que só será conseguido criando melhores condições de trabalho e remuneração. É imperioso equipar devidamente os serviços ou unidades funcionais em meios técnicos e humanos, estabelecer uma rede assistencial integrada e complementar das várias unidades, perseguindo maior rentabilidade.

O Drº Jorge Almeida debruça-se sobre as parcerias público privadas na saúde e deixa bem claros os inconvenientes desta opção do governo para o SNS e para os portugueses em geral e os benefícios que os empresários da saúde tão bem parecem explorar.

Na área dos cuidados primários de saúde é ameaçador o panorama que se vive nos últimos anos no que se refere ao futuro da reforma. Não havendo a coragem de assumir publicamente a oposição a tão importante mudança, em boa hora iniciada com sucesso, procura-se com argumentos pouco credíveis e por vezes mesmo falsos, desacreditá-la e apontando a entrega à iniciativa privada, uma vez mais, como o melhor caminho a seguir.

A avaliação do trabalho médico e a progressão horizontal na carreira na sua dependência foi alvo de reflexão por parte do Drº Jorge Coutinho, que desde o início esteve ligado à análise e à tentativa de aplicação do famigerado SIADAP

ao trabalho médico. O modelo é mau, mais penalizador do que estimulante da melhoria da qualidade do trabalho e muito burocratizado e por isso revelou-se impraticável. É todavia urgente encontrar uma forma de concretizar, através de um adequado modelo de avaliação, a progressão horizontal na carreira médica, de forma a torná-la mais estimulante para os novos médicos, sob pena de ela não se tornar minimamente atractiva em relação a outras opções existentes no mercado da saúde.

O Drº Arnaldo Araújo apresenta-nos uma síntese do que tem ocorrido nos últimos anos quanto à aposentação dos médicos. Vivemos um momento também preocupante no que toca a este assunto. Os médicos que em grande número têm solicitado a aposentação, não estão a afastar-se apenas porque atingiram o limite de idade, é muito significativo o número de reformas antecipadas, que são efectivamente devidas à degradação das condições de trabalho e à falta de consideração e respeito das administrações para com profissionais que durante décadas se dedicaram intensamente à sua vida profissional nas instituições de saúde contribuindo para a reconhecida melhoria dos índices sanitários do país.

A Profª Berta Nunes na dupla qualidade de médica e autarca abre o apetite para nos debruçarmos sobre a anunciada municipalização da saúde, que num futuro muito próximo, irá apresentar-se como um desafio importante sobre o qual é fundamental iniciar uma reflexão.

Parece-nos que estão reunidos neste boletim alguns temas actuais e suficientemente estimulantes para que os sócios reflectam sobre eles e nos enviem as suas opiniões e reflexões e porque não mesmo propostas concretas de solução para as incluirmos em próximos números.

APOSENTAÇÃO

A GRANDE DEBANDADA

Muitos são os motivos que poderão justificar a debandada de Médicos do SNS, a esmagadora maioria por aposentação antecipada.

Mas sem dúvida que, com grande peso, estará o mal-estar crescente que se vive nos serviços (quer Hospitalares, quer nos Cuidados de Saúde Primários), derivado das múltiplas desconsiderações com que as diferentes tutelas diariamente nos premeiam; o desinvestimento no SNS que, no dia-a-dia, nos confronta com a falta de material e não substituição de equipamentos degradados; a falta de perspectiva de progressão salarial (só de novos cortes...); a crescente burocratização que introduziram na nossa actividade, muito responsável pelo burn out que está a atingir números preocupantes; os casos de perseguições que se multiplicam por parte de várias chefias; e tudo isto agravado pelas múltiplas alterações às regras da aposentação na Função Pública.

A nível nacional, como se pode ver pelo quadro 1, de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014 aposentaram-se no total 2742 médicos (30 de Saúde Pública, 1400 da MGF e 1312 da Hospitalar); e já este ano, até 1 de Julho, mais 320 “bateram com a porta”, dos quais 7 de SP, 152 de MGF e 161 da área Hospitalar, o que perfaz um total de 3062 nestes cinco anos e meio.

Bem pode, pois, o Ministro Paulo Macedo alardear junto da comunicação social que nos últimos dois anos anunciou a autorização para a abertura de 270 vagas para este grupo profissional

QUADRO 1: APOSENTADOS A NÍVEL NACIONAL

2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
606	666	406	463	601	2742

Só a nível da Região Norte, aposentaram-se, nestes mesmos períodos, 828 médicos, dos quais, 13 de S.P., 419 de MGF e 396 Hospitalares (e nesta primeira metade do ano, mais 91, respectivamente, 3, 43, 45).

Várias análises poderão ser feitas com base nestes dados, recolhidos mensalmente nas listagens que a Caixa Geral de Aposentações faz publicar em Diário da República.

Pelas repercussões no funcionamento dos serviços e na capacidade formativa dos jovens internos, atenhamo-nos, apenas, no número de Assistentes Graduados Sénior (Chefes de Serviço

na antiga designação) que se desvincularam dos serviços por via da aposentação.

Como se pode ver no quadro 2, a nível nacional, um total de 886 aposentaram-se nestes cinco anos e meio (só na Região Norte, 315 – 8 de S.P., 65 de MGF e 217 da área Hospitalar).

QUADRO 2: ASSISTENTES GRADUADOS SÉNIOR

2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
183	213	130	115	166	79	886

Bem pode, pois, o Ministro Paulo Macedo alardear junto da comunicação social que nos últimos dois anos anunciou a autorização para a abertura de 270 vagas para esta categoria, o que representa menos de 1/3 daqueles (e só aqueles...) que nestes cinco anos e meio deixaram os serviços!

Para onde caminha a Saúde Pública



POR FIRMINO MACHADO

Médico Interno de Saúde Pública
firmino.firminomachado@gmail.com

RECENTREMO-NOS!

É da nossa competência ter um olhar crítico dos dados em saúde, gerados a nível nacional e regional, integrá-los e criar informação, auxiliando na tomada de decisão (clinical intelligence)?

É da nossa competência realizar benchmarking entre instituições e profissionais de forma a identificar a excelência de práticas clínicas?

É da nossa competência a observação do nível de saúde das populações e da assimetria na sua distribuição, das dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, da fina compreensão da demografia e epidemiologia das populações e a capacidade de questionar, investigar e fazer ciência?

É da nossa competência a construção e coordenação de equipas multidisciplinares (constituídas por elementos das autarquias, ONGs, meio académico, forças de segurança pública, segurança social, profissionais de saúde, outros), que de forma centrada no utente façam EFETIVA promoção da saúde e prevenção da doença?

É da nossa competência promover pontes entre os cuidados de saúde primários e os cuidados secundários, auxiliando na performance de ambos? Colaborar na definição de prioridades e objetivos, construção de métricas, indicadores e analisar o seu grau de execução, com o intuito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos utentes? Pois se tudo isto é indubitavelmente da nossa competência, porque não caminhamos este caminho?

AS PARCERIAS publico-privadas na saúde

A constituição de parcerias público-privadas insere-se na filosofia político-económica designada por “New Public Management”. Tendo como axioma o dogma de que o Privado faz sempre melhor que o Público, preconiza a privatização gradual das funções sociais do Estado (Educação, Saúde e Segurança Social) confinando este ao seu último reduto: assegurar as funções de Soberania, Justiça e Segurança da Ordem Pública.

POR JORGE ALMEIDA

De cariz neoliberal, com origem na Nova Direita Inglesa dos anos 90, este pensamento impregnou a Social-democracia Europeia através das correntes de pensamento “blairistas” (Tony Blair). Na área da Saúde teve especiais implicações no Reino Unido onde 101 dos 135 novos hospitais consignados entre 1997 e 2009 foram construídos sob a forma de parceria público-privada (1). Sobre esta experiência, cito Allyson Pollock (Professora e Investigadora em Saúde Pública na Universidade Queen Mary em Londres) na sessão comemorativa dos 25 anos da Associação Portuguesa de Economia da Saúde, «os bancos estão a equilibrar as suas contas com o NHS» devido aos grandes dividendos, e que «até os conservadores consideraram as PFI “uma inaceitável face do capitalismo”».

Mais papistas que o Papa, no nosso País, o modelo PPP na Saúde prevê não só a conceção, construção, financiamento e conservação do edifício (contrato a 30 anos), mas também a prestação de cuidados de saúde pela entidade privada (contrato a 10 anos). Esta originalidade, traduziu-se em complexos contratos de gestão, arrastando no tempo os concursos e, consequentemente, o início da atividade hospitalar.

É sabido que o rigoroso cumprimento dos contratos, particularmente na área clínica, exige do supervisor Público preparação específica e redobrada atenção, tendo em conta a difícil compatibilização do valor Saúde e a perspetiva de maximização do lucro inerente à atividade dos grupos económicos privados. A este propósito lembra-se a saga do hospital Amadora Sintra e as peripécias protagonizadas pela entidade gestora e os responsáveis políticos, num conflito jurídico sem fim à vista, em resultado da entrega do hospital à gestão privada do Grupo Mello.

MISSÃO PARCERIAS.SAÚDE

Esta dolorosa e dispendiosa experiência de gestão da coisa pública por privados, não demoveu Correia de Campos a arrancar em 2001 com o processo PPP. Para o efeito foi criada uma estrutura de missão “Parcerias.Saúde” que, liderada por Jorge Simões, teve a tarefa de conceber o modelo de parceria a ser aplicado a cinco hospitais: Cascais, Loures, Braga, Sintra e Vila Franca de Xira. Apresentado a poucos dias das eleições legislativas, que levariam Durão Barroso a render António Guterres à frente de um novo governo, Correia de Campos afirmou então que



a continuidade do modelo de PPP português estaria garantida quer estivesse o PS ou o PSD no Governo uma vez que ambos contemplavam esta forma de gestão no seu programa.

A profecia mostrou-se certa pois não só foram garantidas as parcerias em curso, como foi anunciada por Luís Filipe Pereira uma nova vaga de hospitais a lançar segundo o novo modelo: Évora, Vila Nova de Gaia, Póvoa de Varzim/Vila do Conde, Algarve e Guarda, ignorando, entre outros pareceres, a Auditoria do Tribunal de Contas (2) que, extremamente desfavorável, sublinhava o facto de o Estado ter optado por um modelo de parceria complexo e sem paralelo a nível internacional e por, apesar de não ter experiência

nesta matéria, não ter avançado primeiro com um projecto-piloto”. Este frenesim edificador de hospitais PPP e de alienação do setor público, só foi travado pela crise financeira de 2008 e o subsequente endividamento da Nação por arrasto.

Um outro aspeto a ter em conta no modelo português diz respeito à segurança informática e proteção de dados dos cidadãos. Inseridos na rede do SNS, os grupos económicos nacionais (reduzidos hoje ao grupo Mello) e internacionais gestores dos hospitais PPP, têm acesso a informação sensível sobre o estado de saúde dos Portugueses. Lembre-se, a título de exemplo, que o grupo económico internacional Fosun, gestor da PPP de Loures, conseguida e politicamente consentida, através da aquisição do grupo BES-Saúde, é já dono da empresa Fidelidade Seguros e tido como o mais provável comprador do Novo Banco. Está pois estabelecido o caldo perfeito para que informação sensível de natureza pessoal possa ir parar a uma qualquer cloud privada como avisadamente vem, entre outros, alertando Luís Antunes, Professor da Universidade do Porto e especialista em segurança informática e proteção de dados (3).

É pois legítimo afirmar que as parcerias na Saúde, hoje maioritariamente nas mãos de grupos económicos internacionais, são um corpo estranho no funcionamento do SNS e põe em risco a privacidade dos cidadãos ao potenciarem a devassa de informação sensível. É pois tempo de terminar com a experiência PPP fazendo regressar à esfera pública o que indevidamente lhe foi retirado.

1 - Pollock AM, Price D. The final frontier: The UK's new coalition government turns the English National Health Service over to the global health care market. *Health Sociology Review* 2011;20:294-305. HSR_2011_Pollock_FinalFrontier.

2 - www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/.../auditoria-dgtr-rel015-2009-2s.pdf

3 - Entrevista a Luis Antunes: Revista Visão de 4 a 10 de Junho/2015.

TRANSFERÊNCIA DE COMPETÊNCIAS PARA OS MUNICÍPIOS - área da saúde

Embora os municípios tenham vindo a assumir um papel cada vez mais activo na área da promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente com programas de promoção de exercício e alimentação saudável, combate ao isolamento da população idosa etc, nos últimos anos fruto da desresponsabilização do governo central e dos cortes na saúde, os municípios têm vindo a ser obrigados a “tapar os buracos” resultantes destas políticas e têm vindo a assumir outras competências nesta área, que são da responsabilidade do ministério da saúde.

Um exemplo concreto é o que se tem vindo a passar em vários municípios do interior, que assumiram os transportes de doentes oncológicos para o IPO do Porto (no caso concreto vários municípios de Trás os Montes) ao serem confrontados com situações de abandono de tratamentos oncológicos, pelos custos dos transportes resultantes das longas distâncias a percorrer por quem vivendo no distrito de Bragança e noutros mais periféricos, não conseguia comportar todas estas despesas, abandonando os tratamentos. Esta situação resultou dos cortes do ministério da saúde no apoio ao transporte de doentes, incluindo doentes com patologias graves como as doenças oncológicas.

Vários municípios têm ido ainda mais longe neste objectivo de melhorar a situação de saúde das suas comunidades e têm vindo progressivamente a aderir à rede de cidades/comunidades saudáveis, um movimento que se espera continue a aumentar e a integrar cada vez mais autarquias. Alguns ainda têm vindo a substituir –se ao ministério da saúde na contratação de profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de saúde (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, etc) que trabalham na comunidade e nalguns casos de acordo com protocolos celebrados com as autoridades de saúde trabalham mesmos nos centros de saúde, substituindo técnicos necessários, mas que não existem.

Muitas autarquias em parceria com outras instituições da comunidade mantêm a funcionar unidades móveis com pelo menos uma enfermeira e um motorista, pagos pelas autarquias (câmara e juntas de freguesia) que se deslocam às aldeias e apoiam principalmente as pessoas seniores com doenças crónicas como diabetes e hipertensão.

A lei já prevê a participação das autarquias na gestão dos ACES e nos conselhos de comunidade dos ACES, bem como nos conselhos consultivos das ULS (Unidades Locais de Saúde) mas em muitos casos esse imperativo legal não é cumprido e nada acontece a quem não cumpre! As instituições de saúde precisam de se abrir à participação da comunidade e de quem representa os cidadãos/ãs que são as autarquias, sem excluir outras formas de participação do público como associações de utentes, de doentes com patologias específicas, grupos de voluntários etc.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA DOENÇA

O actual processo de delegação de competências na área da saúde para algumas autarquias, está a inquinhar um processo que deve ser transparente e participado, uma vez que tudo se está a passar sem que se perceba como são escolhidas as autarquias que vão aceitar essa delegação de competências e se está a delegar competências sem um debate público ou pelo menos sem negociação com a Associação de Municípios que já se pronunciou contra o processo em curso.

Neste processo de negociação os sindicatos e as ordens profissionais também devem ser parte, além dos autarcas e do ministério da saúde.

Só desta forma ele poderá conduzir a uma consolidação da participação do poder local na gestão da saúde, em particular dos cuidados primários, sem que o estado se desresponsabilize, passando para as autarquias competências sem os recursos adequados, podendo levar a uma maior desigualdade no acesso à saúde e à fragmentação dos cuidados, o que em vez de tornar o Serviço Nacional de Saúde mais sustentável e eficiente, poderia ter um efeito completamente oposto.

Pensamos que há muitas vantagens na participação do poder local na promoção da saúde e prevenção da doença, na gestão dos ACES, Centros de Saúde e ULSs, no alargamento das equipas de saúde que trabalham na comunidade, mas todo este processo deve ser transparente, avaliado e sujeito a negociação com as partes interessadas, promovendo a melhoria do acesso aos cuidados e a não fragmentação dos mesmos, colocando a ênfase na transparência e na prestação de contas, de forma a poder ser avaliado todo o processo e corrigidos eventuais falhas e desvios, numa base de confiança.

Berta Nunes

Presidente da Câmara de Alfândega
da Fé Médica de família



DÊ A SUA OPINIÃO

COMENTE PARTICIPE

O BOLETIM É SEU

mail@sindicatomedicosnorte.pt



REFORMA HOSPITALAR

Necessária, Urgente, Estruturante

São indiscutíveis e sobejamente conhecidos os ganhos que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deu ao país.

No entanto, a crise económica dos últimos anos motivou opções de desinvestimento financeiro e de falta de compromisso político com o SNS, agravando erros antigos e introduzindo novos desequilíbrios que se fizeram sentir com particular gravidade na sua componente hospitalar. A reforma estrutural desta torna-se por isso pre-

mente, sob pena de assistirmos ao estíolar de um componente fundamental do SNS e, portanto, do Estado Social.

CICLO POLÍTICO

É então de primordial importância que os médicos, individualmente e através das diferentes estruturas que os representam, assumam as suas responsabilidades e tomem a iniciativa de participar activamente na discussão deste assunto, no

âmbito do novo ciclo político que se aproxima, de modo a inverter este perigoso processo evolutivo. No meu entender, a reforma hospitalar (RH) deverá ter como objectivos finais a melhoria da qualidade e cobertura dos serviços prestados à população, ao mesmo tempo que garanta a motivação e desejo de progressão dos seus trabalhadores e uma racional organização do trabalho médico. Neste sentido, uma RH digna desse nome terá de passar sempre pelos seguintes pontos interligados:



REFERENCIAÇÃO; privilegiar a admissão do doente no hospital por critérios de referenciação, criando um circuito dinâmico e bidireccional entre os Cuidados Primários e a Consulta Externa, Internamento e SU. Paralelamente, deverá ser fomentada a capacidade e diferenciação dos Cuidados Primários, assim como um sistema de referenciação nacional de acordo com diferentes patologias e capacidades instaladas. Tal poderá facilitar um próximo e eficaz acompanhamento dos problemas de saúde da população, diminuindo o excessivo peso que os SU têm na alocação de recursos e de tempo de trabalho médico dentro dos hospitais.

ORGANIZAÇÃO; potenciar a criação de unidades funcionais multidisciplinares orientadas por patologia, que permitam a integração de diferentes especialidades médicas e que incentivem a complementaridade e evitem as falhas actuais de uma organização hospitalar rígida e hierarquicamente assente em Serviços, por vezes fechados entre si.

FINANCIAMENTO; racionalização do financiamento dos hospitais públicos, através do fomento de processos de contratualização interna com objectivos quantificáveis e transparentes, tendo em conta os recursos à disposição do hospital e a população que ele serve e que promovam não só objectivos económicos e de produção mas também, e cada vez mais, o metas de qualidade e segurança nos cuidados prestados e a melhoria dos indicadores de saúde na população servida.

REMUNERAÇÃO; aumento do salário base dos médicos, com uma componente do vencimento fixa e outra assente na obtenção de objectivos qualitativos e quantitativos, de tal forma que seja mais rentável o bom e adequado tratamento, acompanhamento e referenciação do doente e não tanto o acto médico isolado, a hora de trabalho médico per se ou o recurso sistemático ao trabalho extraordinário.

AUDITORIA; processo contínuo de cariz interno e externo que permitirá definir metas e objectivos e acompanhar o cumprimento dos mesmos, avaliar a qualidade do serviço prestado, atribuir centros de referenciação e corrigir os desvios que eventualmente possam surgir.

Em conclusão, a preservação e melhoramento da componente hospitalar do SNS obriga uma mudança de paradigma. Com esta ideia no horizonte, apela-se à comunidade médica, e em particular aos sócios do Sindicato dos Médicos do Norte, que contribuam com novas ideias para a resolução deste problema.

O SIADAP para os médicos UMA PERSPECTIVA

POR JORGE COUTINHO

Antes de analisar a situação actual de implementação do sistema de avaliação de desempenho (SIADAP) parece-me aconselhável fazer o enquadramento histórico e político da questão geral de recompensa dos trabalhadores da Administração Pública (AP) pelo seu desempenho na profissão.

Desde há alguns anos que a AP acabou com o sistema de “pagamento” pela antiguidade no serviço, que se fazia através de melhoria periódica do salário de todos os trabalhadores através da aplicação das diuturnidades posteriormente designadas escalões. Esta forma de progressão salarial horizontal premiava todos os funcionários independentemente dos contributos dados por cada um para a melhoria e eficiência de cada serviço e foi este o “argumento” utilizado para justificar que acabasse como medida que não fazia justiça aos “melhores” que teoricamente mereceriam uma recompensa diferente.

Na verdade ao congelarem as diuturnidades, os governos limitaram os proventos salariais dos trabalhadores “economizando” milhões por ano, nada propondo em troca para premiar os mais dedicados.

Quando a implementação do novo sistema de avaliação do desempenho foi instituída para todos os agentes da AP, os sindicatos viram-se confrontados com uma realidade que abria novamente lugar à recompensa do desempenho, mas que introduzia uma “regra” de contenção à despesa, a imposição de quotas muito restritivas para as classificações mais elevadas e portanto limitando a progressão, ou seja o benefício salarial, a um número muito reduzido de trabalhadores.

A implementação de um modelo de avaliação, é uma medida “favorável” aos trabalhadores, que lhes permite obter melhorias salariais em “progressão horizontal,” em função do tempo e qualidade de trabalho prestado, mas que apresenta o desafio de consagrar que há trabalhadores com desempenhos diferentes com consequências no nível salarial.

O SIADAP para os médicos, que os sindicatos negociaram com a tutela pretendeu e pretende ser a forma de consagrar para os médicos a melhoria salarial em função do desempenho. Tem sido difícil até agora a sua adequada implementação. Várias razões podem ser invocadas para o bloqueio da sua aplicação ao pessoal médico. Algumas têm a ver com a postura dos responsáveis do Ministério da Saúde, que não têm sido capazes de impor a sua aplicação às unidades

**Para uma avaliação simples, objectiva,
justa e aliciante**



de saúde na sua dependência. Para o Governo o sistema só acarreta “gastos” e um melhor desempenho das instituições públicas não parece ser uma questão política importante e por outro lado o modelo “obriga” a que todos os estratos de trabalhadores tenham que ser avaliados incluindo os cargos intermédios de gestão que parecem temer ver-se confrontados com uma situação incómoda de uma má avaliação ao seu trabalho.

Outra razão que tem impedido a implementação do sistema é a sua complexidade, que acarreta muitas horas de trabalho e coloca problemas “difíceis” de resolver para que seja ágil, claro e justo.

Outra razão ainda e com grande peso, é o pouco “interesse” que os médicos em geral têm demonstrado pelo SIADAP. Com efeito esta nova forma de avaliação é mal percebida pelos médicos que ainda não vêem nela uma medida que lhes pode melhorar os salários. De facto poucos são os que acreditam no benefício da medida, até porque é cada vez menor o número de médicos que alguma vez tiveram diuturnidades e escalões de vencimento ou seja melhoria salarial por progressão horizontal ou tempo de serviço. Por outro lado o espírito de carreira, que se

tem vindo a perder, não favorece a percepção de que o desempenho deve ser avaliado e remunerado. Em muitos médicos existe também a ideia de que o SIADAP é uma avaliação de competência técnica e que se torna redundante em relação à avaliação para a progressão vertical.

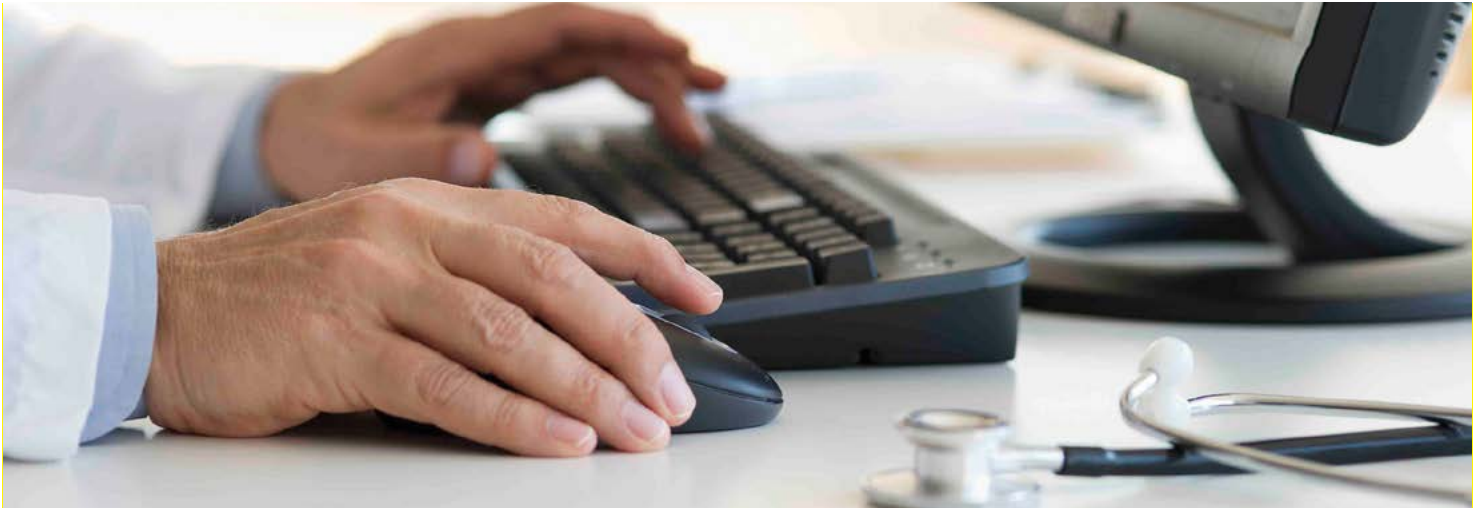
Por fim não existe interesse para os profissionais em levar para a frente um sistema que acaba por não ter consequências salariais visíveis, significativas, devido ao período de estrangulamento financeiro vigente na AP. No fundo para muitos a expressão é, “é muito trabalho para nada”.

Para mim acho que a situação é complexa e que temos que a analisar com seriedade.

Cabe aos sindicatos, na minha opinião, negociar com o MS uma simplificação do processo e a introdução no modelo de prémios que dignifiquem a dedicação de todos aos serviços públicos de saúde, constituindo-se como uma melhoria salarial efectiva mais vasta do que até agora estava previsto. Devem manter-se os pilares do modelo já acordados e é fundamental instar as instituições para que desenvolvam a sua implementação.

Cabe aos sindicatos “ganhar” os médicos para o sistema demonstrando-lhes as vantagens que dele podem resultar para os trabalhadores e para a eficiência dos serviços

Não poderá ser estipulado um horário de trabalho que não preveja um número de horas destinadas ao exercício de atividades não assistenciais, uma vez que dessa forma estar-se-ia a coartar parte importante das funções próprias do médico



HORÁRIO não Assistencial

O Decreto-Lei 73/90 de 6 de março, ora revogado pelo DL 177/2009 (Regime da Carreira Especial Médica) previa expressamente no n.º 7 do artigo 24.º a obrigatoriedade da existência de horas não assistenciais incluídas no horário de trabalho dos médicos, de acordo com despacho do MS.

A regulamentação deste preceito foi publicada através do Despacho 18/90, mormente nos seus n.º 3 e 4, que estabeleciam o seguinte:

3- As horas destinadas a actividades de natureza não assistencial devem ser, no máximo, de 5 e 6 horas semanais, respectivamente para os médicos com horário de 35 e de 42 horas semanais, e devem ser distribuídas ao longo da semana de trabalho.

4- As restantes horas são utilizadas em actividades assistenciais”.

5- ...

6- Para efeitos do disposto no presente despacho, consideram-se actividades não assistenciais aquelas que, muito embora se encontrem relacionadas com a prestação de cuidados de saúde, não implicam uma relação directa médico/utente, designadamente as reuniões de serviço ou de estudo de casos clínicos, a coordenação de unidades de saúde, a organização de ficheiros e a elaboração de relatórios.

7- As actividades não assistenciais exercidas fora das instalações dos centros de saúde devem, de preferência, ser desempenhadas por médicos com um horário de 42 horas semanais.

Norma idêntica não foi consagrada, nem no DL 177/2009 de 04/09 (Regime da Carreira Especial Médica) nem no DL 176/2009 de 04/09 (Regime da Carreira dos Médicos em CIT), não tendo

igualmente cláusula análoga nos Acordos Coletivos de Trabalho celebrados para os médicos em funções públicas e para os médicos em CIT (respectivamente ACCE n.º 2/2009 de 13/10 e ACT publicado no BTE n.º 41/2009 de 08/11)

No entanto as funções não assistenciais regulamentadas pelo despacho 18/90 mormente as descritas no seu n.º 6 (“...designadamente as reuniões de serviço ou de estudo de casos clínicos, a coordenação de unidades de saúde, a organização de ficheiros e a elaboração de relatórios.”), continuam a fazer parte o conteúdo funcional dos trabalhadores médicos da área profissional de medicina geral e familiar independentemente da categoria de que sejam titulares (artigos 7º-A), dos DL 177/2009 e DL 176/2009 (com as alterações introduzidas pelo DL 266-D/2012) e cláusulas 11º, do ACCE e ACT.

Ao contrário do que sucedia no âmbito da anterior legislação, não existe na atualidade qualquer disposição legal, regulamentar ou contratual que fixe, o número de horas semanais destinadas exclusivamente ao exercício de actividades não assistenciais.

Em face de tal omissão, cabe naturalmente à entidade empregadora pública (ACES e ULS, atualmente), no âmbito do seu poder diretivo e no exercício da sua competência, fixar os termos em que o trabalho médico deve ser prestado (cláusula 29.ª do ACCE e cláusula 30ª do ACT), e nesse pressuposto determinar o número de horas semanais que deve ser reservado, ao longo da semana de trabalho, ao exercício de actividades não assistenciais.

Tal determinação deve ser precedida de consulta dos respetivos médicos (cláusula 34.ª, n.º 2, do

ACCE e 35ª, n.º 2 do ACT), em ordem à obtenção do desejável acordo.

A programação do trabalho médico de medicina geral e familiar e, em especial, a fixação do número de horas semanais destinadas ao exercício de actividades não assistenciais, deverá resultar, em qualquer caso, de critérios e regras lógicas, coerentes e equitativas, visando obter, através de um procedimento negocial responsável e tendencialmente consensual, o melhor compromisso possível entre o interesse público, a conveniência do serviço e os interesses particulares de cada médico.

Não poderá ser estipulado um horário de trabalho que não preveja um número de horas destinadas ao exercício de actividades não assistenciais, uma vez que dessa forma estar-se-ia assim a coartar parte das funções próprias (conteúdo funcional) do médico da carreira de Medicina Geral e Familiar.

Aos médicos cujo horário de trabalho, fixado nos termos do DL 73/90 e despacho 18/90, prevejam o n.º de horas de horário não assistencial, deverão manter tal estipulação por força do disposto no art. 32º do DL 177/2009 e art. 5 do DL 266-D/2012 de 31 de Dezembro.

Os médicos integrados em Unidades de Saúde Familiar (modelo A ou B) têm, de acordo com o DL 298/2007 de 22 de Agosto a autonomia para a definição dos seus horários, pelo que também terão essa autonomia para a definição do número de horas semanais necessárias para o trabalho não assistencial.

Departamento Jurídico do SMN
Porto, 10 de Julho de 2015

TRABALHO SUPLEMENTAR 2015

A) TRABALHADORES MÉDICOS COM CONTRATO DE TRABALHO EM FUNÇÕES PÚBLICAS SINDICALIZADOS

Com a entrada em vigor do Acordo Coletivo de Trabalho da Carreira Especial Médica, (01 de Novembro de 2009) o regime jurídico no que concerne ao trabalho extraordinário/suplementar, passou a ser, para os trabalhadores médicos sindicalizados, integrados na carreira especial médica, o consagrado na cláusula 42.^a daquele ACT, cujo n.º 6 fixou, em matéria de prestação de trabalho extraordinário, o limite máximo de 200 horas anuais. Esta cláusula convencional, sempre prevaleceu sobre as normas constantes do artigo 161.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, designadamente sobre a consagrada na alínea a) do seu n.º 1, que fixava, em matéria de prestação de trabalho extraordinário, o limite máximo anual de 100 horas, e prevalece também, (a partir de 1 de agosto de 2014), sobre as normas constantes do artigo 120.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, designadamente sobre a consagrada na alínea a) do seu n.º 2, que fixa, em matéria de prestação de trabalho extraordinário, o limite máximo anual de 150 horas.

A referida cláusula convencional, passou a prevalecer, (a partir de 1 de Janeiro de 2015), igualmente, sobre a norma constante do n.º 1 do artigo 22.º-B do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, já que este preceito, à sombra da Lei do Orçamento do Estado para o corrente ano de 2015, perdeu o valor normativo reforçado que teve entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2014.

Assim:

Todos os trabalhadores médicos, sindicalizados integrados na carreira especial médica, não podem hoje, em caso algum, ser obrigados a prestar, em cada ano, mais do que 200 horas de trabalho extraordinário, ao abrigo do disposto no n.º 6 da cláusula 42.ª do Acordo Colectivo da Carreira Especial Médica.

B) TRABALHADORES MÉDICOS COM CONTRATO DE TRABALHO EM FUNÇÕES PÚBLICAS NÃO SINDICALIZADOS

Aos trabalhadores médicos não sindicalizados, integrados na carreira especial médica, até 31 de Julho de 2014, aplicava-se o regime jurídico previsto no artigo 161.º do “Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas” e, portanto, ao já mencionado limite máximo de 100 horas anuais em matéria de prestação de trabalho extraordinário. A partir de 1 de agosto de 2014, passou a aplicar-se a estes médicos as normas constantes do artigo 120.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, designadamente a consagrada na alínea a) do seu n.º 2, que fixa, em matéria de prestação de trabalho extraordinário, o limite máximo anual

de 150 horas. No entanto o regime convencional consagrado na cláusula 42.^a do Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica, passou a aplicar-se, igualmente, a todos os trabalhadores médicos não sindicalizados, integrados na carreira especial médica, já que nenhum deles exerceu, até 30 de Setembro daquele ano, o direito de oposição previsto no n.º 3 do artigo 370.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei 35/2014.

Assim:

Todos os trabalhadores médicos não sindicalizados integrados na carreira especial médica, não podem hoje, em caso algum, ser obrigados a prestar, em cada ano, mais do que 200 horas de trabalho extraordinário, ao abrigo do disposto no n.º 6 da cláusula 42.ª do Acordo Colectivo da Carreira Especial Médica.

C) TRABALHADORES MÉDICOS COM CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO SINDICALIZADO

Com as devidas excepções aplica-se todo o conteúdo supra referido, não podendo os trabalhadores médicos sindicalizados, com contrato individual de trabalho, em caso algum, ser obrigados a prestar, em cada ano, mais do que 200 horas de trabalho extraordinário, nos termos do disposto no n.º 6 da cláusula 43.^a do Acordo Coletivo de Trabalho celebrado entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., e outros e a Federação Nacional de Médicos — FENAME e outro – (Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, 8/11/2009 e alterações introduzidas pelo ACT Publicado no BTE n.º 1 de 08/01/2013)

d) TRABALHADORES MÉDICOS COM CON- TRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO NÃO SINDICALIZADOS SINDICALIZADO

Os artigos 22.º-B e 22.º-C do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde não sofreram qualquer alteração com o Orçamento de Estado para 2015. No entanto o OE para 2015 não contem norma idêntica ao número 3 do Art. 71º do OE para 2014 que expressamente referia que o regime do art. 22-B do ESNS tinha natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastada ou modificada pelos mesmos.

Deixando de ter essa prevalência sobre os ACT, os ACT passaram a impor-se sobre esta norma reduzindo o limite máximo de trabalho suplementar para 200 horas.

Mas o mesmo não acontece para os médicos em CIT não sindicalizados, é que a norma do art.

22-B do Estatuto do serviço Nacional de Saúde prevalece sobre o código do trabalho, porque é uma norma especial que se aplica a um reduzido número de trabalhadores (trabalhadores do SNS), e sobre condições específicas das urgências.

Pelo que tal normativo se mantém em vigor para os médicos em CIT não sindicalizados.

Assim:

Os médicos em CIT não sindicalizados, como parte integrante do SNS, não ficam sujeitos a limites máximos de trabalho suplementar ou extraordinário, exceptuando a seguinte ressalva, - “não podem realizar mais de 48 horas por semana, incluindo trabalho suplementar ou extraordinário, num período de referência de seis meses”

Partindo desse pressuposto por cada semestre poderão os médicos em CIT não sindicalizados efectuar 208 no serviço de urgência, o que perfaz anualmente 416 horas suplementares no serviço de urgência.

Pelo Departamento Jurídico
Helder Ferreira

Porto, 26 de Maio de 2015



CONTACTE
OS SERVIÇOS
JURÍDICOS

mail@sindicatomedicosnorte.pt