

# FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

**Esclarecimentos relativos à Avaliação do Desempenho a nível das Comissões Paritárias estabelecidas nos ACTs: Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública**

## **ADAPTAÇÃO DO SIADAP 3 – CARREIRA ESPECIAL MÉDICA – ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR e de SAÚDE PÚBLICA**

**Assunto: COMISSÃO PARITÁRIA DO ACORDO – RESULTADO DAS REUNIÕES DE 14 de Junho e 03 de Julho de 2013, Lisboa**

### **1. Como resolver a falta de avaliações de 2011 e 2012?**

**R-**Atribuição de um ponto por cada ano de exercício de funções (nº7 do artigo 113º da Lei nº12-A/2008). Possibilidade dos médicos optarem por efectuar requerimento para avaliação por ponderação curricular (nº9 do artigo 113º da Lei nº12-A/2008).

Para isso, será necessário que, previamente, sejam definidos os critérios da ponderação curricular, pelo conselho coordenador da avaliação, nos termos do Despacho Normativo nº 4-A/2010, publicado em 8 de fevereiro de 2010.

**2.A avaliação de desempenho dos médicos vai articular-se com o sistema de planeamento do Ministério da Saúde? E, com o SIADAP 1 (Unidades de Saúde) e SIADAP 2 (Directores de Serviço e de Departamento). Qual o papel da ACSS e da DGS?**

**R-**Sendo o SIADAP um sistema integrado de gestão, não poderá deixar de se articular com o ciclo de gestão de cada serviço (ACES) e das suas Unidades Funcional, ver Cláusula 6ª do ACT nº12/2011.

Tem que existir coerência e integração, alinhando a ação das unidades funcionais, dos ACES, das ARS e da DGS, além dos dirigentes (DE dos ACES, carta de missão) e trabalhadores médicos, tendo por base a transparência e a imparcialidade com critérios objectivos e públicos, publicados nos planos de actividades, objectivos anuais e metas contratualizadas por cada UF e os planos de actividades e contratos-programa anuais dos ACES.

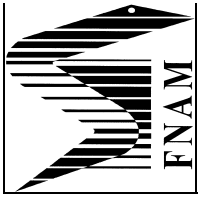
A ACSS, vai envolver no processo os Departamentos de Contratualização da própria ACSS e a DGS.

Ter em atenção que devem ser definidos objetivos institucionais para dois anos pois o ciclo de gestão do SIADAP dos médicos é de dois anos.

**3.Quando se inicia o primeiro ciclo de gestão da unidade de saúde e as suas três fases (Planeamento; Execução e Controlo)?**

**R-**A gestão das diversas unidades de saúde públicas efectua-se por períodos temporais determinados, denominados ciclos, os quais em regra, têm uma duração anual, sem prejuízo de poderem ter uma duração superior, que em 2013 passou a ser bienal.

Uma vez definidos os objectivos estratégicos para dois anos, o ciclo de gestão da unidade funcional e do ACES, inicia-se com a **fase do planeamento**, a qual por sua vez, integra a sub-fase da elaboração e aprovação do plano de actividades para 2013 e



# FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

2014 e a sub-fase de aprovação do respectivo orçamento que deverá ocorrer até 15 de Outubro de cada ano. Nesta fase, devem definir-se e aprovar-se as orientações a observar nos diversos subsistemas do SIADAP, de forma a assegurar a sua articulação e compatibilidade dos objectivos fixados.

A fase de execução e do controlo, ver pag. 80 e 81 de Paulo Veiga e Moura, “A Avaliação de Desempenho na Administração Pública”.

**Em suma**, pretende-se que nos meses de Outubro e Novembro de 2013, todos os médicos tenham contratualizado os objectivos com a equipa de avaliação e tenham escolhido as competências de desempenho, em número não inferior a cinco de entre as aprovadas pelo Conselho Coordenador de Avaliação, de forma a poderem ser avaliados, no biénio de 2013 e 2014.

Para isso, poder acontecer, os objectivos institucionais para dois anos devem ser definidos até final de Setembro de 2013.

A Comissão Paritária nacional, irá promover o acompanhamento dos Conselhos Coordenadores de Avaliação.

#### **4. Definição do conceito de dirigente ou órgão máximo de gestão para efeitos de avaliação de desempenho nos Cuidados de Saúde Primários. Presidente do CD da ARS ou Director Executivo do ACES?**

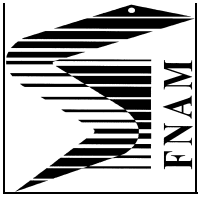
**R-**Tendo em conta as competências legalmente atribuídas ao DE do ACES (artigo 20º do DL nº28/2008), equiparadas aos titulares de cargos de direcção superior de 2º grau, nomeadamente gerir as actividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACES e avaliar o desempenho das unidades funcionais (ponto nº1 do artigo 20º do DL nº28/2008), é o Director Executivo que deve desempenhar as funções de “Dirigente máximo do serviço” para efeito de SIADAP médico.

Sendo por isso, o DE que irá nomear, dois médicos para cada equipa de avaliação, um médico para cada equipa de avaliação dos membros das equipas de avaliação e homologar as respectivas classificações, além de ter que garantir a legalidade de todo o processo de avaliação e o respeito pelos princípios consignados em todo o enquadramento legal.

#### **5. Conselho coordenador da avaliação (CCA) – a que nível deve ser constituído nos ACES e nas ULS, e qual a sua composição?**

**R-** O CCA é um órgão *ad hoc*, colegial que é criado em cada estabelecimento de saúde para efeitos exclusivos de avaliação de desempenho, não tendo existência para além deste procedimento avaliativo.

**Nos ACES**, o CCA deve ser presidido pelo Presidente do Conselho Clínico e de Saúde (PCCS), ter o responsável pela gestão de recursos humanos do ACES (poderá ser o responsável da UAG ou outro licenciado da UAG do ACES com funções na área da gestão dos recursos humanos, designado pelo DE) e mais três a cinco médicos designados pelo PCCS, todos integrados na carreira especial médica, sendo pelo menos três da área de exercício profissional de Medicina Geral e Familiar e um da área de Saúde Pública e preferencialmente coordenadores de USF, UCSP ou USP.



# FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Nas ULS, a proposta é que exista um CCA ao nível da própria ULS que depois deve constituir uma seção autónoma do CCA para a área da MGF.

Sendo o CCA, um órgão colegial, necessita de regras que disciplinem o seu funcionamento, inscritas no regulamento que deve especificar a criação (ULS) das seções autónomas.

## 6. Como são avaliados os membros do CCA?

R- Os membros do CCA, são avaliados nos seus SIADAP de origem.

## 7. Quem é o superior hierárquico directo do avaliado numa USF, UCSP ou USP?

R-É o coordenador da USF, UCSP ou USP, visto serem os únicos médicos das UF que se encontram em exercício de funções de direcção ou equiparadas inerentes ao conteúdo funcional de coordenadores de unidades funcionais, responsáveis pela respectiva contratualização e assinatura de carta de compromisso.

**8. Equipa de avaliação – Constituição?** E, o médico eleito provém de que universo? Situações excepcionais, como definir o número reduzido do nº2, alínea c) da Cláusula 16ª?

R- Em termos de constituição da equipa de avaliação, serão quatro médicos de MGF:

- Coordenador da USF ou UCSP: superior hierárquico directo do avaliado, que preside;
- Dois médicos<sup>1</sup> com o grau de consultor da carreira especial médica, designados pelo DE do ACES.
- Um médico eleito, por votação secreta, de entre e pelos trabalhadores médicos da mesma equipa ou, sendo esta reduzida, sucessivamente, da unidade orgânica, serviço ou estabelecimento.<sup>2</sup> Portanto, por agrupamentos de unidades funcionais de aproximação geográfica.

**9. Avaliação dos membros das equipas de avaliação,** constituição da equipa e âmbito dos elementos escolhidos ou eleitos?

R-São avaliados por três médicos do serviço, equipa ou unidade, dois dos quais escolhidos pelo respectivo corpo clínico ou eleitos pelo método de votação secreta e o outro designado pelo DE do ACES. O âmbito da escolha deve seguir as regras do ponto anterior.

Os avaliadores a que se refere o número anterior devem recolher informação qualitativa complementar relativamente à avaliação sobre os respectivos avaliados efectuada pelos demais médicos do corpo clínico, mediante questionário padronizado a aprovar pelo conselho coordenador da avaliação.

---

<sup>1</sup> **Questão pendente:** estes dois médicos, poderão participar na avaliação de quantos médicos? Fica ao critério de cada Director Executivo do ACES, recomendando-se um máximo de aproximadamente 40 médicos.

<sup>2</sup> Como o ACT não define o conceito de “equipa reduzida”, referente à alínea c) do nº2 da Cláusula 16ª., define-se como aquela que integre um número total de médicos inferior a vinte (20).



# FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

Além disso, o processo de contratualização e avaliação (Cláusula 17ª do ACT nº12/2009) é idêntico, com a negociação de objetivos e competências de acordo com a actividade exercida de cada médico, acrescentando-se a título informativo, a informação qualitativa complementar, obtida através de questionário padronizado.

**10. No SIADAP 2, só entram os médicos com funções de director de departamento ou de serviço? E, outros médicos em Comissão de Serviço, como por exemplo o PCCS e os vogais do CCS?**

**R-**Entram no SIADAP 2 os médicos em comissão de serviço que desempenham actividade clínica abaixo de 50% do seu horário. Todos os outros, entram no SIADAP 3, no seu local de trabalho, USF, UCSP ou USP.

**11. Definição de objetivos individuais** – indicadores (como se classificam?); número de objetivos? Ponderações? Articulação com os objetivos das unidades orgânicas, face ao ciclo de avaliação de dois anos?

**R-** A articulação em cascata deve existir, sendo por isso necessário ter presente a missão e objetivos das unidades orgânicas, estabelecimento de saúde e das unidades funcionais.

É fundamental a existência de indicadores de medidos validados, ficando claro entre todos os intervenientes qual o processo que permite medir os resultados obtidos. Ter em conta que o SIADAP não define como se avaliam indicadores. Desse modo, terá de haver uma fórmula que estabeleça a relação entre a avaliação dos indicadores e o estabelecimento da classificação em 1, 3 e 5 para os objetivos.

Deve-se auscultar a Ordem dos Médicos, para se discutirem os indicadores nacionais, nas cinco áreas possíveis (nº1 da Cláusula 10ª): assistencial/produktividade, formação e garantia da qualidade, investigação, organização/planeamento em saúde e atitude profissional/comunicação.

**12. Competências** – a partir das de técnico superior? Reformular, acrescentar ou retirar? Número de competências? Escolha das competências?

**R-** Apesar do perfil de competências ser dinâmico, seria ideal que a nível nacional se conseguisse validar uma listagem de competência a serem escolhidas pelos CCA.

**13. Estabelecer alguma orientação para a fundamentação em caso de discordância na contratualização dos objetivos: como devem ser fixados os objetivos sem acordo do avaliado?**

**R** – O ponto 3. c) da cláusula 10ª estabelece que a fundamentação escrita deverá ser do conhecimento do avaliado, devendo ficar escrita, também, a opinião do avaliado sobre a questão no momento da contratualização.

**14. Estabelecer orientação para os pareceres dos médicos de outros serviços, envolvendo também a Ordem dos Médicos, nos termos do ponto 2. da cláusula 15ª?**

**R** – Discutir a questão com a Ordem dos Médicos.



# **FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS**

**15. As comissões paritárias devem ter o mesmo âmbito dos conselhos coordenadores da avaliação, pelo que no caso de haver seções do CCA também deverá haver a seção correspondente da CP: em que casos devem ser constituídas seções das comissões paritárias?**

**R -** As comissões paritárias devem ter o mesmo âmbito dos conselhos coordenadores da avaliação, pelo que no caso de haver seções do CCA também deverá haver a seção correspondente da CP.

**16. Que procedimento adoptar para a monitorização do desempenho?**

**R –** Tendo em conta a complexidade da avaliação e que o período de avaliação é de dois anos, para a concretização da monitorização do desempenho deverá ser acordado entre avaliado e equipa de avaliação, na altura da contratualização, um plano detalhado que contenha os momentos de acompanhamento para cada objetivo e para cada competência ao longo de dois anos, bem como as respectivas fontes de verificação.

**17. Quem deve avaliar e que preocupações ter na avaliação dos médicos de saúde pública?**

**R –** O ponto nº7 da Clausula 16ª. abre a hipótese, tendo em conta o reduzido número de médicos de Saúde Pública em cada ACES, da avaliação ser efectuada a nível regional. Todavia, tendo em conta que a média de médicos de Saúde Pública é de 12 por ACES, excepto ULS, o processo de avaliação deve ocorrer a nível do ACES, aplicando –se para a constituição da equipa de avaliação o nº3 da cláusula 16ª do ACT nº12/2009.

Lisboa, 03 de Julho 2013