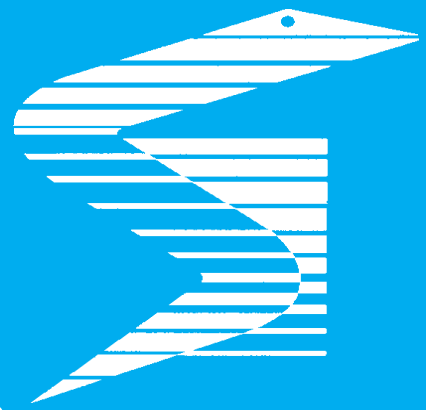


Revista da Federação Nacional dos Médicos - Jan-Set 2003 - n.º 1 - Preço 0,75 euros

Revista dos Médicos



Vº Congresso da FNAM



FNAM: Programa de Acção para o triénio 2003-2006

Definição de Serviços Mínimos uma competência sindical!

SNS: A Rede de Cuidados Primários

A realidade do Contrato Individual

Federação Nacional dos Médicos

FNAM

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS

• *Sede:*
Praça da República, 28-2º
3000 COIMBRA
Tel: 239 827 737

SINDICATO DOS MÉDICOS DA ZONA SUL

• *Sede:*
Av. Almirante Reis, 113, 2º- Porta 501.
(Piso 5) 1150-014 LISBOA
Tel: 21 319 42 40/9
Fax: 21 314 07 01
e-mail: smzs.fnam@mail.telepac.pt
Metro: Arroios ou Anjos
Autocarros: 3, 4, 6, 7, 8, 26, 35, 40, 42, 53 e 54

• *Horário dos serviços:*
todos os dias úteis, das 14 às 21h.

• *Atendimento dos sócios e não sócios pelos dirigentes:*
dias úteis, das 15-17h.

• *Consultadoria jurídica apenas aos sócios e com prévia marcação:*
3ª, 4ª e 5ª feiras, das 14-18h.

SINDICATO DOS MÉDICOS DO NORTE

• *Sede:*
Rua Faria Guimarães, 718 3.º Dt.º
4200 PORTO
Tel: 22 509 50 95 / 22 509 04 15
Fax: 22 502 44 47
e-mail: direccao.smn@mail.teleweb.pt
Autocarros: 20, 21, 22, 77 e 79
Trolley: todos para o Marquês

• *Horário dos serviços:*
das 10-12h e das 14-19h
e-mail: servicos.smn@mail.teleweb.pt

• *Atendimento dos sócios e não sócios pelos dirigentes:*
dias úteis, das 15-19h.

• *Contencioso:*
dias úteis, das 17-19h.

• *Consultório jurídico, com prévia marcação:*
2ª e 5ª-feiras, das 17-19h
e-mail: juridico.smn@mail.teleweb.pt

SINDICATO DOS MÉDICOS DA ZONA CENTRO

• *Sede:*
Praça da República, 28-2º
3000 COIMBRA
Tel: 239 827 737
Fax: 239 837 788

• *Horário dos serviços:*
das 11-12h30 e das 14h30-18h30.

• *Consultadoria jurídica apenas aos sócios e com prévia marcação:*
Carreira de Clínica Geral - 3ª e 5ª, das 15-17h;
Carreira Hospitalar - 2ª e 4ª, das 16-18h.

Índice

• 5º Congresso da FNAM

4. Programa de Acção 2003-2006

8. Resolução Político-Social

10. Novos Órgãos Sociais

• Rede dos Cuidados Primários

11. Avaliação do Projecto-Lei

12. A RCP e o contrato Individual de trabalho

• Contrato Individual de Trabalho

13. O exemplo do Hospital de Vale de Sousa

• Madeira

16. Regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde - Apreciação da proposta

19. Criação do SRS à margem da Lei

• Greve dos Médicos

20. Os Jornalistas e a Greve dos Médicos

22. Serviços Mínimos: um dever sindical

• Legislação

22. Instituto da Droga e Toxicoddependência

23. Privatização da Caixa de aposentações

23. Protecção contra radiações ionizantes

• Nota de Leitura

24. Hospital alemão corta serviços por causa do deficit

24. Médicos dos EUA não concordam com a obrigatoriedade da declaração dos erros médicos

• Opinião

25. Uma contribuição para uma discussão necessária

26. A propósito da criação dos Hospitais S.A.

Editorial

Pedro Moraes Sarmiento

Uma ausência há muito sentida...

Já lá vão nove meses desde a publicação do último número da Revista dos Médicos. Esta longa ausência do principal veículo informativo da FNAM tem sido colmatada com a criação de uma página na internet e com o regular envio de mailings para os sócios. Desta forma os 3 sindicatos que constituem a FNAM têm desenvolvido um importante esforço para fazer chegar toda a informação necessária a todos os seus sócios.

Ao longo deste período assistiu-se ao desenrolar de diversas etapas dum plano, meticolosamente pensado, para a desarticulação do Sistema Nacional de Saúde Português que actualmente conhecemos. Neste número, a Revista dos Médicos (RM) foca os principais acontecimentos que marcaram esta política de Saúde e a actividade que a FNAM desenvolveu nestes últimos meses.

Em plena ofensiva privatizadora e de destruição do Serviço Nacional de Saúde levado a cabo pelo actual Governo, a FNAM realizou o seu 5º Congresso Nacional no passado mês de Junho em Coimbra e apresentou o Programa de Acção para o próximo triénio. A criação dos Hospitais S.A., a implementação do Contrato Individual de trabalho e a destruição das carreiras médicas, a formação da Rede de Cuidados Primários são alguns dos instrumentos encontrados por um Ministro da Saúde, oriundo directamente das escolas de um dos

principais grupos económicos com interesses declarados no negócio que a privatização da Saúde em Portugal representa, que a FNAM se empenhará em combater.

Na Região Autónoma da Madeira, o Governo Regional optou por seguir os mesmos passos dados pelos seus pares do continente. O Serviço Regional de Saúde, cujo projecto é discutido neste número da RM, é mais um exemplo de desrespeito pela legislação em vigor em matéria de negociação laboral e um atentado às carreiras médicas com claro prejuízo dos cuidados de saúde praticados na Madeira.

A FNAM tem alertado continuamente para os riscos que a actual política de Saúde acarreta no futuro para os nossos utentes. A RM apresenta o caso do Hospital de Greifswald, na Alemanha, que suspendeu a sua actividade por falta de verbas, à semelhança das falências de hospitais que têm ocorrido no Reino Unido ao longo dos últimos anos.

Por último, a RM publica uma pertinente análise da motivação e dos efeitos previsíveis da legislação, produzida pelo actual Governo, que criou os Hospitais S.A. Uma vez mais se levanta a questão: qual a razão que leva os nossos Governos a ocultar os resultados do bom desempenho do SNS português, na comparação feita pela OMS?

FICHA TÉCNICA

DIRECTORA

Merlinde Madureira

CONSELHO REDACTORIAL

Bernardino Correia Gonçalves
Cílio Pereira Correia
Figueiredo Fernandes
António Manuel Henriques Carneiro
Jorge Amil Dias
Leonardo Magalhães
Aguinaldo Cabral
Jorge Brandão
Álvaro da Luz e Silva

COORDENADORES

Manuel Souto Teixeira
Pedro Moraes Sarmiento

PROPRIEDADE

Federação Nacional dos Médicos

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Av. Almirante Reis, 113, 2º - Porta 501
1150-014 LISBOA

EDIÇÃO E PUBLICIDADE

Federação Nacional dos Médicos
Av. Almirante Reis, 113, 2º - Porta 501
1150-014 LISBOA
Telefone: 21 319 42 40/9
Fax: 21 314 07 01

FOTOCOMPOSIÇÃO E IMPRESSÃO

Sociedade Industrial Gráfica Telles da

Silva, Lda.
Rua de Campolide, 133-1.º Dto.
Tels. 21 888 16 12/3
Fax: 21 887 71 36

CAPA SMZS (Internet)

Preço 0,75 euros

Tiragem 8 000 exemplares
Depósito Legal 51 605/91
Inscrito na Direcção-Geral da Comunicação Social com o nº 112 893/91

Janeiro - Setembro 2003

FNAM

O Programa de Acção 2003-2006

Desde o anterior congresso, a **FNAM** tem desenvolvido a sua acção num quadro político de ofensiva privatizadora e de destruição do S.N.S. (Serviço Nacional de Saúde).

Enquanto que durante o ministério de Manuela Arcanjo foi efectuada uma tentativa dissimulada de iniciar o processo privatizador, através de um projecto de “lei de bases da saúde” que consagrava o princípio nuclear deste processo na separação das funções prestadora e financiadora, com o ministério de Correia de Campos foi claramente assumida uma política de destruição do S.N.S., através da aplicação de velhas “receitas” neoliberais do Banco Mundial.

A acção da actual coligação governamental foi, desde logo, marcada por uma ofensiva, sem precedentes, contra os vários direitos sociais.

O actual Ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, oriundo directamente de um grupo económico com importantes negócios neste sector, tem vindo a desenvolver uma política de integral destruição do S.N.S. e de promoção da privatização dos serviços públicos de saúde.

Simultaneamente, e como parte integrante desta política, está presente uma clara e decidida acção ministerial de liquidação das carreiras médicas e de todos os direitos laborais.

Os conceitos mercantilistas desta política representam um retrocesso de 40 anos no sistema de saúde do nosso país.

O nosso S.N.S., apesar de todas as dificuldades e insuficiências, que também se verificam na generalidade dos países mais desenvolvidos, encontra-se em 12º lugar a nível mundial no que se refere ao índice de desempenho global, enquanto os modelos privados dos E.U.A. e da Grã-Bretanha estão, respectivamente, em 37º e 24º lugar.

A **FNAM** está disponível e empenhada em assegurar a acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde, a qualidade dos cuidados, os direitos e as

condições de trabalho dos médicos, em contribuir para uma gestão eficiente dos recursos, e para o desenvolvimento de um sistema retributivo que incentive a produtividade e a qualidade.

A **FNAM** não está disponível para discutir a mercantilização e a fragmentação do SNS, a desregulação das leis laborais, a introdução de mecanismos que coarctem ou agravem as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde e degradem as condições de trabalho dos médicos.

De igual forma, não está disponível para negociar medidas que aligeirem a responsabilidade do Estado em matéria de Saúde e que simplesmente sirvam para canalizar lucros para grandes grupos financeiros, transformando a Saúde num mero negócio.

A **FNAM** está disponível para considerar, defender e propor como alternativas:

OBJECTIVOS GERAIS

Mais Qualidade e Participação

1. A defesa do Serviço Nacional de Saúde, passa por uma **reforma** que, designadamente, implemente as medidas inseridas no **Programa SNS 21**.

2. Melhoria das carreiras médicas com autonomia, independência técnica e profissional, **independentemente do vínculo laboral**.

3. A optimização dos recursos materiais e humanos a partir da diferenciação dos actores (públicos ou privados) evitando a parasitação de quaisquer níveis dos serviços públicos pelo sector privado.

4. Defesa de uma gestão dos serviços públicos de saúde, transparente, participada e desburocratizada.

5. A rápida implementação de Sistemas Integrados de Informação e do Plano de Contabilidade Analítica ao nível de todas as Instituições de Saúde, contribuindo para a credibilização dos resultados e para uma

confiança aos agentes do sistema.

6. A introdução de medidas que obstem ao crescimento das listas de espera, tendo em conta as questões burocráticas ou de gestão onde se procuram argumentos que legitimem a privatização dos serviços públicos de saúde.

7. A criação de um **sistema de auto-avaliação nas instituições de saúde**, devendo ser criados mecanismos de avaliação periódica, indicadores de acessibilidade, de oportunidade, de qualidade, de eficiência, de efectividade, de satisfação dos utentes e dos profissionais.

8. Estabelecimento de **incentivos para a fixação**, desde o início dos Internatos das Especialidades, dos médicos e demais profissionais de saúde em zonas carenciadas, envolvendo os órgãos de Poder Local.

9. A **implementação de um seguro de responsabilidade civil e profissional** entre o SNS, enquanto entidade prestadora de cuidados de saúde, e o Instituto de Seguros para que não recaiam sobre os médicos as consequências inerentes a medidas de redução dos custos em saúde e défice crónico de organização.

10. O reconhecimento efectivo do **trabalho médico** como penoso e desgastante, regulamentando a legislação já existente.

11. Adequação das **vagas de ingresso nas Faculdades de Medicina** às necessidades do País.

Caminhar para a Separação dos Sectores Público e Privado/Convencionado

1. Implementando medidas que facilitem e atraiam os médicos para a **profissionalização total**, em qualquer um dos sectores.

2. Suspendendo, desde já, a política das administrações que dificulta a concessão da dedicação exclusiva apesar de devidamente justificada e fundamentada.

3. Definindo um **quadro global para o regime de convenção que permita credibilizá-lo**, pela qualidade dos serviços prestados e pelo cumprimento integral dos contratos-programa a estabelecer com os agentes convencionados.

Definir novas Regras de Gestão dos Serviços Públicos de Saúde, tornando-a mais ágil, responsável e autónoma

1. Elaboração de **nova e democrática legislação sobre a Gestão das Unidades de**

Saúde, que institua claros mecanismos de avaliação sistemática do desempenho de todos os cargos dirigentes e medidas objectivas de responsabilização profissional em todos os níveis organizacionais.

2. Rápido estabelecimento nas Unidades de Saúde de **Centros de Decisão intermédia**, (ex. CRI's nos Hospitais e Unidades de Saúde Familiares nos Centros de Saúde) autónomos em termos de gestão e de contratualização interna, de desempenho e de resultados.

3. Dando às Unidades de Saúde autonomia de gestão que possibilite e facilite alcançar de forma menos burocratizada, os objectivos definidos em "*contratos/programa*", tendo como **instrumentos de gestão**: um sistema informático efectivo (clínico e de gestão), o orçamento-programa, o plano de investimento, o sistema de avaliação e controle de execução, o plano de formação e desenvolvimento dos recursos humanos, e o plano de garantia da qualidade.

4. Obrigando à **profissionalização dos gestores dos Serviços de Saúde**, avaliando os desempenhos e responsabilizando-os pelos resultados, tendo em conta os compromissos e metas definidas.

5. Respeitando sempre, seja qual for o modelo de gestão adoptado, a **hierarquia técnico-científica e o espírito das Carreiras Médicas**, criando-se mesmo a separação entre órgãos de natureza técnico-científica e de gestão.

6. Criando as **condições para a vigilância do cumprimento** dos "*contratos/programa*" das instituições, pela sociedade, à qual deve **prestar serviços**. Essa vigilância deverá ser realizada implementando o funcionamento adequado das **Funções de Agência**, com participação de representantes dos profissionais, utentes e autarquias.

Melhorar a Eficácia de Funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários tornando-os o Pilar do Serviço Nacional de Saúde

1. Reorganizar os **Centros de Saúde, dotando-os de autonomia administrativa e financeira**, de modo a dar maior autonomia técnica aos profissionais e implementar o trabalho em equipa **multiprofissionais** (pequenas Unidades de Saúde Familiar) **fraccionando** os de maior dimensão em **unidades** dimensão adequada a uma prestação de cuidados de proximidade.

2. Instituir direcções técnicas/clínicas nos Centros de Saúde, com atribuições de **garantir**

a Qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3. Dotar os Centros de Saúde de tecnologias de informação e comunicação que propiciem a ultrapassagem dos vícios burocráticos do sistema e facilitem e racionalizem os procedimentos, aumentando a sua eficiência, qualidade assistencial e prontidão na resposta.

4. Investir no reforço do Internato Complementar (especialização) em Medicina Geral e Familiar tornando a prática da especialidade mais atractiva e promovendo as condições para uma maior adesão das novas gerações de médicos à especialidade, antecipando-se à carência de médicos de família que já se vai esboçando e que conhecerá uma explosão dramática em 2010, decorrente da reforma massiva dos efectivos actuais.

5. Dotar os Cuidados de Saúde Primários de mais efectivos de enfermagem e de outros profissionais, nomeadamente na área do serviço social, psicologia, fisioterapia, nutricionismo, e

de uma avaliação permanente das idoneidades dos serviços para a formação, e promovendo a revisão dos curricula de forma a que estes assegurem a formação de profissionais com o desenvolvimento técnico adequado ao bom funcionamento dos Serviços Públicos de Saúde.

4. Prestigiar, responsabilizar e compensar (monetariamente, em horas de compensação, férias, formação, etc) a função de orientador de formação dos internatos complementares.

5. Respeito pela periodicidade anual dos concursos de habilitação.

6. Concessão de comissões gratuitas de serviço até 15 dias úteis/ano, de acordo com um prévio plano anual de formação individual e de grupo.

7. Criar incentivos à formação médica contínua e a quem investe na mesma, fundamentalmente associando-a à progressão na carreira e à remuneração.

Programa

medicina dentária, que desconcentrem, com vantagens para os cidadãos, as actividades hoje centradas quase exclusivamente no médico de família.

6. Reforçar a área de Saúde Pública devolvendo-lhe os instrumentos adequados para a intervenção comunitária e ambiental de que o país carece.

7. Exigir que o Centro de Saúde seja dotado com as condições instrumentais adequadas ao local e às necessidades em saúde detectadas, nomeadamente pelo recurso progressivo à telemedicina e, onde tal se revele adequado, ao apetrechamento em exames auxiliares de diagnóstico e de tratamento.

Garantir Formação Pós-Graduada e Formação Médica Contínua condigna

1. A formação médica contínua é um dever dos médicos e um direito dos utentes numa medicina de qualidade. O acesso à formação deve ser assegurado pela entidade empregadora, independentemente do vínculo laboral.

2. Garantir a todos os médicos recém-licenciados formação médica especializada, de acordo com as disposições da U.E..

3. Credibilizar os Internatos Médicos através

Condições de Trabalho e Política Salarial (Mais Eficiência, Mais Salário)

1. Melhoria das Carreiras Médicas com autonomia, independência técnica e profissional, independentemente do vínculo laboral.

2. Recusa de formas administrativas de coacção, limitação ou fiscalização da actividade médica contrárias à dignidade e deontologia profissionais, e aos interesses das populações assistidas. Criação de um sistema de avaliação da qualidade pelos pares.

3. Abolição das formas precárias de contratação dos médicos e a sua substituição por contratos administrativos de provimento.

4. Revisão e actualização dos quadros das diferentes Unidades de Saúde, de acordo com as necessidades reais, e abertura de concursos de provimento para as vagas existentes.

5. Criação de serviços de saúde ocupacional, com quadros autónomos, em todas as Unidades de Saúde, dando cumprimento à Lei.

6. Regulamentação, a curto prazo, do subsídio de risco, penosidade e insalubridade.

7. Redução do horário de trabalho máximo, cumprindo integralmente as directivas europeias.

8. A **lista de utentes** referida no Art. 20º do DL nº. 73/90 deverá ter como **limite máximo 1650 unidades ponderadas** de acordo com o sexo e o grupo etário.

9. O **alargamento da lista de utentes** para além do limite de 1650 unidades, **confere direito**, por cada 100 unidades, até ao limite máximo de 500 unidades, **a um abono mensal** equivalente a um coeficiente do valor da categoria e escalão do médico.

15. Considerando os resultados obtidos pelos **RRE** a nível organizacional e de prestação de cuidados continuados pela autoavaliação e pela avaliação externa efectuadas, **defendemos o alargamento deste regime, numa base voluntária**, propondo o fim do seu carácter experimental.

11. Consideramos necessária a **criação de um novo sistema retributivo para a MGF**, tomando por referência a experiência dos RRE, enriquecendo-a e aprofundando-a a outros contextos de trabalho, nomeadamente às zonas rurais.

12. Criação de uma **majoração salarial** para os médicos da **carreira de Saúde Pública** que exerçam as funções de Autoridade de Saúde.

13. **Revisão do actual sistema retributivo para os médicos da Carreira Hospitalar**, visando um maior reconhecimento, no plano salarial, da especificidade do trabalho médico e da sua elevada diferenciação técnico-científica, além da introdução, extra remuneração-base, de um módulo funcional (desempenho individual e da equipa) e de outro módulo qualitativo.

14. Aplicação integral do DL nº92/2001 (**pagamento de trabalho extraordinário por tabela única**).

15. **Recusa de alterações ao regime de aposentação** sem discussão e acordo com os sindicatos.

CONTRATAÇÃO COLECTIVA

Em todas as instituições privadas de saúde ou com gestão privada ou S.A, os Sindicatos que constituem a **FNAM** desenvolverão intensos esforços reivindicativos e negociais com objectivo de concretizar **a contratação colectiva**, onde os legítimos interesses e direitos dos respectivos médicos sejam adequadamente salvaguardados, nomeadamente pelo respeito da hierarquia técnico-científica (Carreiras

Médicas com os seus diversos graus e categorias) e da recomendação das Directivas Europeias que rejeitam o incentivo salarial ligado à poupança, o que pode traduzir-se na diminuição da qualidade e constituir um atentado à ética e deontologia profissionais.

REFORÇO DO SINDICALISMO MÉDICO

1. Reforçar a capacidade organizativa e de intervenção da **FNAM** e dos seus 3 Sindicatos, designadamente através da **promoção de reuniões nos locais de trabalho**, da eleição de **delegados sindicais**, da **sindicalização de novos sócios** e da **participação de jovens médicos nos órgãos dirigentes**. Estabelecimento de um sistema de avaliação do trabalho sindical.

2. **Reforçar a comunicação com os sócios através da Internet** e dotar a **FNAM** de um novo meio de comunicação que tenha principalmente as características de actualidade e de eficácia.

3. Constituir **comissões nacionais de trabalho** sindical relativas a várias áreas sectoriais consideradas prioritárias na intervenção sindical.

4. Desenvolver os esforços tendentes à criação de **plataformas de unidade** entre as várias organizações médicas e os vários Sindicatos do sector da saúde, no respeito pela natural diversidade de opiniões.

5. Promover relações de **cooperação** com as Associações de Estudantes de Medicina.

6. Manter o relacionamento e cooperação com as **2 Centrais Sindicais**.

7. Manter a participação na Confederação Portuguesa dos Quadros Técnicos e Científicos.

8. Manter a colaboração e participação na Frente Comum dos Sindicatos da Administração Pública.

9. Melhorar e aprofundar o trabalho da **FNAM** no âmbito das actividades da Federação Europeia dos Médicos Assalariados (F.E.M.S.).

10. Desenvolver contactos regulares com as organizações médicas dos países da C.P.L.P..

Coimbra, 1 de Junho de 2003

Acção 2003-2006

Resolução Político-Sindical 5º Congresso Nacional

A política que tem vindo a ser desenvolvida nos últimos 2 anos a nível do sector da saúde possui como objectivo fundamental a destruição do S.N.S. e a sua progressiva privatização em benefício de importantes grupos económicos.

Esta ofensiva governamental surge inserida no contexto mais geral de liquidação do Estado Social, bem visível na acção privatizadora da Segurança Social e na destruição dos direitos laborais.

Estes 3 pilares do Estado Social são hoje os alvos privilegiados da concentração de esforços da acção política do Governo.

As concepções neoliberais do chamado "Estado Mínimo" têm conduzido a graves e dramáticas situações de exclusão social e humana, a negócios escandalosos para grupos económicos à custa do dinheiro dos contribuintes e à destruição dos mais elementares direitos de cidadania.

A Argentina constitui o elucidativo exemplo mais recente deste tipo de política.

Ao nomear como ministro da saúde um cidadão transferido directamente de um grupo económico com amplos e polémicos negócios neste sector, a actual coligação governamental demonstrou, desde logo, quais eram os seus verdadeiros objectivos políticos.

A actuação deste membro do Governo tem sido caracterizada por uma desesperada tentativa de diabolizar o S.N.S., com um discurso catastrofista de tudo o que foi feito, de modo a procurar dissimular junto da opinião pública os seus propósitos privatizadores.

Mesmo na presença dos resultados do Relatório Mundial dos Sistemas de Saúde da O.M.S., que coloca o nosso país em 12º lugar, do trabalho coordenado pelo Prof. Dr. Vilaverde Cabral, que demonstra a opinião positiva da população sobre o S.N.S., o referido discurso ministerial tem mantido a mesma tónica demagógica e de ausência de seriedade política.

Ainda recentemente, as declarações públicas

do Ministro da Saúde sobre o Relatório do Observatório Português da Saúde constituem um exemplo marcante de manipulação político-ideológica sem qualquer noção do ridículo.

Estas atitudes são ainda mais graves, quando é absolutamente visível que estamos perante a importação e aplicação mecânica de modelos em vigor noutros países, que já demonstraram os seus desastrosos resultados, casos dos E.U.A. e Grã-Bretanha, em estreita obediência às receitas do Banco Mundial e do F.M.I..

Esta lógica de mercantilização de um direito de cidadania tão elementar como a saúde, já esteve presente na curta passagem do Prof. Correia de Campos como ministro da saúde do anterior Governo. Deste modo, não são de estranhar os mútuos elogios públicos entre o actual e o anterior ministro.

A política privatizadora e de destruição do S.N.S. arrasta consigo a destruição das carreiras profissionais, a total desregulamentação laboral e o perigo da clandestinização da actividade sindical.

A institucionalização das carreiras médicas, através dos D.L.s 310/82 e 73/90, constituiu um marco histórico na organização do trabalho médico em Portugal nas suas vertentes assistenciais, laboral, formativa e de garantia da qualidade profissional.

Foi possível, desde então, definir metodologias de formação, diferenciação e avaliação ao longo de toda a vida profissional dos médicos e associar-lhes uma adequada e progressiva responsabilização, com a natural e correspondente progressão salarial.

Com o decurso dos anos, e tendo em conta o aprofundamento do trabalho em equipas pluridisciplinares, assistiu-se a uma gradual estruturação das carreiras dos outros profissionais de saúde, o que veio contribuir para um resultado global crescentemente positivo do desempenho das unidades de saúde.

A maior percentagem de pessoas idosas, a maior prevalência de doenças crónicas, o aparecimento de novas patologias que mobilizam

5º Congresso Nacional

recursos dispendiosos e o contínuo desenvolvimento de tecnologia altamente onerosa e sempre em evolução, são alguns dos factores que contribuem para a crescente afectação de verbas orçamentais ao sector da saúde.

Os conhecidos problemas que afectam o nosso S.N.S. são, no essencial, comuns aos sistemas de saúde dos países mais desenvolvidos, não constituindo qualquer tipo de situação inerente à sua estrutura conceptual de gestão e abrangência social.

Apesar dos múltiplos diagnósticos efectuados durante a última década, não se verificou uma efectiva vontade política dos diferentes governos para dotar os serviços públicos de saúde de técnicas modernas de gestão, antes mantendo e aprofundando um escandaloso clientelismo partidário nas nomeações para os órgãos de gestão em que, salvo algumas excepções, não estiveram presentes quaisquer critérios de competência e aptidão dos nomeados.

Assim, e como forma de escamotear as responsabilidades directas pelas políticas adoptadas, temos assistido à divulgação de supostas medidas salvadoras em torno da artificial dicotomia entre gestão pública e gestão privada, atribuindo à primeira todas as desgraças e à segunda todas as virtudes.

Sempre considerámos que esta argumentação não possui quaisquer fundamentos de seriedade e rigor técnico, dado que apenas existem técnicas de gestão. A única distinção entre elas é o quadro normativo que as rege.

Igualmente reveladores dos objectivos deste tipo de argumentação são as insistentes referências à suposta estatização da saúde, por via da existência do S.N.S..

No entanto, a realidade dos factos, igualmente expressa no já citado relatório da O.M.S., mostra que somente 57,5% das despesas nacionais de saúde são despesas públicas.

Em todo este contexto existe ainda um aspecto de capital importância que importa referir: o peso quantitativo dos profissionais de saúde.

A experiência internacional demonstra, de forma inquestionável, que todas as reformas neoliberais necessitam, nos sectores onde são aplicadas, de um número excedentário de profissionais, como condição incontornável para o êxito da sua implementação.

Em Portugal, a situação existente é

radicalmente oposta, fazendo depender da atitude reivindicativa dos profissionais de saúde a concretização destas medidas governamentais de destruição do direito constitucional à saúde e dos direitos legais e laborais.

Num momento tão importante e até decisivo para o futuro do nosso S.N.S. e de outras conquistas civilizacionais da nossa sociedade democrática, o 5º Congresso entende que a **FNAM** deve orientar a sua estratégia de acção nesta nova conjuntura em torno dos seguintes **objectivos fundamentais**:

1. Participar em iniciativas que promovam a melhoria do S.N.S., tornando cada vez mais efectivo o direito constitucional à saúde.
2. Defender que o desenvolvimento de uma medicina de qualidade implica o aprofundamento e melhoria das carreiras médicas.
3. Defender, em qualquer novo quadro de gestão, medidas que garantam a estabilidade de emprego, através da consagração de regras claras de contratação colectiva.
Neste âmbito, identificar, enumerar e defender os princípios que caracterizam o documento legal das carreiras médicas.
4. Promover a divulgação das experiências privatizadoras de outros países que já adoptaram o modelo que o Governo pretende copiar.
5. Organizar regularmente iniciativas de debate em torno de matérias com particular interesse para o desenvolvimento mais esclarecido da intervenção sindical.
6. Desencadear um amplo debate com vista à elaboração de um novo regime remuneratório para os médicos.
7. Desenvolver insistentes esforços que conduzam à criação de plataformas de entendimento e convergência entre as várias organizações médicas, no respeito pela identidade própria e pela natural diversidade de opiniões.
8. Simultaneamente, manter e aprofundar o relacionamento e convergência com o movimento sindical, particularmente com as organizações sindicais dos sectores de profissionais de saúde, visando a defesa

de objectivos comuns.

9. Defender um quadro legal de uma gestão pública das unidades de saúde dotada de técnicas de gestão actualizadas, onde se verifique uma clara responsabilização de todas as estruturas de chefia, o seu preenchimento por exclusivos critérios de competência técnica e a consequente abolição integral do comissariado político.
10. Tendo em conta que a actividade sindical não se pode esgotar numa mera acção reivindicativa economicista, a FNAM deverá acompanhar com maior atenção as movimentações sociais de múltiplas organizações em favor da Paz e da cooperação entre os Povos, dos direitos de cidadania, e de rejeição das políticas neoliberais, em que um dos seus resultados práticos é a destruição do quadro legal das organizações sindicais.

Coimbra, 31 de Maio 2003



5º Congresso Nacional

Novos Órgãos Sociais

2003-2006

CONSELHO NACIONAL

- Albérico José Santos Pires
- António Manuel Santos Pereira Oliveira
 - António Manuel Vieira da Silva
 - Arinda Sofia de Figueiredo
 - Berta Ferreira Milheiro Nunes
 - Carlos Manuel Agostinho Prior
- Carlos Manuel Queiroz Rodrigues
 - Filipe Manuel Mendes Rosas
 - Henrique Manuel Silva Botelho
 - Hugo Chichorro e Silva Capote
 - Joaquim Estevão Miguel Judas
- José Eduardo Sousa Lobo D'Alme Azevedo
 - Júlio Gomes dos Reis Alves
- Luís António Pacheco de Oliveira
 - Luís Carlos Martins Peixoto
 - Luís Filipe Esgalhado Fonseca
 - Rosa Fátima Dinis Ribeiro
- Rui Eugénio Ferreira Lourenço

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO

- António Manuel Rodrigues Dias
- Armindo Alexandre Mendes Rebelo
- Delberto Constantino Araújo de Aguiar
- Fernando Gabriel Medeiros Paiva
- Joaquim Manuel Leitão Ribeiro Arenga
 - José Gomes Ermida
- Maria Pilar Ferreira Vicente da Silva



A Rede de Prestação de Cuidados Primários

Avaliação do Projecto-Lei

Exmo. Senhor
Presidente da República
Exmo. Senhor
Provedor de Justiça

O Ministério da Saúde enviou a 12 de Outubro de 2002 projecto “Rede da Prestação de Cuidados de Saúde Primários”.

Nesse sentido, a FNAM vem expor a V. Ex.^a as seguintes questões:

1. Como se pode verificar facilmente, este projecto inclui matérias claramente inseridas no art.º 6.º da Lei n.º 23/98.

Deste modo, este projecto não é susceptível de uma mera audição, mas impõe um processo formal de negociação colectiva.

2. No art.º 3.º do projecto ministerial é introduzida uma nova figura de categoria médica, que é o “médico assistente”.

Esta figura não tem qualquer consagração legal a nível da legislação relativa às carreiras médicas (D.L. n.º 73/90) e viola, de forma clara e inequívoca, a Directiva n.º 93/16/CEE e o diploma que procedeu à sua transposição para a ordem jurídica portuguesa, D.L. n.º 251/95, de 21/9.

De acordo com estes diplomas legais, **não é possível exercer a profissão médica sem possuir a respectiva especialidade ou sua equivalência**, no caso dos Centros de Saúde, em termos de direitos adquiridos.

Neste caso concreto, a equivalência só pôde ser requerida até 31 de Dezembro de 1998.

Nas carreiras médicas, definidas e sistematizadas pelo D.L. n.º 73/90, existem as categorias de assistente hospitalar, assistente de clínica geral e assistente de saúde pública.

Tratam-se de categorias com directas implicações nas grelhas salariais e estreitamente

ligadas a elas, mas não constituem graus de carreira, decorrentes da progressão e diferenciação técnico-científica.

Os médicos da carreira de clínica geral são especialistas, com formação específica e devidamente estruturada nesta área de prestação de cuidados e só atingem a “categoria salarial” de assistentes a partir do momento que se tornam especialistas.

A introdução, no projecto ministerial, da imprecisa designação do “médico assistente” visa a tentativa de consagrar a posterior contratação dos chamados “**médicos indeferenciados**”, sem qualquer formação especializada, à semelhança do que já se verifica em muitos serviços de urgência hospitalar, com os conhecidos resultados na qualidade e eficácia de desempenho na triagem destas unidades.

Aliás, a existência de “médicos indeferenciados” que, por essa condição profissional, são **contratados com baixos salários e num quadro de precaridade laboral**, é uma assumida exigência da actual política privatizadora.

3. O art.º 9.º no seu ponto n.º 2, alínea a), estabelece o trabalho por turnos que, a nível dos médicos, não tem qualquer consagração legal.

Inclusivamente, a actual estrutura e repartição funcional do horário semanal dos médicos da carreira de clínica geral / medicina familiar são integralmente eliminadas.

4. O art.º 13.º estabelece que a população inscrita na lista de cada médico deve situar-se entre os 1.500 e os 2.500 utentes.

Trata-se de uma disposição claramente inconstitucional, de acordo com o Acórdão n.º 348/93 – Processo n.º 233/93, publicado no D.R., I série, de 16/7/93.

Em anexo, enviamos cópia deste acórdão e do

Cuidados Primários

parecer da FNAM entregue ao Ministério da Saúde.

Face ao exposto, estamos perante mais um elucidativo exemplo do conjunto de atropelos e ilegalidades que o Ministério da Saúde vem cometendo impunemente.

Nesse sentido, e porque mais uma vez estão em causa disposições legais e constitucionais em vigor no nosso Estado de direito democrático, vimos

apelar à atenta intervenção de V. Exas.

Subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

A Comissão Executiva da FNAM

Cuidados Primários

A Rede de Prestação dos Cuidados Primários & o Contrato Individual de Trabalho

O projecto ministerial da Rede dos Cuidados de Saúde Primários já teve múltiplas versões.

Segundo dizem terão sido 12, não se conhecendo qualquer “versão final”, mesmo a que terá sido aprovada em Conselho de Ministros.

Somente uma versão foi entregue à FNAM pelo Ministério da Saúde, em meados do passado mês de Outubro.

Sobre esta versão a FNAM elaborou um parecer exaustivo, que enviou atempadamente ao titular da pasta.

No âmbito da discussão efectuada no seio da FNAM foram colocadas à apreciação dos Serviços Jurídicos as seguintes questões:

• *Será que aos profissionais com relação jurídica de emprego público que sejam integrados em modelos de gestão e participação previstos no actual projecto (cooperativas, regime de convenção ou gestão de serviços do S.N.S. por outras entidades) serão aplicadas as normas do contrato individual de trabalho?*

• *Poderá ser possível estabelecer contratos de prestação de serviços com um só médico ou um só profissional de saúde de outra área laboral?*

O parecer jurídico transmitiu as seguintes respostas:

• *Ao pessoal com relação de emprego público que opte pelo contrato individual de trabalho é aplicável este e só este regime.*

• *Ao pessoal que integre um qualquer modelo de gestão tem de sujeitar-se a uma das várias hipóteses dos Art.ºs 21º e 22º do D.L. nº 11/93, de 15 Janeiro, a saber:*

- requerer ao Ministro da Saúde autorização para ser requisito ou para uma licença sem vencimento por 10 anos.

O contrato individual de trabalho é incompatível, por consequência, com a prestação de serviços prevista.

• *A redacção do artigo 23º do projecto afasta essa hipótese. Na verdade, um só médico ou um só profissional de saúde não é, nem jurídica nem economicamente, uma “entidade privada sem fins lucrativos”.*

Lisboa, 7 de Janeiro 2003

Os Serviços Jurídicos do Sindicato dos Médicos da Zona Sul

Contrato Individual de Trabalho

O exemplo esclarecedor do Hospital de Vale de Sousa

A FNAM tomou conhecimento do texto do contrato individual de trabalho que o Hospital Vale de Sousa está a apresentar a médicos.

O conteúdo deste contrato vem confirmar plenamente as denúncias que temos vindo a efectuar há vários anos.

Nesse sentido, importa referir os seguintes aspectos fundamentais deste contrato individual:

1. A retribuição ilíquida mensal é de 3.072,69 euros (616.000 escudos).

O subsídio de refeição é de **2 euros**.

2. “A retribuição mensal poderá ser revista anualmente, em função das regras definidas pelo 1º contratante (o hospital) e a avaliação do desempenho do 2º contratante (o médico)” (cláusula).

Esta formulação significa que **não está garantido qualquer aumento salarial anual** e que, inclusivamente, **pode ser determinada uma diminuição da retribuição mensal** em consequência das “regras definidas” pela administração do hospital e da “avaliação de desempenho”.

Não existe no clausulado qualquer referência a parâmetros dessa avaliação de desempenho, nem a quem caberá a responsabilidade pela sua execução.

Serão engenheiros, economistas e comissários políticos nomeados pelo Poder ou por grupos económicos que irão avaliar o desempenho técnico-científico dos médicos?

Tudo indica que é essa a perspectiva presente nesta cláusula.

3. O horário semanal é de 40 horas.

No entanto, esta cláusula (5ª) também estabelece que “...sem prejuízo de quaisquer

alterações decorrentes das necessidades objectivas do funcionamento dos serviços do 1º contratante”.

Esta redacção consagra a total discricionariedade das decisões da administração em alterar, sempre que entender, os horários dos médicos, sem que estes possam legalmente reclamar.

4. Está igualmente estabelecido neste contrato que o médico “...dá também o seu acordo a, sempre que necessário, desenvolver a sua actividade em horário nocturno e/ou por turnos...”.

Trata-se de mais um exemplo elucidativo do enorme retrocesso laboral que está subjacente a esta política de “empresarialização”.

Deste modo, é possível esta administração determinar unilateralmente que alguns médicos passem a efectuar somente horário nocturno.

Quanto aos turnos, o D.L. n.º 73/90 (diploma das carreiras médicas) não permite este tipo de trabalho.

A aplicação do trabalho por turnos a nível dos médicos irá determinar a liquidação do trabalho de equipa nos serviços e a fragmentação integral do seu funcionamento articulado.

5. A cláusula 6ª afirma que o médico: “...Executará a sua actividade na sede social do 1º contratante...”.

No entanto, **sempre que o 1º contratante entenda necessário, o 2º contratante poderá ser transferido para quaisquer outras instalações do 1º contratante**, ou com ele relacionadas, nomeadamente outro local de cobertura assistencial deste, situação para a qual o 2º contratante dá desde já o seu total acordo e expresso consentimento.

Mais um escandaloso exemplo da ausência de regras e de direitos.

Um médico ao assinar este contrato está a aceitar um regime feudal de trabalho, passando a ser tratado como mera mercadoria transacionável.

Mas esta cláusula coloca também outra questão importante e reveladora de que a chamada “empresarialização” é uma etapa intermédia para a posterior privatização integral. Ou seja, no actual quadro público das unidades hospitalares, estas não possuem dependências noutras locais do país para onde possam deslocar os seus médicos.

Mas, se esta unidade hospitalar for entregue a um grupo económico privado que também possua outros hospitais sob a sua dependência então esta mobilidade arbitrária tem razão de se encontrar consagrada nesta cláusula.

Aliás, a cláusula 9ª vem acentuar essa mobilidade ao estabelecer que “o 2º contratante poderá ser designado para deslocações no âmbito da sua função, em território português, onde o 1º contratante exerça a sua actividade”.

6. A cláusula 11ª impõe que os médicos “...têm de cumprir e respeitar todos os regulamentos, directivas, planos de trabalho, ordens e instruções (escritas ou verbais) provenientes da Administração...”.

Trata-se de uma redacção escandalosa, ao estabelecer o **cumprimento de instruções verbais**.

Em qualquer momento a administração pode invocar o não cumprimento dessas instruções verbais, em que prevalece a versão dos seus membros, para determinar o despedimento com justa causa.

7. Os médicos têm de declarar formalmente não estarem vinculados a nenhuma outra instituição e estar livre de qualquer compromisso laboral (cláusula 10ª).

A cláusula 12ª consagra, de forma inequívoca, o “**regime de exclusividade, estando, portanto, impedido de, salvo autorização expressa para o efeito, ... exercer qualquer outra actividade profissional, por sua conta ou por conta de outrem**”.

Enquanto o D.L. 73/90 possibilita o acesso ao regime de dedicação exclusiva, onde é permitida a acumulação de outras actividades alheias à profissão médica, este contrato impõe a exclusividade de funções, sem possibilidade de qualquer tipo de acumulação.

8. A cláusula 15ª impõe ao médico que “... mesmo



Contrato Individual de Trabalho

após a cessação do presente contrato individual de trabalho, a não ceder, revelar, divulgar, utilizar ou discutir, directa ou por interposta pessoa, quaisquer informações e/ou elementos que lhe hajam sido confiados ou que tenha tido conhecimento no exercício da sua actividade...".

E na cláusula 16ª é afirmado que o 2º contratante (médico) *"reconhece que o 1º contratante sofreria danos irreparáveis, no caso do 2º contratante violar as obrigações de confidencialidade... pelo que a violação de tais obrigações o constitui no dever de indemnizar o 1º contratante nos termos gerais do direito".*

Como se pode verificar, a redacção destas cláusulas permite a total discricionariedade de acusações a um médico, de modo a exigir-lhe indemnizações por supostas revelações de aspectos tão ridículos como os métodos de trabalho. E mais grave ainda, é que um **médico assina um contrato onde, antecipadamente, aceita ser culpabilizado por quaisquer acusações formuladas pela administração.**

Face aos aspectos referidos, torna-se indispensável chamar a atenção para as seguintes questões:

– Durante largo tempo assistimos a uma campanha de promoção dos contratos individuais de trabalho, em que era referido o aspecto potencialmente sedutor de que iriam permitir uma adequada remuneração dos médicos em função do seu empenho e produtividade.

Alguns sectores médicos, sem terem em conta aquilo que se está a passar em diversos países onde foram implementadas medidas privatizadoras dos serviços públicos de saúde, adoptaram uma atitude de apoio a estes contratos.

O contrato apresentado por esta unidade hospitalar vem demonstrar que o único objectivo dos contratos individuais de trabalho é estabelecer um quadro laboral precário e sem direitos.

– Este contrato já conhecido corresponde a um modelo que irá ser extensivo a todos os hospitais, dado que está em consonância com as respectivas orientações expressas num documento confidencial da **"Unidade de Missão Hospitais S.A."** do Ministério da Saúde, a que a FNAM teve acesso.

– **Não existem carreiras definidas**, nem quaisquer graus decorrentes da progressiva

diferenciação técnico-científica ou garantias de formação.

Os vencimentos são de montante único.

– **É imposta a "exclusividade de funções" sem ser remunerada.**

O montante salarial mensal estabelecido representa um enorme retrocesso face ao actual sistema retributivo consagrado no D.L. n.º 73/90.

– O texto deste contrato estabelece um quadro legal em que **a administração só tem direitos e os médicos só têm deveres.**

As disposições sobre horários, mobilidade arbitrária no território nacional, cumprimento de "instruções verbais" e os aspectos de confidencialidade, constituem um **insulto à dignidade pessoal e profissional dos médicos.**

Inclusivamente, é estabelecido um conjunto de situações que permitem o desencadeamento de acções persecutórias e de chantagens aos médicos, previamente sancionadas com a assinatura do contrato.

Com esta assinatura, os médicos não dispõem de quaisquer meios de defesa face a todas as arbitrariedades da administração.

– É estabelecido um atentatório quadro laboral que representa um enorme retrocesso em todos os aspectos da actividade profissional dos médicos, sendo estes transformados em meros "servos" da administração.

– A experiência de outros países demonstra que estes modelos neoliberais só conseguem ser implementados quando existe um excesso de mão-de-obra disponível.

No nosso país, verifica-se uma carência notória de médicos e de outros profissionais de saúde, o que permite impedir a concretização dos iníquos contratos individuais de trabalho, caso a generalidade dos médicos recuse a sua assinatura.

A FNAM continuará a desenvolver todos os esforços na defesa das carreiras médicas e apela a todos os colegas para que recusem estes contratos.

Lisboa, 21 de Abril de 2003
A Comissão Executiva da FNAM

Regime e Orgânica Serviço Regional de Saúde

**Ex.º Senhor Presidente do
Governo Regional da Madeira**

No final do mês de Outubro de 2002, recebemos simplesmente um exemplar da “**Proposta de Decreto Legislativo Regional – Regime e Orgânica do Serviço Regional de Saúde**”.

Com a data de 20 de Novembro de 2002, recebemos um novo exemplar desta proposta, desta vez acompanhada de um ofício em que era referido tratar-se de “cópia actualizada da proposta de diploma em epígrafe”.

Este ofício não marcava qualquer reunião negocial, ao contrário do que já tinha sido efectuado com outras organizações de profissionais de saúde.

A 2 de Janeiro de 2003 enviámos a V.Ex.ª um parecer sobre esta proposta, onde chamámos a atenção para o facto de se tratar de matéria que, ao abrigo da Lei n.º 23/98, **impunha o desencadeamento de um processo formal de negociação colectiva e não o pedido de uma mera apreciação escrita**.

Recentemente, tomámos conhecimento de que o Governo Regional enviou, a 20 de Dezembro de 2002, esta proposta de decreto para a Assembleia Legislativa Regional, requerendo um processo de urgência.

Simultaneamente, foi também enviada nesta data à Assembleia Legislativa Regional a proposta de decreto sobre o “**Estatuto do Sistema Regional de Saúde**”, da qual nunca nos foi enviada cópia.

Aliás, esta proposta de estatuto é o documento basilar da criação do Sistema Regional de Saúde, onde estão definidas as suas características e perspectivas evolutivas.

Nada justifica que este documento não nos tenha sido enviado, dado que o seu conteúdo também se insere claramente nas disposições da Lei n.º 23/98.

Fácil se torna verificar que estamos perante um exemplo de inequívoca discriminação da Federação

Nacional dos Médicos (FNAM) e de desrespeito integral pela legislação em vigor no nosso país.

O facto de julgarmos estar em desenvolvimento um processo negocial e de estarmos, por conseguinte, a aguardar a convocatória para uma reunião negocial, à semelhança do que aconteceu com outras organizações, **determinou que o pré-aviso de greve para 29, 30 e 31 deste mês de Janeiro não tenha abrangido a Região Autónoma da Madeira**.

Afinal, a condução deste processo pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais é demonstrativa de que não visou concretizar qualquer processo efectivamente negocial e adoptou uma **atitude ilegal ao discriminar uma organização sindical**.

Assim, vimos solicitar a urgente intervenção de V. Ex.ª na reposição do respeito pelas normas legais da negociação em torno destes 2 diplomas regionais.

Aguardando resposta, subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

A Comissão Executiva do SMZSul

Apreciação da Proposta

**Ex.º Senhor Presidente do
Governo Regional da Madeira**

Na sequência do envio da “**Proposta de Decreto Legislativo Regional que aprova o regime e orgânica do Serviço Regional de Saúde**” para parecer, a FNAM vem transmitir a seguinte apreciação:

1. O preâmbulo desta proposta coloca algumas questões que importa clarificar.

Logo no primeiro parágrafo é afirmado que “... o funcionamento do Serviço Regional de Saúde tem assentado na tradicional dicotomia cuidados primários/cuidados hospitalares...”.

Esta afirmação coloca-nos uma enorme perplexidade, dado que uma dicotomia entre aqueles 2 níveis de prestação de cuidados nunca poderá traduzir-se em quaisquer resultados positivos.

Não imaginávamos que o funcionamento do Serviço Regional de Saúde assentasse numa dicotomia, em vez de procurar concretizar uma intervenção articulada e complementar entre os cuidados primários e os cuidados secundários de saúde.

No 2º parágrafo surge uma nova referência que será, certamente, um lapso, dado que restringir o Serviço Regional de Saúde a “*uma unidade integrada de cuidados continuados*” significaria uma solução desastrosa para os cidadãos desta região autónoma.

Os cuidados continuados têm uma definição bem precisa e são uma parte dos cuidados de saúde.

No 5º parágrafo é afirmado que são adoptadas três medidas que a experiência, nacional e estrangeira, demonstra serem as mais adequadas.

Uma destas medidas estabelece a “*submissão do S.R.S. a regras privatísticas, próprias de uma gestão empresarial...*”.

Ora, não existe qualquer experiência, nem nacional, nem internacional, que suporte, com o mínimo de fundamento, tal medida.

A consulta à vasta bibliografia existente a nível de importantes e idóneas publicações internacionais permite verificar que as experiências existentes não apresentam qualquer evidência de superioridade da gestão empresarial/privada.

O exemplo mais clamoroso são os Estados Unidos, onde toda a prestação de cuidados de saúde está privatizada, que se encontram em 37º lugar a nível mundial quanto aos índices de desempenho global dos sistemas de saúde e em 71º no desempenho dos sistemas de saúde quanto aos níveis de saúde (Relatório Mundial da O.M.S.).

Mas se as “regras privatísticas” e a “gestão empresarial” fossem sinónimo de “competência, responsabilização e eficácia”, como explicar também os recentes escândalos e falências de gigantes multinacionais como a ENROM, Worldcom e Arthur Andersen?

Quanto a outra das medidas fixadas em torno do princípio da desconcentração de competências, criação de estruturas operacionais

correspondentes a níveis de gestão intermédia e a concessão de ampla autonomia, já é possível concordar com os seus previsíveis resultados positivos, caso estes princípios sejam adequadamente implementados.

2. O artº 8º, relativo aos centros de custos e de responsabilidade, no seu ponto nº 1, parece restringir a sua aplicação às 3 grandes áreas de intervenção da saúde (hospitalar, cuidados primários e saúde pública).

Em nossa opinião, a criação destes centros deveria obedecer a preocupações operacionais, nomeadamente conduzir a uma adequada departamentação de serviços hospitalares afins conferindo-lhes maior eficácia de desempenho.

3. O artº 36º refere-se ao regime do pessoal e estabelece como medida única o contrato individual de trabalho.

Mais grave ainda é a formulação nele constante de “... *podendo o S.R.S. ser parte em instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho...*”. Ou seja, o S.R.S. pode ser parte se quiser, porque esta formulação não confere qualquer obrigatoriedade.

O seu ponto nº 2 contém uma redacção com gravíssimas implicações ao estabelecer que os níveis remuneratórios são fixados anualmente pelo membro do Governo Regional que tutela a área da Saúde.

Nem uma palavra para o papel constitucional das organizações sindicais nesta matéria e nem uma palavra para os mecanismos legais da negociação colectiva.

4. O artº 37º confirma plenamente o carácter fortemente penalizador do contrato individual de trabalho e a ausência de quaisquer garantias caso pretendam regressar ao lugar de origem.

5. O artº 38º estabelece um novo patamar de completa precaridade laboral ao definir que o S.R.S. tem “... *uma dotação global de pessoal fixada anualmente através dos respectivos orçamentos e contratos-programa...*”.

A definição anual do número de profissionais em função de critérios orçamentais vem demonstrar, de forma clara e inequívoca, que tal só será possível na base de contratos individuais de trabalho, cuja formulação irá dispor de cláusulas, mais ou menos dissimuladas, que permitirão uma grande arbitrariedade de rescisão por parte do órgão de gestão.

Esta é a constatação decorrente da experiência já existente em alguns serviços públicos a quem foi aplicada esta “solução”.

6. Apesar da nossa apreciação, consideramos um aspecto positivo a consagração do regime experimental contida no artº 39º.

7. O artº 40º é contraditório com o ponto nº 1, do artº 36º.

Se o artº 40º define o prazo de 6 meses para iniciar os procedimentos de negociação colectiva, porque razão o referido ponto do artº 36º não contempla a obrigatoriedade desta negociação?

8. Em conclusão, consideramos de **r e l e v a n t e** importância referir os seguintes aspectos fundamentais:

a) Esta proposta constitui, no essencial, uma cópia das medidas que o Ministério da Saúde tem vindo a aprovar no Continente.

b) A média etária alta dos profissionais de saúde e o seu número deficitário em todo o território nacional constituem dados inquestionáveis.

Se a Região Autónoma da Madeira adoptar o mesmo enquadramento legal penalizador e precário para os profissionais de saúde, acabará por não conseguir atrair novos médicos e conduzirá o seu serviço regional, a prazo, à completa falência.

Em nossa opinião, esta proposta deveria conter, de forma clara e expressa, um conjunto de incentivos atractivos para fixar novos profissionais de saúde, concretamente médicos.

c) Sempre considerámos adequado que as Regiões Autónomas dispusessem de Serviços Regionais de Saúde, onde as especificidades respectivas estivessem salvaguardadas e fossem encontrados mecanismos próprios de organização e de articulação da prestação de cuidados.

d) Consideramos muito preocupante que ao longo do texto não exista uma única definição sobre

os regimes de trabalho e os correspondentes horários laborais.

Tal significa, que estas importantes matérias ficarão na dependência de decisões arbitrárias da administração do S.R.S.?

E quais os montantes salariais respectivos?

e) A FNAM tem rejeitado frontalmente a política laboral assente nos contratos individuais de trabalho.

São múltiplas e fundamentadas as razões que determinam esta nossa posição sindical.

f) Nos pontos anteriores deixamos bem claros os aspectos que suscitam a nossa total discordância. No entanto, a FNAM, através do seu Sindicato dos Médicos da Zona Sul, transmite a sua disponibilidade



negocial para encontrar soluções dinâmicas que confiram maior eficácia e capacidade de desempenho dos serviços de saúde da Região Autónoma da Madeira.

Ao referirmos a nossa disponibilidade negocial, queremos chamar a atenção de V. Exa. Para o artº 6º da Lei nº 23/98, em que matérias com estas implicações determinam o desencadeamento de um processo formal de negociação colectiva e não uma mera audição prévia das organizações sindicais.

Aguardando resposta, subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

**A Comissão Executiva do SMZSul
Lisboa, 2 de Janeiro de 2003**

Criação do Sistema Regional de Saúde à margem da Lei

**Ex.^{mo} Senhor
Presidente da República**

No final do mês de Outubro de 2002, recebemos um exemplar da “**Proposta de Decreto Legislativo Regional – Regime e Orgânica do Serviço Regional de Saúde**”, enviada pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais do Governo Regional da Madeira.

No final do passado mês de Novembro, recebemos, com a data de 20 de Novembro 2002, um novo exemplar desta proposta, desta vez acompanhada de um ofício em que era referido tratar-se de “cópia actualizada da proposta de diploma em epígrafe”.

Este ofício não marcava qualquer reunião, ao contrário de que já tinha sido efectuado com outras organizações de profissionais de saúde.

Como continuávamos sem receber qualquer convocatória para uma reunião negocial, decidimos enviar, a 2 de Janeiro de 2003, um parecer escrito sobre a referida proposta, onde chamávamos a atenção para o facto de se tratar de matéria que, ao abrigo do art.º 6º da Lei nº 23/98, impunha o desencadeamento de um processo formal de negociação colectiva e não o pedido de uma mera apreciação escrita.

Recentemente, tomámos conhecimento, através de nossos associados nesta região autónoma, de que o Governo regional da Madeira enviou, a 20 de Dezembro de 2002, esta proposta de decreto para a Assembleia Legislativa Regional, requerendo um processo de agendamento urgente.

Simultaneamente, foi também enviada nesta data à Assembleia Legislativa Regional a proposta de decreto sobre o “**Estatuto do Sistema Regional de Saúde**”, da qual nunca recebemos qualquer cópia.

Esta proposta de estatuto é, aliás, o documento basilar da criação do “Sistema Regional de Saúde”, onde estão definidas as suas características e perspectivas evolutivas.

O seu conteúdo também se insere claramente no artº 6º da Lei nº 23/98, dada as suas implicações a nível de regimes de trabalho, alterações contratuais e de outros aspectos relativos aos vários corpos especiais.

Face ao exposto, fácil se torna verificar que estamos perante um exemplo de inequívoca discriminação ilegal da Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e de desrespeito integral pela legislação em vigor no nosso país.

O facto de julgarmos estar em desenvolvimento um processo negocial e de estarmos, por conseguinte, a aguardar uma convocatória para uma reunião negocial, à semelhança do que tinha acontecido com outras organizações, determinou que o pré-aviso de greve para os dias 29, 30 e 31 de Janeiro não tenha abrangido a Região Autónoma da Madeira.

Afinal, esta nossa atitude de boa-fé e de sentido de responsabilização não teve qualquer prévia correspondência a nível dos métodos e objectivos definidos pelo Governo Regional da Madeira em torno destes projectos.

Em nossa opinião, a ausência de fiscalização constitucional deste tipo de atitude deliberadas de desrespeito pela legislação em vigor, só poderá contribuir para o descrédito do nosso Estado democrático e para o desenvolvimento impune de práticas que acabam por minar as suas bases de direito constitucional.

Porque estamos perante uma clara situação de inconstitucionalidade, vimos solicitar a urgente intervenção de V. Ex.^a na reposição do respeito pelas normas legais da negociação em torno destes 2 diplomas regionais.

Aguardando resposta, subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

A Comissão Executiva do SMZSul

Os Jornalistas e a Greve dos Médicos

**Exmo. Senhor
Presidente da Federação Nacional dos Médicos**

Estando convocada, para amanhã, dia 29 até dia 31, uma nova greve nacional dos médicos, e tendo ocorrido, em anteriores paralisações, incidentes relacionados com o acesso de jornalistas às fontes de informação, designadamente no que diz respeito à recolha de elementos em hospitais e centros de saúde;

Considerando que os jornalistas desempenham uma função essencial para a satisfação do direito do público a ser informado, o que implica a recolha de informação junto de fontes diversificadas e a possibilidade de verificação dos factos nos locais onde estes ocorrem;

Tendo presente que uma das atribuições essenciais do Sindicato dos Jornalistas é zelar pela protecção do direito à informação;

Considerando que no conjunto dos médicos representados por essa organização sindical se encontram profissionais com responsabilidades de direcção e chefia de unidades de saúde susceptíveis de serem procuradas por jornalistas encarregados de cobrir a referida paralisação;

A Direcção do Sindicato dos Jornalistas agradece os bons ofícios desse Sindicato, no sentido de sensibilizar os médicos com as responsabilidades acima referidas para as seguintes disposições do Estatuto do Jornalista (Lei n.º 1/99, de 13 de Janeiro) aplicáveis nestas circunstâncias:

A liberdade de acesso às fontes de informação constitui um dos direitos fundamentais dos jornalistas (Art.º 6.º, b);

O direito de acesso às fontes de informação é assegurado aos jornalistas nomeadamente pelos órgãos da Administração Pública, empresas de capitais total ou maioritariamente públicos, empresas controladas pelo Estado, empresas concessionárias de serviço público e quaisquer entidades privadas que prossigam interesses públicos (Art.º 8.º);

Os jornalistas têm o direito de acesso a locais abertos ao público para fins de cobertura informativa, sendo extensivo aos locais que, embora não acessíveis ao público, sejam abertos

à generalidade da comunicação social, sendo assegurado em condições de igualdade (Art.º 9).

Os jornalistas não podem ser impedidos de entrar ou permanecer nos locais referidos quando a sua presença for exigida pelo exercício da respectiva actividade profissional, sem outras limitações além das decorrentes da lei, tendo direito a utilizar os meios técnicos e humanos necessários ao desempenho da sua actividade (Art.º 10.º);

Os jornalistas não podem ser desapossados do material utilizado ou obrigados a exhibir os elementos recolhidos no exercício da profissão, salvo por mandado judicial e nos demais casos previstos na lei (Art.º 11.º);

Quem, com o intuito de atentar contra a liberdade de informação, apreender ou danificar quaisquer materiais necessários ao exercício da actividade jornalística ou impedir a entrada ou permanência em locais públicos para fins de cobertura informativa é punido com prisão até 1 ano ou com multa até 120 dias (Art.º 19.º);

Se o infractor for agente ou funcionário do Estado ou do pessoa colectiva pública e agir nessa qualidade, é punido com prisão até 2 anos ou com multa até 240 dias, se pena mais grave lhe não couber nos termos da lei penal (Art.º 19.º).

Certos de ter merecido a vossa melhor atenção, apresentamos saudações sindicais.

***A Direcção do Sindicato dos Jornalistas
Alfredo Maia, o Presidente
Lisboa, 28 de Janeiro de 2003***

.....

**Exmo. Sr.
Presidente do Sindicato dos Jornalistas**

Tomámos conhecimento do vosso fax relativo aos “jornalistas e a greve dos médicos” e vimos transmitir-vos as seguintes questões:

Greve dos Médicos

1. Desde há largos anos que a FNAM e os 3 Sindicatos regionais que a constituem têm vindo a denunciar publicamente as atitudes de claro entrave ao direito constitucional à informação, protagonizadas por vários ministérios da saúde.

Habitualmente, tratam-se de orientações verbais que são dadas às A.R.S.'s e estas, por sua vez, transmitem-nas às administrações hospitalares e às direcções dos centros de saúde.

2. Em múltiplas circunstâncias, os próprios dirigentes sindicais são obrigados a prestar declarações à comunicação social fora das instalações onde trabalham, por expresse impedimento das administrações.

Simultaneamente, existem ameaças verbais a médicos que não são dirigentes ou delegados sindicais sobre a prestação de declarações públicas sem autorização prévia dessas administrações.

3. Nesse sentido, vimos felicitar o Sindicato dos Jornalistas por esta tomada de posição, apelando para que ela seja levada às últimas consequências, sem qualquer tipo de transigência.

Uma sociedade democrática necessita, de forma vital, de uma informação objectiva e transparente, sob pena de permitirmos a asfixia gradual das liberdades arduamente conquistadas.

4. Por último, vimos solicitar o vosso acordo para a publicação do vosso fax no próximo número da Revista da FNAM.

Com as nossas cordiais saudações sindicais.

A Comissão Executiva da FNAM



**Exmo. Senhor
Dr. Mário Jorge dos Santos Neves
Comissão Executiva da FNAM**

A Direcção do Sindicato dos Jornalistas agradece o fax hoje recebido, bem como a mensagem de estímulo que ele encerra, congratulando-se, por outro lado, com a posição da FNAM e dos sindicatos nela filiados em relação às garantias dos jornalistas de acesso às fontes de informação.

Trata-se de uma preocupação partilhada que honra organizações que prezam a liberdade de imprensa como condição indispensável à Democracia, que, pela nossa parte, temos procurado levar à prática até às últimas consequências.

Com efeito, sempre que é do conhecimento deste Sindicato a prática de actos que ponham em causa o direito de acesso dos jornalistas a fontes de informação ou a locais onde ocorram factos susceptíveis de serem notícia, a Direcção do SJ tem-se empenhado na sua denúncia pública e na respectiva participação, nomeadamente ao Procurador-geral da República.

Nesta conformidade, e tendo presente a partilha de preocupações já referida e o conhecimento dessa organização da realidade no terreno, aproveitamos para solicitar que faça chegar até nós a ocorrência de factos que possam ser considerados violação das garantias em apreço.

Finalmente, serve a presente para, além de agradecer o interesse da FNAM pelo conteúdo do fax do SJ de ontem, dar inteira anuência à sua publicação pelos meios que considerar mais adequados.

Com votos de bons êxitos para as vossas lutas e cordiais saudações sindicais,

**A Direcção do Sindicato dos Jornalistas
Alfredo Maia
Lisboa, 29 de Janeiro de 2003**

Serviços Mínimos

Um dever sindical

Exm^o Senhor

Presidente do Conselho de Administração da ARS do Norte

Tomou conhecimento este Sindicato que, perante um pedido de esclarecimento efectuado pelo C.S. de Famalicão 1, dirigido à Sub-Região de Saúde de Braga, sobre a **definição de serviços mínimos** referente à Greve dos médicos dos centros de saúde decretada para os dias 29, 30 e 31 do corrente (*NE: Janeiro 2003*), esta Sub-Região remeteu a sua resposta para um ofício circular da ARS do Norte de 18 de Julho de 2002 e para a Circular Normativa nº 12 de 18 de Julho de 2002 do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

Sobre os documentos invocados somos a esclarecer:

1. Os dois documentos invocados, foram alvo, em devido tempo, de contestação e pública denúncia quanto à sua ilegalidade por parte da FNAM, ao tentarem induzir atitudes ou mesmo fixar regras por parte de organismos sem competência para tal.

2. Como é amplamente conhecido, cabe legalmente às organizações sindicais estabelecerem os serviços mínimos a serem respeitados no decurso de uma greve.

3. O Governo, caso considere não estarem estes serviços acautelados só pode recorrer à **requisição civil** e nunca à tentativa de proceder à alteração ilegal e unilateral do pré-aviso de greve.

4. A FNAM sempre definiu os serviços mínimos pelo que a citada circular normativa do DMRS assume uma grosseira falsificação dos factos.

5. A serem aplicados estes ilegais serviços mínimos, tal significaria a eliminação do direito constitucional à greve.

6. O pré-aviso de greve da FNAM define muito claramente como **serviços mínimos aqueles que funcionam ininterruptamente 24 horas por dia, 7 dias por semana**.

7. Esta iniciativa, tomada segundo “orientações de Sua Excelência o Ministro da Saúde”, constitui um puro exercício de autoridade e arrogância, de quem revela uma crescente incompatibilidade com os princípios democráticos e constitucionais de uma sociedade de direito.

8. Em todas as anteriores greves efectuadas pelos médicos, sempre os serviços mínimos foram assegurados com rigor, nunca se tendo verificado qualquer situação de risco acrescido para os utentes.

9. Dado que os documentos invocados são completamente destituídos de qualquer fundamento legal, os médicos aderentes à greve só têm de cumprir os serviços mínimos estabelecidos no pré-aviso de greve, não existindo qualquer possibilidade de sanções disciplinares por parte do Ministério da Saúde.

*A Direcção do SMZNorte
Porto, 28 de Janeiro de 2003*

Legislação

Instituto da Droga e Toxicodependência

Ex.mo Senhor
Presidente da República

Recentemente, o Ministro da Saúde proferiu

declarações a nível da Assembleia da República sobre a aprovação do decreto-lei que cria o “**Instituto da Droga e da Toxicodependência**” (I.D.T.), resultante da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento

Legislação

da Toxicodependência (S.P.T.T.) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (I.P.D.T.).

O conhecimento destas declarações suscitam uma enorme perplexidade a várias organizações sindicais, dado que não lhes foi enviado previamente qualquer projecto para apreciação.

Embora um projecto deste tipo tenha seguramente incidência a nível de regimes de trabalho, carreiras e vencimentos e, como tal, implique um processo de negociação colectiva, ao abrigo do art.º 6.º da Lei n.º 23/98, verificamos que **o Ministério da Saúde já nem cumpre a formalidade do envio prévio dos seus projectos aos parceiros sociais.**

Trata-se de um comportamento político que

se tem vindo a agravar progressivamente, com demonstrações sucessivas de prepotência e de escandaloso afrontamento das normas legais e constitucionais em vigor no nosso Estado democrático.

Sendo do conhecimento da FNAM que o referido diploma foi enviado para promulgação presidencial, vimos solicitar uma urgente intervenção de V. Ex.^a no sentido de não permitir que se concretize mais este grave atentado aos direitos constitucionais das organizações sindicais.

Subscrevemo-nos com os nossos melhores cumprimentos.

*A Comissão Executiva do SMZSul
Lisboa, 8 de Novembro de 2002*

Governo quer privatizar a Caixa de Aposentações

O relatório que acompanhou a Proposta de Lei do Orçamento de Estado para 2003, entretanto aprovada, estabelece a perspectiva de privatização da Caixa Geral de Aposentações, a par da Administração Pública e da Administração Fiscal.

Trata-se de mais uma situação escandalosa da política governamental em que, a par das brutais medidas de diminuição dos montantes das reformas, se prepara para entregar os descontos dos vários sectores profissionais da Administração Pública a companhias seguradoras privadas.

Da forma como está a ser desenvolvida a acção política a nível das várias áreas sociais, o actual Governo parece estar a transformar-se na "comissão liquidatária" do Estado.

*A Comissão Executiva da FNAM
Lisboa, 20 de Novembro de 2002*

Protecção contra radiações ionizantes

O D.L. n.º 180/2002, de 8/8, vem estabelecer as normas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas e transpôr para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 97/43 Euratom.

Nesse sentido, importa que os médicos cuja actividade se encontra sujeita a radiações ionizantes tomem conhecimento urgente deste diploma legal.

Hospital alemão corta serviços por causa do deficit

por : Mário Jorge Neves

Pela primeira vez na Alemanha **um hospital decidiu interromper todos os cuidados aos doentes durante um período de tempo**, à excepção dos serviços de emergência.

O hospital universitário de Greifswald, no estado alemão de Mecklenburg – West Pomerania, anunciou em Dezembro que estava planeado interromper todos os tratamentos regulares até 31 de Dezembro de 2002, **porque o orçamento do hospital não os podia cobrir**.

O **orçamento, garantido pelas companhias de seguros de saúde**, é actualmente baseado num número mais baixo de casos do que aquele que é tratado no hospital.

O limite foi alcançado em Novembro. Por cada 1400 casos adicionais, as companhias de seguros pagam somente 15% dos custos.

O Marburger Bund (a maior organização médica hospitalar) e a Sociedade Hospitalar Regional de Mecklenburg – West Pomerania elogiaram a

coragem dos responsáveis do hospital em tomarem esta decisão e realçarem os graves problemas que a maioria dos hospitais enfrenta.

Nos próximos anos espera-se que um certo número de hospitais e departamentos hospitalares encerre, devido a **insuficientes fundos da parte das companhias de seguros de saúde**.

O Governo introduziu uma lei que admite um aumento anual máximo dos orçamentos de 0,8%.

No entanto, os hospitais têm de negociar com crescimento de salários e dos preços dos medicamentos, bem como elevados custos do equipamento médico.

Os médicos não irão receber aumentos económicos e defrontam-se com possíveis reduções em horas extraordinárias, estando a considerar acções de greve e de restrições de serviços.

Este artigo, da autoria de Annette Tuffs, foi publicado no British Medical Journal de 4 de Janeiro de 2003 (**BMJ 2003; 326: 11**).

Médicos dos EUA não concordam com a obrigatoriedade da declaração dos erros médicos

por : Maria Manuel Vilhena

O B.M.J., no número de 9 de Novembro de 2002, publicou uma notícia da autoria de Janice Hopkins Tanne com o título acima referido.

Nesse texto é afirmado que os utentes dos Estados Unidos preocupam-se mais com a qualidade e segurança do serviço de saúde do que os médicos,

segundo o relatório de um estudo recente.

Há três anos um relatório do "Institute of Medicine" calculou que **morrem todos os anos devido a erros médicos entre 44.000 a 98.000 Americanos** (B.M.J. 1999; 319; 1514).

Um novo estudo efectuado pelo grupo do Dr. Andrew Robinson da Universidade do Colorado em

Nota de Leitura

Denver analisou o que os médicos e utentes pensam em relação a erros médicos, após o anterior relatório ter sido publicado.

O inquérito constitui numa sondagem por escrito a 1000 médicos no Colorado, a 1000 médicos em todo o país e a 610 famílias pelo telefone, tendo-se concluído que apenas **29% dos médicos pensam que a qualidade dos serviços médicos nos E.U.A. é um problema**. No entanto, **68% das famílias mostraram-se preocupadas**.

Em relação à boa qualidade dos serviços, só **70% dos médicos afirmaram que reduzir o erro médico deveria ser uma prioridade nacional**, enquanto que **86% dos utentes são da mesma opinião**.

Contudo **a quase totalidade dos médicos gostaria de ter mais treino em saber como lidar com os erros médicos**.

Este relatório do "Institute of Medicine", sugere a obrigatoriedade da declaração de erros médicos através de uma agência nacional. Quase 60% das

famílias questionadas são da mesma opinião, enquanto que apenas 24% dos médicos do Colorado e 32% dos médicos a nível nacional concordaram com essa obrigatoriedade.

O autor principal, Dr. Andrew Robison, apercebeu-se que os médicos viram problemas na declaração obrigatória de erros médicos, dado que em seu entender, não há uma definição de erro.

Os médicos americanos têm relutância em declarar os erros ou complicações, porque têm receio em que lhe sejam instaurados processos legais (muito comuns nos E.U.A.).

É bom que se diga que 35% dos médicos questionados já se tinham visto envolvidos em processos deste tipo.

Os médicos exprimiram que uma maior salvaguarda legal seria necessária para que um sistema de declaração obrigatória dos erros tivesse êxito.

Opinião

Uma contribuição para uma discussão necessária

por : **Adélia Maria Ponte Novais***

Ao ler a Proposta de Decreto-Lei a apresentar ao Conselho de Ministros pelo Senhor Ministro da Saúde, concluo que o Senhor Ministro, estando de boa fé, ignora em absoluto quais os objectivos da Carreira de Clínica Geral/Medicina Familiar e a sua importância fundamental para que os indicadores de saúde possam ir sempre melhorando.

A Medicina Familiar não se cinge à intervenção curativa - mais importante que isso, abrange a prevenção da doença. Esta, à partida, parece consumir mais meios económicos; mas se o Senhor Ministro contabilizar os milhares de euros que poupará em meios auxiliares de diagnóstico, tratamentos mais

sofisticados e dispendiosos, internamentos prolongados, absentismo e reformas antecipadas por invalidez, talvez chegue à conclusão que poupará muitos milhares de euros. Se tivermos ainda em conta que uma doença (evitável com a prevenção) implica que outros membros da família adoeçam e necessitem de cuidados médicos/medicamentosos e provável absentismo associado, mais se poupará se tivermos como objectivo a prevenção.

As pessoas não são números, são seres humanos que têm de ser encarados na prática médica no seu todo bio-psico-social. Esta não é nem deverá ser uma expressão vazia.

É preciso que o Senhor Ministro leia com

atenção os resultados que constam do Relatório da OMS de 2001: Portugal gastando menos que outros países ditos desenvolvidos, obteve o 13º lugar quanto a níveis de saúde e o 12º lugar no desempenho global. Enquanto que os EUA estão em 71º e 37º lugares e a Grã-Bretanha em 24º e 18º lugares..

Acho que o nosso S.N.S. público, assente nos Cuidados Primários de Saúde e nos Médicos da Família, está a dar bons resultados. A França e a Alemanha estão a implementar o Médico de Família. Há possibilidades de o melhorar; a sua destruição, inevitável com a gestão privada e subsequente privatização dos Serviços, vai-nos fazer recuar no tempo.

O D.L. proposto, é desconexo, desadequado, destruturante dos Cuidados Primários de Saúde e leviano.

Além destas características, não contempla medidas face a situações experimentais existentes (RRE/USL ou outras), nem à situação dos médicos em exclusividade de funções.

É preciso também não esquecer que a nossa profissão é de risco e de grande desgaste físico e psíquico, o que até agora não foi tido em conta. Mas

se nos forem atribuídos 2000 utentes ou mais, mais se agravarão estas vertentes e mais se agravará o atendimento aos utentes. Podem iludi-los agora oferecendo-lhes o que tanto desejam - um Médico de Família - mas na prática não vão ter melhor acessibilidade a este.

Assim contesto:

- a privatização da Gestão;
- a privatização da Saúde;
- o fim do Médico de Família (previsto no D.L.) com a destruição previsível da Carreira de CG/MF;
- a entrada sem formação própria de médicos acabados de formar;
- que o Director do C.S. e o Coordenador da Unidade de Cuidados Médicos possam não ser Médicos;
- a precarização dos postos de trabalho;
- que a saúde da população seja limitada por um qualquer Orçamento restritivo. A saúde não tem preço, a prevenção da doença também não.

**Assistente Graduada de C.G./M.F.*

A propósito da criação dos Hospitais, S.A.

por : João Alves Pimenta

A legislação produzida pelo actual Governo sobre as instituições do Serviço Nacional de Saúde altera o quadro jurídico que lhes servia de suporte e estabelece a possibilidade da criação de parcerias privadas na gestão do respectivo financiamento e na construção de novas unidades de saúde. De acordo com as declarações do Senhor Ministro da Saúde o novo modelo emerge da necessidade de substituir o anterior, que na sua perspectiva estaria esgotado e não satisfazia os interesses dos doentes. O primeiro passo prático, consistiu em dotar a saúde de hospitais empresas, sob a designação de Sociedades Anónimas de capitais públicos e em lançar o anúncio da feitura de novos hospitais. Preparada cuidadosamen-

te a opinião pública para aceitar a mudança, lançaram-se os dados que prometem resolver o universo dos problemas existentes. O discurso oficial realça o caos das finanças públicas que exigem o controle e a diminuição da dívida e aponta a empresarialização dos hospitais como uma das soluções para a absorver. Simultaneamente propõe outros métodos de administração que respondam melhor às necessidades dos seus utilizadores. Em suma, justificam-se as mudanças com o argumento de que para curar a situação se impõem terapêuticas radicalmente opostas.

Porque as medidas tomadas serão, na minha opinião de duvidosa eficácia interrogo-me sobre a bondade dos seus propósitos. Desde logo, porque o Serviço Nacional de Saúde que consagrou o princípio da oferta universal, aceitando todos os que dele

Opinião

precisassem em moldes inicialmente gratuitos e mais tarde tendencialmente gratuitos, poderá derrapar para formas discriminatórias que atinjam especialmente os mais pobres. As suas potencialidades não estavam esgotadas e no seu seio era possível proceder aos necessários ajustamentos que corrigissem as disfunções e distorções conhecidas. Porém, o Governo teve outro entendimento e aproveitando o esforço realizado por alguns sectores económicos e políticos na promoção de um quadro catastrófico do S.N.S. e abrindo caminho às soluções privadas, assim como em muitos casos a propaganda da defesa do neoliberalismo cujo lema é - o público é sempre mau e o privado é sempre melhor -, optou por alterar profundamente as regras. Serviu-lhe de referência a experiência da Grã-Bretanha, que como é sabido não produziu bons resultados. Haja em vista, que desde a sua implantação em 1989 até aos primeiros meses de 2002 a sua lista de espera passou de 200 000 pessoas para 1 500 000, que encerrou vários hospitais por falência financeira e que determinou a restrição ao acesso dos cuidados de saúde, degradando-se de tal maneira que ocupa já o 24º lugar de entre todos os sistemas de saúde mundiais. É o que se colhe do relatório da Organização Mundial de Saúde do início do ano passado acerca dos resultados da avaliação de diferentes parâmetros como as despesas com a saúde o desempenho dos sistemas e outros e que permitiram a classificação dos diferentes países. Curiosamente, Portugal nessa ordenação de valores ocupa o 12º lugar, muito melhor classificado que o modelo que queremos copiar. É estranho, que o referido relatório tenha sido votado ao silêncio, enquanto que se traçava um quadro negro quanto ao desempenho do S.N.S. contrariando a opinião idónea da O.M.S.. Por tudo isto e principalmente pela minha experiência vivida em hospitais e porque grande parte da população não tem capacidade financeira para suportar parcialmente que seja os custos com a doença, preocupam-me os contornos que se desenham com a empresarialização dos hospitais, cujas portas se abrem para a possível privatização. Por essa via, receio que a gestão das unidades de saúde seja posta em causa, na sua até agora vocação não lucrativa, orientada pela filosofia do serviço público. Duvido que os privados se interessem especialmente com as actividades assistenciais onerosas, ou com o desenvolvimento de acções preventivas. Poderá emergir a alienação, ou o reduzido empenho a favor das funções sociais básicas, arrastando o cidadão para perigos quanto à dificuldade de acesso e quanto à garantia da qualidade dos serviços de saúde.

Se é sabido que existem problemas quanto ao funcionamento das unidades de saúde, nomeadamente nas respostas em tempo útil, porque não se exploraram as virtualidades existentes e não

se realizaram os ajustamentos adequados, em vez da opção por alterações cuja aplicação será difícil? Além disso, a mudança garante o sucesso? E impede o fracasso pondo em causa os direitos dos doentes?

A desorçamentação das unidades de saúde e o emagrecimento numérico do seu pessoal apoiados nas dificuldades das finanças públicas, a fim de conter os custos poderá não baixar o total das despesas com a saúde, a menos que se seleccionem o universo alvo. É exemplar o aumento de custos praticado com as remunerações atribuídas aos actualmente nomeados membros dos Conselhos de Administração dos Hospitais, cujos valores são superiores ao dobro dos vencimentos auferidos pelos gestores substituídos. Por outro lado será que vai melhorar a assistência servindo melhor as pessoas, especialmente as de maior debilidade económica? Vai certamente ser fonte de conflitos entre os profissionais de saúde, quanto mais não seja porque para tarefas iguais, com habilitações iguais, haverá remunerações diferentes, consoante estejam ou não vinculados à função pública. Parece-me que a substituição do modelo anterior, pelo actual não vai trazer vantagens palpáveis e que encerra na sua génese o risco de marginalizar importantes extractos da população e que os profissionais de saúde perdem a segurança no emprego.

Fica a dúvida quanto aos resultados. Será que diminui o défice de exploração? Fazem-se mais cirurgias? Reduz-se a lista de espera cirurgica sem prejuízo da actividade normal? Praticam-se mais consultas externas? Aproveita-se em plenitude a capacidade instalada, nomeadamente na utilização total dos meios de diagnóstico evitando o recurso à medicina convencionada?

Estes são alguns dos desafios que o novo modelo enfrenta. Se falhar quem pagará a factura? Nas questões desta natureza, tenho para mim que a vítima dos insucessos será o elo mais fraco e que neste caso é o doente. Se houver falência financeira dos hospitais e como estão impedidos de receber mais capital para absorver o eventual défice, a sua actividade será encerrada? Se fôr assim, a sua zona de influência será desprotegida de cuidados médicos diferenciados e quais as alternativas se lhe oferecem.

Com muita preocupação aguardo para ver. Faço votos para que a minha leitura pessimista seja contrariada por adequado desempenho oferecendo à população melhor acesso aos cuidados assistenciais, com elevado grau de satisfação, onde o factor qualidade e humanização esteja sempre presente.

Évora, 15 de Janeiro de 2003



**Revista dos Médicos
on-line no Site da FNAM:
www.fnam.pt**