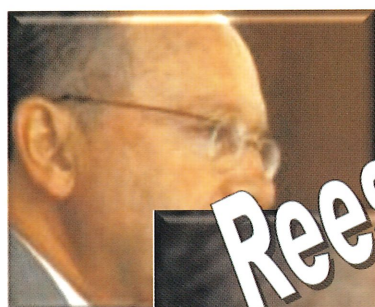


Boletim
do

sim

Janº/ Marçoº/ 2007
58

Sindicato Independente dos Médicos



Reestruturadas?

Reagrupadas?

encerradas?

CC
Aberto
Fechado

Autarquias

Aberto
Fechado
Cabral

As angústias de CC

Paulo Simões 2007

CONTACTOS DO *SIM*

SEDE NACIONAL

SIM/ Lisboa e Vale Tejo

Av. 5 de Outubro, 151 - 9º.

1050-053 LISBOA

Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739

secretariogeral@simedicos.pt

antoniobento@simedicos.pt

advogados@simedicos.pt

secretaria@simedicos.pt

seguros@simedicos.pt

ferias@simedicos.pt

de 2ª a 6ª das 10,30 às 19,00 H

DELEGAÇÕES

SIM/ Açores

R. S. Francisco, 86

Ribeira Grande

9600 PONTA DELGADA

SIM/ Alentejo

Apartado 9

7801 BEJA CODEX

Fax 284 320 680

SIM/ Algarve

Urb. Poente ao Hospital Distrital de Faro,

Lote A - r/c Dtº.

8005-270 FARO

Tel. 289 813 221-289 813 296 / Fax 289 813 222

sim_algarve@mail.pt

SIM/ Centro

Quinta das Fonsecaas – Lomba da Arregaça,

Lote 5 - Sala 5

3030-243 COIMBRA

Tel. 239 484 137 / Fax 239 481 329

simcentro@mail.telepac.pt

de 2ª a 6ª das 10,30 às 13,30h e das 14,30 às 18,30h

SIM/ Madeira

R. Nova de S. Pedro, 54 - 1º

9000-048 FUNCHAL

Tel. e Fax 291 232 774

SIM/ Norte

Av. da Boavista, 197 - 1º. Sala A

4050-115 PORTO

Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135

simnorte@clix.pt

de 2ª a 6ª das 10,30 às 17,00h

www.simedicos.pt

CONSULTORES JURÍDICOS

SEDE NACIONAL

Dr. Jorge Pires Miguel

Tel. 217 826 730 - Fax 217 826 739

advogados@simedicos.pt

às 3ªs e 5ªs das 17,00 às 19,00h

DELEGAÇÃO SIM/ CENTRO

Dr. António Luz

Tel. 239 484 137 - Fax 239 481 329

simcentro@mail.telepac.pt

às 5ªs das 16,30 às 18,30h

DELEGAÇÃO SIM/ NORTE

Dr. Jorge Pires Miguel / Dr. António Luz

Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135

simnorte@clix.pt

Segundas 5ªs e últimas 6ªs do mês das 10,30 às 13,00h

SUMÁRIO

Editorial	03
1º Trimestre de 2007	
Incertezas... Mas não só	04
A propósito de uma tal de "Consulta Aberta"	05
Bastonário põe o dedo na ferida "O mês das Urgências"	06
Protocolo Triagem de Manchester Aplicação nos S. U. Parecer da Ordem dos Médicos.	07
Projecto de DL das USF Chegou aos parceiros sociais	08
Candidato a Bastonário alerta ...	16
1st ICM - International Consensus Meeting - New horizons in cell and Tissue Banking	16
Projecto de DL das USF Proposta do SIM	17
Prós e contras das Urgências	19
Tribunal condena utente por violência contra médico	20
Magistrados forçam políticos ...	20
Iniciativa que se agradece e aplaude	20
Protocolos - MS/ Autarquias	21
Tabela Remuneratória	22
Legislação	23
Relatório de Actividades do Gabinete Jurídico	24
Ficha de Sócio	25
Protocolo de Seguros	26
Apartamentos em Isla Canela ...	27

CONSTRUIR A CASA PELO TELHADO

Com o pretexto de reorganizar as urgências e inicialmente escudado num documento técnico, onde o papel dos cuidados primários foi claramente negligenciado, o Ministério da Saúde tomou decisões que em certos momentos raiou a demagogia e a desorientação.

Quando as populações e autarcas exteriorizaram com veemência a indignação, o Engenheiro José Sócrates chamou a si o dossier e obrigou o Ministro da Saúde a "negociar" com as autarquias.

No momento que abrem clínicas e hospitais privados com muitas dezenas de milhões de euros de investimento, assiste-se ao encerramento de Hospitais, de valências ou serviços, à diminuição dos períodos de funcionamento, num claro desinvestimento, quer em meios humanos quer em meios técnicos; de tal maneira que são já algumas centenas de médicos que nos últimos anos abandonaram o Serviço Nacional de Saúde

No momento em que a receita fiscal aumenta 10%, assiste-se à diminuição da acessibilidade das populações aos serviços públicos segurança, educação e saúde.

Com alguma pompa e circunstância e muitos foguetes, foram e estão ser assinados protocolos com as autarquias onde a preocupação é essencialmente economicista.

Se é importante o diálogo do Ministério com os eleitos, todos os cuidados serão poucos para que o ónus do que eventualmente corra menos bem não passe para os médicos - desporto muito em voga nos políticos - uma vez que em muitos dos casos não se teve o elementar cuidado de com eles falar.

A consulta de urgência está regulada por lei enquanto que o ponto do protocolo "*consulta não-programada para casos agudos do foro ambulatório sob orientação do centro de saúde*" em instalações hospitalares é algo rebuscado que faz soar as campainhas de alarme.

Será que é um eufemismo para deixar de pagar horas extraordinárias ou obrigar os médicos com mais de 55 anos, a fazê-lo ou obrigar quem tem mais de 50 anos a efectuar trabalho nocturno, ou obrigar contra a vontade do médico regime de prevenção?

Isso acontece quando a Emergência Médica continua a não estar disponível em tempo útil a todos os portugueses e em muitas regiões dependentes das vicissitudes das escalas de urgência e se anuncia perigosamente a diminuição da exigência da qualificação dos profissionais aí envolvidos

A preocupação dos médicos são os doentes e, por isso, esperamos que o foguetório do folclore político da assinatura dos protocolos não esconda a diminuição quer da acessibilidade quer da qualidade dos cuidados prestados.

Com a nossa convivência NUNCA

Jorge Roque da Cunha – Secretariado Nacional

Boletim do SIM**Ficha Técnica****Director**

Carlos Arroz

Coordenadores

Daniel Araújo, Miguel Cabral

Conselho de Redacção

António Bento, António Passarinho, António Soure, Daniel Araújo, Jorge Silva, Martins dos Santos, Miguel Cabral, Paulo Simões, Ricardo Mexia, Roque da Cunha, Sousa Luz, Tarcísio

Silva, Pedro Vasconcelos, Jorge Salvador, Alcides Catré, Fernando Santos, Ana Marques e Carlos Santos.

Secretárias de Redacção

Piedade Mendes, Cristina Valente

Redacção e Administração

SIM - Av. 5 de Outubro, 151 - 9º
1050 - 053 LISBOA
Tel. 217 826 730 - Fax 217 826 739
E-mail: secretaria@simedicos.pt

Capa

As angústias de CC, Paulo Simões, 2007

Edição, Publicidade e Propriedade

Sindicato Independente dos Médicos

Publicação Trimestral

Preço: 1,25 €

Tiragem: 7.500 exemplares

Depósito Legal: 21016/88

Inscrito com o n.º 117467 na DGCS

Impressão – GRAFEMA

R.Q.º Medronheiros, Lt 1, Zona C 1 Lazarim

2820 - 486 CHARNECA DA CAPARICA

Tel. 212 944 400 – Fax 212 944 399

E-mail: graf@grafema.pt

1º TRIMESTRE DE 2007: INCERTEZAS... MAS NÃO SÓ!

Jorge Silva - Secretariado Nacional

Após um “Verão quente” de 2006 proporcionado pela revogação à má fila, em 17 de Agosto de 2006, do DL 92/2001 (horas extraordinárias), com a convocação pelo SIM de greves médicas às horas extraordinárias, de Norte a Sul, estas foram suspensas no prazo limite do seu início pelo anúncio público do Conselho de Ministros de que, afinal, tal medida revogatória seria acompanhada pela consagração da não obrigatoriedade da prestação de horas extraordinárias e pelo desencadear de um processo negocial.

Que teve lugar, e que culminou com os ganhos e as perdas possíveis para Governo e Médicos. Estes acreditaram então no Senhor Ministro e mais acreditaram no Governo quando, em 6 de Dezembro, viram ser aprovadas em Conselho de Ministros as alterações, negociadas, ao DL 73/90, incluindo reposição parcial do pagamento correcto das horas extraordinárias.

Mas os dias foram passando sem que, inusitadamente, o Diário da República publicasse o que os médicos esperavam...

Criando a suspeita de o Governo estar a atrasar propositadamente a publicação do DL para poupar mais uns euros, a juntar aos 13.808.088 de Euros já surripiados aos médicos desde a dita revogação em 17 de Agosto de 2006.

Apenas em 23 de Fevereiro de 2007, setenta e nove dias depois da sua aprovação em Conselho de Ministros, veio finalmente a publicação do que é o Decreto-Lei 44/2007.

Com este "pequeno atraso", aos médicos em regime de 35 horas foi subtraída mais a quantia de 6.393.089 Euros, uma vez que o desaparecimento do Artigo 4º entre a versão constante da Acta Negocial (o qual pressuporia que este DL se reportasse a 1 de Dezembro de 2006) e a versão publicada em Diário da República, permitiu essa “poupança”.

Uma situação que reputamos de premeditada do Governo e que os médicos registaram.

Outro foco de agitação na Saúde foi a divulgação das recomendações da Comissão Técnica para a Requalificação das Urgências, logo aproveitada pelo Senhor Ministro (o tal que proclamou que nunca foi nem nunca iria, ao contrário de milhões dos seus concidadãos, a um SAP) para justificar o encerramento de SAPs, uma medida que o SIM considerou e considera que, além de ter de ser inevitavelmente faseada no tempo, deverá e terá de ser política, dado poder estar-se perante uma proposta de excessiva concentração e de insuficiente preparação temporal do fluxo de utentes para essa nova realidade.

As propostas da Comissão, apesar de toda a sua mais-valia técnica, desvalorizam ou avaliam com ligeireza aspectos essenciais como o papel dos Cuidados de Saúde Primários (mais de 5 milhões de consultas urgentes realizadas em SAP/SASU, pretendendo que elas se evaporem ou se misturem na produção normal dos Centros de Saúde, e ainda por cima em horário mais encolhido), a insuficiência quantitativa e qualitativa de equipamentos e de recursos humanos da rede de transporte de emergência pré-hospitalar, as limitações e condicionantes locais e regionais da rede viária nacional, já para não falar que é crer em demasia na bondade e disciplina do fluxo dos utentes, das suas necessidades, hábitos e expectativas.

Foi assim que se sucederam de Norte a Sul as manifestações de revolta e de descontentamento das populações, nem sempre as mais ajustadas, perante o anúncio da intenção de encerramento de serviços de urgência e atendimento permanente.

Só foi pena que se tenha tido que assistir, em pleno Séc. XXI, a revoltas de Maria da Fonte e que, mais uma vez, o Senhor Ministro tenha ter recorrido à sua Lei de Murphy preferida: **Só conseguimos prever as coisas depois de elas terem acontecido.**

Além de que a comunicação social trouxe à luz do dia o que já se previa, aquilo para o qual se tem alertado e de que este Governo Socialista, pelo menos da fama, não se livra: reduzir horários de funcionamento e encerrar serviços públicos de saúde assim abrindo as portas a entidades privadas e sociais.

O Governo acabou por ter de emendar a mão, admitindo que a decisão de quando encerrar será sempre política, recuando na requalificação de algumas urgências, recuando nos horários de encerramento e aceitando situações transitórias, afinal medidas de bom senso que deveriam ter feito logo parte da sua postura inicial... e acenando ainda com Protocolos celebrados entre o Ministério da Saúde e algumas das Autarquias mais contestatárias. Protocolos esses que têm genericamente uma Cláusula referindo a criação nos Centros de Saúde de uma tal *Consulta Aberta*, que se desconhece com rigor o que seja, mas que pode ser uma tentativa de vender gato por lebre às populações e de desregulamentação de medidas legais que protegem os médicos (e indirectamente os doentes)... algo a que o SIM está e estará particularmente atento.

Anunciada como a menina dos olhos do Governo Socialista, a decisiva Reforma dos Cuidados de Saúde Primários avançou a passo de caracol e pondo o carro à frente dos bois. Sem quaisquer dados objectivos sobre a indispensável reconfiguração dos Centros de Saúde, e com o beneplácito de estruturas médicas e de alguns médicos de família, sem qualquer legislação regulamentadora sólida e credível, o processo de lançamento e implementação das USFs foi decorrendo. Voz dissonante e crítica, incómoda e dando corpo às dúvidas, receios e críticas da maioria dos médicos de família, o Sindicato Independente dos Médicos e os seus dirigentes foram alvo de constantes ataques.

Só a 1 de Março o Decreto-Lei que es-

tabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem foi aprovado, na generalidade e para efeitos de negociação, em Conselho de Ministros. Mesmo assim, ainda demorou três semanas a chegar aos parceiros sociais, tendo tido finalmente lugar no fim de Março a primeira reunião de negociação. Em que a novidade foi encontrar o nosso colega Luís Pisco, indigitado *representante de Sua Excelência o Ministro da Saúde*, anterior companheiro, noutras lutas, do nosso lado da mesa, a ocupar o lugar de coordenador do lado do patronato, salientando-se embora o respeito pessoal e institucional que esse nosso colega nos merece. As propostas de alteração do SIM, objectivas e precisas, acabaram por ser na sua maioria consideradas para o texto final do diploma. Obtido o acordo dos sindicatos médicos, espera-se agora o desenrolar das negociações com os sindicatos de enfermagem, essas aparentemente mais

difíceis.

Enquanto isso, o país foi surpreendido em Fevereiro pelo anúncio de um plano de emergência para a gripe, não se entendendo como, numa situação habitual para a época do ano, e quando as notícias e dados disponíveis não se atreviam a falar nem em epidemia nem em pandemia nem em qualquer outra coisa, nem em gravidade clínica, se montou todo um espectáculo mediático para combater uma crise provocada e inventada. A “gripe fantasma” foi motivo de chacota nas tertúlias médicas e jornalísticas, tão visíveis foram as razões e os resultados da operação montada para emendar a mão pelo encerramento e/ou redução cego de horários de funcionamento de Atendimento Complementares e SAPs nalgumas regiões, e sobretudo na região de Lisboa e Vale do Tejo (onde as directrizes ministeriais foram pronta e avidamente postas em prática - ARS Lisboa e Vale Tejo, ARS Algarve), e consequente a incapacidade de resposta das urgências

hospitalares a um pontual subida no afluxo de doentes.

De relevar ainda o anúncio feito pelo Sr. Procurador-Geral da República, Dr. Pinto Monteiro, de que o Governo teria aceitado tornar prioritária a investigação criminal dos casos de violência contra professores e médicos, como propôs o Ministério Público e como há muito vinha sendo defendido pelo Sindicato Independente dos Médicos. Sendo sabido que a omissão daquele crime no anterior projecto terá sido uma das causas da sua rejeição pelo Conselho Superior do Ministério Público (CSMP) a 20 de Março, havendo então que adequar a proposta de diploma aos reparos daquele órgão gestor e fiscalizador do Ministério Público (MP), este “chumbo” do CSMP mostra que os Magistrados, receptores das queixas no seu dia-a-dia, souberam impor-se aos Políticos, Ministro da Saúde incluído, que se ficam muitas vezes pelas bonitas declarações de intenção...

A PROPÓSITO DE UMA TAL DE “CONSULTA ABERTA”

As reformas andam a par de neologismos... mesmo que não se saibam muito bem o seu significado... embora se saiba que muitas vezes tais neologismos trazem manobras encobertas. Por isso mesmo o Sindicato Independente dos Médicos endereçou no passado dia 16 de Abril, ao Sr. Presidente do Conselho Directivo da ARS Norte, IP o ofício que se transcreve.

Assunto: Reorganização dos serviços de atendimento urgente/SAP no Distrito de Bragança

Na sequência da anunciada reorganização dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP), tem sido reportada pela Comunicação Social a assinatura de Protocolos entre o Ministério da Saúde e os Municípios, no caso mais recente os do Distrito de Bragança.

A leitura dos mesmos, e reportando-nos meramente a aspectos laborais e do foro sindical, leva-nos a solicitar a V. Ex.^a, e com carácter de urgência, alguns esclarecimentos, convenientes para uma tomada oficial de posição do Sindicato Independente dos Médicos e uma informação correcta aos nossos associados. Assim:

1º Quando é referido que “*encerram em todos os centros de saúde os serviços de atendimento permanen-*

te (SAP), que passam a ser substituídos por uma consulta aberta das 08h00 às 22h00 e ao fim-de-semana das 08h00 às 20h00”, algumas questões se colocam e nomeadamente:

1. O que é uma Consulta Aberta, a quem se destina e quem a assegura?
2. Nos dias úteis, o tempo que lhe é destinado faz parte do horário normal semanal de trabalho?
3. Nos fins-de-semana é considerado como trabalho extraordinário?
4. E nos dias feriados?
5. Como é pago e compensado esse trabalho extraordinário?
6. Quais os recursos humanos médicos a ela alocados, em termos quantitativos e qualitativos?
7. Quais os tempos de duração do trabalho médico?
8. Há limite para o número de doentes atendidos, dado haver um termo para o seu funcionamento?

9. Estão todos estes aspectos, e eventualmente outros, plasmados em Regulamento próprio?

10. Como está a ARS Norte a perspetivar neste caso a aplicação da legislação em vigor, nomeadamente os DL 73/90, 6.III, Despacho MS 18/90, 21.VIII, Despacho MS 17/90, 22.VIII, DL 259/98, 18.VIII, DL 44/2007, 23.II?

2º Quando é referido que “*No período da noite, o ministro oferece como alternativa um enfermeiro em permanência no centro de saúde e um médico disponível à chamada telefónica*”, supomos estar aqui em questão o regime de trabalho em prevenção. Questão curial, a deixar bem esclarecida, é se foi já obtido, e em que termos, o acordo prévio do(s) médicos para esse regime de trabalho e consoante o determina o regime legal.

BASTONÁRIO PÕE O DEDO NA FERIDA

“O MÊS DAS URGÊNCIAS”

No seu Editorial que abre o último número da Revista da Ordem dos Médicos e intitulado "O Mês das Urgências", Pedro Nunes avalia o que está em causa na polémica que se instalou, quanto à reorganização das urgências.

Pela sua clareza e pertinência, Simédicos reproduz o texto na íntegra.

“O mês que terminou foi definitivamente o mês das urgências. Após uma tomada firme de atitude perante os deputados do seu partido, afirmando-se maquinista de um comboio onde seriam tolerados como passageiros, o Ministro da Saúde enfrentou a ira das populações do interior.

Detentor de um excelente relatório técnico, elaborado por uma Comissão, como habitualmente constituída por médicos competentes, isentos, disponíveis e a título gratuito, o Senhor Ministro não descansou enquanto não virou autarcas contra a Comissão técnica, populares contra decisores e por fim quase virava médicos contra médicos para sair do aperto.

Os factos são conhecidos. Confundindo urgências a criar, com os actuais SAP, que não o são mas que, para desespero de médicos e utentes, em muitas zonas do país funcionam como tal, o Ministro da Saúde conseguiu convencer largas faixas da população que iriam ficar sem o pouco que têm.

Em grandes manifestações desencadeadas por fenómenos locais e bairristas mas que traduzem, para quem quiser ver, a enorme desconfiança que afasta os governados dos seus governantes, regiões inteiras do interior fizeram o Ministro recuar e negociar com as autarquias as condições a instalar ou encerrar.

Não ponho em causa se se “escreveu direito por linhas tortas” ou se as promessas agora feitas são de facto para cumprir. O que penso ser de pôr em causa é a metodologia política que, de forma pensada ou simplesmente por alguma leveza ou negligência, se traduziu em:

- solicitar um relatório técnico a uma Comissão independente e apolítica para depois o utilizar como justificação para implementar controversas medidas de política de saúde;
- prosseguir uma política de redução cega de custos, não hesitando em desarticular um todo que, mal ou bem, ia funcionando, numa atitude de salve-se quem puder, unicamente orientada pelo não gastar;
- utilizar um discurso catastrofista e por vezes provocatório para aplanar o caminho para decisões futuras,

recuando logo de seguida perante a violência da reacção;

- introduzir um conceito de negociação com poderes locais para aplacar as iras mais notórias ou mediáticas fazendo perder a qualquer reforma a coerência e passando a mensagem de que os equipamentos a instalar dependem mais da força que da razão.
- conseguir um resultado final de desarticulação do sistema dando origem à necessidade de intervenção dos privados para compensar as fragilidades criadas no sistema público e hipotecando qualquer futura reforma. É de notar neste contexto a intervenção da Associação Nacional de Municípios que sentiu necessidade de vir apelar à tomada de posições sustentadas e à garantia de equidade no todo nacional.

A Ordem dos Médicos pela sua parte não deixou de sustentar e defender a comissão, que num dado momento parecia estar a ser deixada sozinha no centro da furacão, com as contestações autárquicas a si dirigidas quando a responsabilidade cabia por inteiro ao decisor político.

O não alinhamento da Ordem numa postura de contestação à comissão retirou argumentos aos seus detractores e não permitiu a sua transformação no óbvio bode expiatório.

A recusa da Ordem em estar presente num programa do 1º canal da televisão pública, e tendo todos os médicos participantes evitado evidenciar diferenças de pontos de vista que pudessem levar a interpelações abusivas, abriu espaço à recuperação política do Ministro.

É importante que se diga que tal decisão não foi fruto do acaso mas sim tradução deliberada da postura de independência que preconizamos e que nos impede de ser agentes do jogo político-partidário, facilitando a vida quer ao governo quer à oposição.

Tal postura independente foi a mesma que nos levou a, numa audiência concedida pela Comissão Parlamentar da Saúde, tecer em sede própria as críticas que consideramos justas e propor as melhorias que preconizamos, consubstanciadas num documento de reflexão que se publica neste número da ROM.”

PROTOCOLO DE TRIAGEM DE MANCHESTER APLICAÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

PARECER DA ORDEM DOS MÉDICOS

A Ordem dos Médicos, através do seu Departamento Jurídico, emitiu um parecer relativamente à aplicação do Protocolo de Triagem de Manchester. Sobre este, o SIM enviou ao Senhor Bastonário o ofício que se transcreve.

"Foi com agrado que o Secretariado Nacional do Sindicato Independente dos Médicos tomou conhecimento do Parecer em apreço, após a sua publicação no último número da Revista da Ordem dos Médicos.

As situações que por certo lhe deram origem e chegaram ao conhecimento da Ordem dos Médicos, têm-no sido igual e repetidamente reportadas por médicos nossos associados.

Não obstante a importância deste parecer não passa de um parecer. Impõe-se que tenha uma aplicação efectiva, o que implica que assuma a forma de uma recomendação formal

aos Directores Clínicos e Directores dos Serviços de Urgência Hospitalares.

De igual modo se espera que a Ordem dos Médicos possa desempenhar atempadamente o seu papel de defesa dos doentes, não permitindo que um qualquer algoritmo aplicado por um profissional de saúde não médico se sobreponha a uma decisão clínica como o é a referência entre médicos especialistas, aplicando os mecanismos legal e estatutariamente previstos para o incumprimento de recomendações e deliberações."

Parecer sobre a aplicação do Protocolo de Manchester

1. A afluência aos Serviços de Urgência de utentes referenciados pelos Especialistas de Medicina Geral e Familiar (EMGF), implica o óbvio pressuposto de que estes desenvolveram a abordagem clínica que conduziu ao conhecimento da situação em causa e à decisão do seu envio àqueles serviços.
2. Por outras palavras, os utentes em apreço chegam aos Hospitais referidos, portadores de Referência escrita, ou seja, com a triagem necessária já feita e por quem tem as adequadas habilitações para a fazer.
3. Dito isto, aliás de fácil apreensão, importa tipificar de que consta, na prática, a Triagem efectuada naqueles Hospitais, inspirada no Protocolo de Manchester:
 - 3.1. Na prática, o que se verifica é o interrogatório dos utentes por um profissional não-Médico que, baseado em algoritmo, decide da maior ou menor brevidade com que as diversas situações devam ser atendidas, classificando os doentes por meio de uma pulseira de cor correspondente a essa avaliação.
 - 3.2. Paralelamente e conforme informações recolhidas, variará a sorte das Referências do EMGF de que os utentes são portadores.
4. Estes cenários suscitam profundos problemas de ordem deontológica, científica, laboral e de boa articulação interinstitucional.
5. Assim:
 - 5.1. É totalmente inaceitável a desmultiplicação de meios, a repetição de actos, a perda de tempo e o défice de qualidade intrínsecos a este circuito a que se sujeita o utente.
 - 5.2. É desnecessária a avaliação feita por um não-Médico, que desvanece a verdadeira triagem, essa sim, previamente feita pelo EMGF.
 - 5.3. É lastimável a desorientação que se instila aos utentes, com uma reavaliação das situações, já antes ajuizadas pelo EMGF, bem como o incómodo a que, por via disso, eles são sujeitos.
 - 5.4. É claramente atentatória da boa prática ético-deontológica que alguém, a quem uma Referência escrita não se destina, a leia (devassando conteúdo endossado a terceiros e violando, assim, o dever de sigilo que uma tal correspondência implica) ou a retenha (ignorando a importância da informação veiculada e desrespeitando o trabalho já efectuado).
 - 5.5. Do mesmo modo, a retenção da informação enviada e/ou o retardamento do atendimento do utente, presos nas malhas de uma segunda "triagem" (e até de terceira), implicam, desde logo, uma injustificável perda de tempo, pondo também em causa a atempada abordagem das situações referenciadas, com os inerentes riscos para a saúde dos utentes.
6. Assim sendo e tendo em conta os pressupostos enunciados, a **Ordem dos Médicos, considera, em absoluto, inaceitável a prática do denominado Protocolo de Triagem de Manchester, nos moldes descritos.**
7. **A triagem feita a montante pelos EMGF deve prevalecer sobre quaisquer outros procedimentos à entrada dos utentes e dar directo acesso, à especialidade ou médico indicados, aos portadores da respectiva Referência, garantindo assim os melhores cuidados de saúde.**

PROJECTO D.L. DAS USF

CHEGOU AOS PARCEIROS SOCIAIS

Em 21 de Março de 2007, foi recebido no SIM, o Projecto de Decreto-Lei que estabelece o Regime Jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar e o Regime de Incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem, para efeitos de negociação colectiva nos termos da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Para conhecimento dos associados e dos médicos em geral, transcrevemos o referido documento para consulta dos interessados.

PROJECTO DE DECRETO-LEI

Nos termos da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o núcleo do sistema de saúde e devem situar-se junto das comunidades.

Tendo presente o exposto, o Programa do XVII Governo Constitucional assume a reforma dos CSP como factor chave de modernização e, dando cumprimento ao preceito legal acima enunciado, prevê a criação de instrumentos legais e operacionais que permitam recentrar o sistema português de saúde nos CSP e no desenvolvimento de uma matriz organizativa que conduza à reconfiguração dos centros de saúde orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da acessibilidade.

Foi neste contexto que o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, ripristinou o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, reestruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para as unidades de saúde familiar (USF).

No mesmo sentido, o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, regulamentou o lançamento e a implementação das USF enquanto estruturas de constituição multiprofissional prestadoras de cuidados de saúde personalizados a uma população determinada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

A autonomia organizativa e funcional para as USF, adoptada pelo supracitado despacho, inspirou-se nas experiências inovadoras anteriormente desenvolvidas nos centros de saúde, e que deram corpo a novas formas de organização dos cuidados de saúde, entre as quais se salienta o regime remuneratório experimental (RRE) estabelecido para os médicos. Este modelo, em vigor desde 1998, permitiu, após várias avaliações, identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade dos cuidados prestados, com satisfação para os utilizadores e para os profissionais.

Acresce salientar que, em estudo recente sobre o impacto orçamental do lançamento e implementação das USF, conduzido por especialistas em economia da saúde, concluiu-se que o modelo organizativo agora proposto, construído à semelhança do RRE, vai permitir consideráveis reduções de custos na prestação de cuidados de saúde, contabilizando já incentivos para os profissionais das equipas.

Com efeito, equipas multiprofissionais motivadas, portadoras de uma cultura de responsabilização partilhada e com práticas cimentadas na reflexão crítica e na confiança recíproca, constituem o principal activo e a mais-valia estratégica das USF e, conseqüentemente, são os interpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP.

Perante os resultados obtidos, e dado o objectivo estratégico fundamental da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, torna-se imperativo transpor, consolidar e alargar o modelo de incentivos dos médicos a todos os profissionais das USF, potenciando, deste modo, as aptidões e competências de cada profissional e premiando o desempenho individual e colectivo, tendo em vista o reforço da eficácia, da eficiência e da acessibilidade dos cidadãos aos CSP.

Este modelo, semelhante ao implementado pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, quanto às suas caracte-

rísticas, com a contratualização anual de actividades específicas de vigilância a utentes considerados mais vulneráveis e de risco, e, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços.

Paralelamente, o modelo expresso no presente decreto-lei obriga ao acompanhamento e controlo de procedimentos e avaliação de resultados, distinguindo as diferenças de desempenho por referência a painéis de indicadores, a economias nos custos e a níveis de satisfação dos utilizadores e dos profissionais.

Importa salientar que o presente diploma acolhe os princípios orientadores em matéria de vinculação, carreiras e remunerações da Administração Pública, sem prejuízo da sua, oportuna revisão aquando da publicação do competente diploma.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico previsto no n.º 1 da Base XXXVI e nos termos da Base XLIII da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Capítulo I **Disposições gerais**

Artigo 1.º **Objecto**

O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem.

Artigo 2.º **Âmbito**

1 - O presente decreto-lei aplica-se a todos os modelos de USF, excepto no que respeita ao capítulo VII que apenas se aplica às USF de modelo B integradas no Serviço Nacional de Saúde.

2 - O presente decreto-lei é aplicável aos profissionais que integram as USF, independentemente do vínculo laboral estabelecido com as entidades sob direcção, tutela ou superintendência do Ministro da Saúde.

Artigo 3.º **Definição**

1 - As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo.

2 - A equipa multiprofissional deve potenciar as aptidões e competências de cada grupo profissional e contribuir para o estabelecimento de uma relação inter-pessoal e profissional estável.

3 - As actividades das USF desenvol-

vem-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integradas numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde.

4 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, as USF são parte integrante do centro de saúde.

Artigo 4.º **Missão**

As USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos mesmos.

Artigo 5.º **Princípios**

As USF devem orientar as suas actividades pelos seguintes princípios:

- a) Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objectivos de eficiência e qualidade;
- b) Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objectivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- c) Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa;
- d) Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de acção;
- e) Articulação, que estabelece a necessária ligação entre as actividades desenvolvidas pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;

de ou da unidade local de saúde;

- f) Avaliação, que, sendo objectiva e permanente, visa a adopção de medidas correctivas dos desvios susceptíveis de pôr em causa os objectivos do plano de acção;
- g) Gestão participativa, a adoptar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional.

Artigo 6.º **Plano de acção e compromisso assistencial das USF**

1 - O plano de acção da USF traduz o seu programa de actuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, e contém o compromisso assistencial, os seus objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência, bem como o prazo para a elaboração do regulamento interno e de carta da qualidade para a USF.

2 - O compromisso assistencial das USF é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira básica de serviços, de acordo com o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

3 - O compromisso assistencial é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o centro de saúde.

4 - O compromisso assistencial deve indicar:

- a) A definição da oferta e a carteira básica de serviços;
- b) Os horários de funcionamento da USF;
- c) A definição do sistema de marcação,

- atendimento e orientação dos utentes;
- d) A definição do sistema de renovação de prescrição;
 - e) A definição do sistema de inter-substituição dos profissionais;
 - f) A articulação com as outras unidades funcionais do centro de saúde;
 - g) A carteira de serviços adicionais, caso exista;
 - h) A aceitação expressa das condições, dimensão e modos de colheita de informação que permita às entidades autorizadas por despacho do Ministro da Saúde avaliar o desempenho da equipa e dos seus membros, em termos de efectividade, eficiência, qualidade e equidade.

5 - O compromisso assistencial varia em função:

- a) Das características da população abrangida;
- b) Dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial;
- c) Das actividades da carteira básica de serviços;
- d) Das actividades da carteira adicional de serviços.

6 - Desde que não seja posto em causa o compromisso assistencial, as USF, através da contratualização duma carteira adicional de serviços, cujo montante global é fixado por via orçamental, podem colaborar com outras unidades funcionais do centro de saúde responsáveis pela intervenção:

- a) Em grupos da comunidade, no âmbito da Saúde Escolar, da Saúde Oral e da Saúde Ocupacional;
- b) Em projectos dirigidos a cidadãos em risco de exclusão social;
- c) Nos Cuidados Continuados Integrados;
- d) No atendimento a adolescentes e jovens;
- e) Na prestação de outros cuidados que se mostrem pertinentes e previstos no Plano Nacional de Saúde.

7 - A carteira adicional de serviços, a consequente compensação financeira global da equipa e a respectiva distribuição pelos profissionais devem estar discriminadas na carta de compromisso.

8 - O plano de acção e o relatório de actividades devem ser disponibilizados

junto da população abrangida pelas USF.

Capítulo II Constituição, dimensão e organização

Artigo 7.º

Constituição das USF

1 - O processo de candidatura para a constituição das USF rege-se pelo disposto no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

2 - O número de USF a constituir e os períodos de candidatura são estabelecidos, anualmente, por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde.

3 - Os médicos que constituem a USF têm de deter, pelo menos, o grau de assistente da carreira de clínica geral ou o título de especialista em medicina geral e familiar.

Artigo 8.º

População abrangida pelas USF

1 - A população abrangida por cada USF corresponde aos utentes inscritos nas listas dos médicos que integram a equipa multiprofissional.

2 - A população inscrita em cada USF não pode ser inferior a 4000 nem superior a 18 000 utentes, tendo em conta as características geodemográficas da população abrangida e considerando o disposto nos n.º 3 e 4 do artigo seguinte quanto ao número de utentes e famílias por médico e enfermeiro.

3 - Podem ser constituídas USF com população inscrita fora do intervalo de variação definido no número anterior, em casos devidamente justificados e quando as características geodemográficas da área abrangida pelo centro de saúde o aconselhem.

Artigo 9.º

Listas de utentes

2 - Os utentes inscritos em cada médico são designados em lista, privilegiando-se a estrutura familiar.

3 - A cada enfermeiro devem ser confiados os utentes correspondentes ao número de 300 a 400 famílias por determi-

nada área geográfica.

4 - A lista de utentes inscritos em cada médico tem uma dimensão mínima de 1550 utentes de uma lista padrão nacional, a que correspondem 1917 unidades ponderadas.

5 - As unidades ponderadas referidas no número anterior obtêm-se pela aplicação dos seguintes factores:

- a) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5.
- b) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2.
- c) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.

6 - A dimensão ponderada dos utentes inscritos na USF e da lista de utentes por médico é actualizada trimestralmente, no primeiro ano de actividade do médico nas USF, e anualmente nos anos seguintes.

Artigo 10.º

Organização e funcionamento da USF

1 - A organização e funcionamento da USF constam do seu regulamento interno e regem-se pelo disposto no presente decreto-lei.

2 - O regulamento interno da USF consagra, nomeadamente:

- a) A missão, valores e visão;
- b) A estrutura orgânica e respectivo funcionamento;
- c) As intervenções e áreas de actuação dos diferentes grupos profissionais que integram a equipa;
- d) O horário de funcionamento e de cobertura assistencial;
- e) O sistema de marcação de consultas e de renovação das prescrições;
- f) O acolhimento, orientação e comunicação com os utentes;
- g) O sistema de intersubstituição dos profissionais da equipa;
- h) A formação contínua dos profissionais da equipa;
- i) As inibições decorrentes da necessidade de cumprir o compromisso assistencial da USF;
- j) A Carta da Qualidade.

3 - Cada USF elabora o seu regulamento interno e submete-o ao centro de saúde,

que aprecia da conformidade do mesmo com o seu plano de acção.

4 - O período normal de funcionamento das USF é das 8 às 20 horas, nos dias úteis.

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

- a) A redução deve ser adequada a cada situação concreta e estabelecida em função do número de elementos que constituem a equipa multiprofissional;
- b) O alargamento pode ser estabelecido até às 22 horas, nos dias úteis, e entre as 8 e as 20 horas aos sábados, domingos e feriados.
- c) Pode ainda ser aprovado outro tipo de alargamento, de acordo com as necessidades da população e em caso de ausência de respostas alternativas.

6 - O alargamento e a redução do período de funcionamento referidos no número anterior devem ser avaliados periodicamente, de molde a averiguar da pertinência da sua manutenção.

Capítulo III **Estrutura orgânica das USF**

Artigo 11.º **Estrutura orgânica**

1 - A estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral.

2 - Quando a equipa multiprofissional integre menos de cinco médicos ou de cinco enfermeiros, por força da população abrangida, a estrutura orgânica da USF pode não comportar o conselho técnico, sendo as respectivas competências atribuídas a outro órgão.

Artigo 12.º **Coordenador da equipa**

1 - O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo despacho que aprova a constituição da USF.

2 - Não é permitida a acumulação das

funções de coordenador da equipa e de director de centro de saúde.

3 - O coordenador da equipa exerce as suas competências nos termos previstos no regulamento interno da USF.

4 - Compete, em especial, ao coordenador da equipa:

- a) Coordenar as actividades da equipa multiprofissional, de modo a garantir o cumprimento do plano de acção e os princípios orientadores da actividade da USF;
- b) Coordenar a gestão dos processos e determinar os actos necessários ao seu desenvolvimento;
- c) Presidir ao conselho geral da USF;
- d) Assegurar a representação externa da USF;
- e) Assegurar a realização de reuniões com os representantes da população abrangida pela USF, no sentido de dar a conhecer o plano de acção e o relatório de actividades.

5 - O coordenador da equipa detém ainda as competências para, no âmbito da USE, confirmar e validar os documentos que, por força de lei ou regulamento, sejam exigidos no âmbito da prescrição, bem como autorizar comissões gratuitas de serviço no país.

6 - O coordenador da equipa exerce, também, as competências legalmente atribuídas aos titulares do cargo de direcção intermédia do 1º grau e outras que lhe forem delegadas ou subdelegadas, com faculdade de subdelegação.

7 - O coordenador da equipa pode delegar, com faculdade de subdelegação, as suas competências noutro elemento da equipa.

Artigo 13.º **Conselho geral**

1 - O conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.

2 - São competências do conselho geral:

- a) Aprovar o regulamento interno, a carta da qualidade, o plano de acção, o relatório de actividades e o regulamento de distribuição dos incentivos;
- b) Aprovar a proposta da carta de compromisso;
- c) Designar os elementos do conselho

técnico;

- d) Aprovar a substituição do coordenador ou de qualquer outro elemento da equipa multiprofissional;
- e) Pronunciar-se sobre os instrumentos de articulação, gestão e controlo dos recursos afectos e disponibilizados à USF.

3 - As deliberações relativas às competências referidas no número anterior são tomadas por maioria de dois terços.

4 - O conselho geral pronuncia-se ainda nas seguintes situações:

- a) Sempre que é necessário substituir algum elemento da equipa devido a ausência superior a duas semanas;
- b) Quando está em causa o alargamento da cobertura assistencial;
- c) Quando está em causa outra questão relevante para o normal funcionamento da USF.

5 - O conselho geral reúne mediante convocatória do coordenador da equipa ou a pedido de metade dos seus elementos.

Artigo 14.º **Conselho técnico**

1 - O conselho técnico é designado pelo conselho geral e constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de categoria mais elevada e de maior experiência profissional.

2 - Compete ao conselho técnico a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, tendo por referência a carta da qualidade.

3 - Compete também ao conselho técnico:

- a) Avaliar o grau de satisfação dos utentes da USF e dos profissionais da equipa;
- b) Elaborar e manter actualizado o manual de boas práticas;
- c) Organizar e supervisionar as actividades de formação contínua e de investigação.

4 - O conselho técnico reúne, pelo menos, uma vez por mês.

5 - O funcionamento do conselho técnico consta do regulamento interno da USF.

Capítulo IV

Recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros

Artigo 15.º

Disposição geral

1 - O centro de saúde afecta à USF os recursos necessários ao cumprimento do plano de acção e procede à partilha de recursos que, segundo o princípio da economia de meios, devem ser comuns e estar afectos às diversas unidades funcionais do centro de saúde.

2 - Tendo em vista a utilização eficiente dos recursos comuns entre o centro de saúde e a USF, devem ser criados instrumentos que favoreçam e assegurem a articulação das actividades das diversas unidades funcionais do centro de saúde.

Artigo 16.º

Recursos físicos, técnicos e humanos

1 - As instalações e equipamentos a disponibilizar às USF devem reunir as condições necessárias ao tipo de cuidados de saúde a prestar, com vista a garantir a respectiva qualidade.

2 - O centro de saúde organiza serviços de apoio técnico comuns que respondam às solicitações das USF, no âmbito da partilha de recursos e com vista ao cumprimento do plano de acção daquelas unidades.

3 - Aos serviços de apoio técnico comuns compete, designadamente:

- a) Emitir pareceres e elaborar estudos, relatórios e outros actos preparatórios, solicitados pelas USF;
- b) Executar procedimentos e registos nas áreas de gestão de pessoal, contabilidade, aprovisionamento e outras que se mostrem necessárias ao normal funcionamento das USF.

Artigo 17.º

Recursos financeiros

1 - Os recursos financeiros são negociados anualmente entre a USF e o centro de saúde e constam da carta de compromisso.

2 - O centro de saúde coloca à disposição da USF os recursos financeiros constantes da carta de compromisso.

3 - Podem ser afectos à USF um fundo de maneiço, de montante a contratualizar, bem como as receitas previstas no artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, destinadas a projectos específicos contratualizados anualmente ou de acordo com o estabelecido na carta de compromisso.

4 - Quando não há disponibilização atempada dos recursos financeiros previstos na carta de compromisso, a USF não pode ser responsabilizada pelo incumprimento do plano de acção.

Artigo 18.º

Instrumentos de articulação

1 - O apoio do centro de saúde à USF, através da disponibilização de recursos para o seu funcionamento, bem como a colaboração nas actividades comuns, é regulado pelo Manual de Articulação Centro de Saúde/USF.

2 - O centro de saúde e a USF devem respeitar e fazer cumprir o Manual de Articulação Centro de Saúde/USF, que faz parte integrante da carta de compromisso.

3 - Nos casos omissos no Manual de Articulação Centro de Saúde/USF, deve o centro de saúde acordar com a USF os termos dessa articulação.

Capítulo V

Extinção das USF, substituição e integração de elementos da equipa multiprofissional

Artigo 19.º

Extinção da USF

1 - A extinção da USF verifica-se nos seguintes casos:

- a) Por deliberação do conselho geral, por maioria de dois terços da equipa multiprofissional;
- b) Quando o coordenador da USF se demite e nenhum outro elemento médico da equipa multiprofissional está disposto a assumir o cargo.

2 - A extinção da USF deve ser comunicada ao centro de saúde com a antecedência mínima de 90 dias, salvo motivo de força maior, caso em que pode ser comunicada com a antecedência mínima de 30 dias.

3 - O centro de saúde, mediante aviso

prévio e com a antecedência de 90 dias, pode declarar extinta uma USF, com fundamento em incumprimento sucessivo e reiterado da carta de compromisso, salvaguardando o respeito pelo princípio do contraditório.

Artigo 20.º

Substituição e integração de elementos da equipa multiprofissional

1 - Qualquer elemento da equipa multiprofissional da USF pode deixar de a integrar se, 60 dias antes da data prevista

de saída:

- a) Apresentar um pedido de cessação ao conselho geral e comunicar tal intenção ao centro de saúde e ao serviço de origem;
- b) For aprovada proposta do coordenador da USF por maioria de 2/3, no conselho geral, e comunicada ao próprio, ao centro de saúde e ao serviço de origem.

2 - A substituição e a integração de um novo elemento na equipa multiprofissional são comunicadas ao centro de saúde, para efeitos de actualização do anexo da carta de compromisso.

3 - Os profissionais que deixam de integrar a equipa multiprofissional da USF retomam as suas funções nas respectivas carreiras e categorias do serviço de origem.

4 - Verificando-se o aumento do número de utentes inscritos, a USF pode propor ao centro de saúde a integração de novos elementos na equipa multiprofissional, em aditamento ao processo de candidatura.

5 - No caso previsto no número anterior, o centro de saúde emite parecer vinculativo no prazo máximo de 30 dias, findo o qual há lugar a deferimento tácito.

Capítulo VI

Regime de prestação de trabalho da equipa multiprofissional

Artigo 21.º

Disposição geral

O regime de prestação de trabalho é o previsto no regime jurídico das respectivas carreiras profissionais, no regime jurídico do contrato individual de trabalho e no presente decreto-lei, sem

prejuízo das regras adoptadas por acordo expresso dos elementos da equipa multiprofissional nos casos legalmente possíveis.

Artigo 22.º

Regime de prestação do trabalho

1 - O regime de prestação de trabalho dos elementos da equipa multiprofissional consta do regulamento interno da USF e é estabelecido para toda a equipa, tendo em conta o plano de acção, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime de trabalho previstas na lei.

2 - Excepcionalmente, quando as situações e circunstâncias não justifiquem a contratação em regime de tempo completo, e até ao limite máximo de um terço dos elementos que constituem a USF, é admissível a integração na equipa de profissionais em regime de tempo parcial.

3 - A remuneração do trabalho prestado em regime de tempo parcial tem por base a do trabalho prestado no regime de tempo completo, respeitando-se a proporcionalidade.

Artigo 23.º

Horário de trabalho

O horário de trabalho a praticar por cada elemento da equipa multiprofissional deve resultar da coordenação e do acordo entre todos os profissionais, tendo em conta o previsto no n.º 1 do artigo anterior.

Artigo 24.º

Responsabilidade dos elementos da equipa

1 - Os profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são responsáveis, solidariamente, por garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos da equipa durante os períodos de férias e durante qualquer ausência, desde que esta seja igual ou inferior a duas semanas.

2 - Em caso de ausência superior a duas semanas, as obrigações do elemento da equipa ausente são garantidas pelos restantes elementos da equipa, através do recurso a trabalho extraordinário.

3 - A situação prevista no número ante-

rior não pode exceder o período de 120 dias, a partir do qual, sob proposta da USF, o centro de saúde pode proceder à substituição do elemento ausente, sem prejuízo do exercício da licença de maternidade.

4 - Os elementos da equipa ausentes mantêm o direito à remuneração, desde que a ausência não exceda as duas semanas.

5 - A prestação de trabalho extraordinário por parte de elementos que integram a USF só pode ser autorizada pelo centro de saúde nos seguintes casos:

- a) Substituição de membro da equipa por motivo justificado de ausência, por período superior a duas semanas;
- b) Necessidade de prestação de serviço fora do âmbito da USF.

6 - A compensação devida pela prestação de trabalho extraordinário referida na alínea a) do número anterior é calculada nos termos legais.

Artigo 25.º

Mobilidade profissional

1 - Quando um elemento da equipa multiprofissional da USF não pertencer ao quadro ou mapa de afectação do centro de saúde onde a USF está integrada, cabe à Administração Regional de Saúde desencadear o procedimento conducente à necessária mobilidade.

2 - Nos casos em que a constituição de uma USF determine ganhos globais acrescidos de cobertura assistencial, a mobilidade é prioritária, devendo a ARS desencadear os mecanismos que permitam evitar rupturas, nos termos legais.

Artigo 26.º

Relações hierárquicas e inter profissionais dos elementos da equipa multiprofissional

1 - Sem prejuízo da autonomia técnica garantida aos médicos e enfermeiros, os profissionais da equipa multiprofissional desenvolvem a sua actividade sob a coordenação e a orientação do coordenador da equipa.

2 - A avaliação de desempenho dos enfermeiros observa o regime fixado sobre

a matéria no estatuto legal da respectiva carreira, atendendo, na decisão final, ao parecer fundamentado que, para o efeito, deve ser emitido pelo enfermeiro do conselho técnico.

Capítulo VII

Regime de carreiras, suplementos e incentivos

Artigo 27.º

Regime jurídico da relação de trabalho

1 - Aos profissionais que integram a equipa multiprofissional da USF são garantidos os direitos decorrentes dos regimes jurídicos das respectivas carreiras, não podendo ser prejudicados em relação aos restantes profissionais detentores da mesma categoria e grau profissional.

2 - Os direitos referidos no número anterior são aplicáveis, com as devidas adaptações, aos profissionais abrangidos pelo regime jurídico do contrato individual de trabalho.

3 - Para efeitos do disposto no número anterior, os níveis retributivos dos trabalhadores em regime de contrato individual de trabalho são determinados em função das habilitações e qualificações detidas.

Artigo 28.º

Remuneração dos médicos

1 - A remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 - A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de 35 horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos utentes da respectiva lista, com a dimensão mínima prevista no n.º 4 do artigo 9.º.

3 - São considerados os seguintes suplementos:

- a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto no n.º 5 do artigo 9.º;
- b) O suplemento da realização de cuidados domiciliários;
- c) O suplemento associado às unidades

contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto nas alíneas *b)* e *c)* do n.º 4 do artigo 10º, quando contratualizado;

4 - A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas, previsto no artigo 29.º

b) A compensação associada à carteira adicional de serviços, nos termos do disposto no n.º 6 do artigo 6.º, quando contratualizada.

5 - As componentes previstas nas alíneas *a)* e *b)* do n.º 3 são devidas e pagas integral e mensalmente ao médico.

6 - As componentes previstas nas alíneas *c)* do n.º 3 e *a)* e *b)* do n.º 4 são devidas ao grupo de médicos, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada médico, a respectiva quota-parte.

7 - As componentes previstas nas alíneas *a)* do n.º 3 e *a)* do n.º 4 são consideradas para efeitos de aposentação ou reforma e para efeitos de abono de vencimento de exercício perdido em virtude de faltas por doença ou de protecção social na eventualidade doença.

Artigo 29.º

Compensação associada às

actividades específicas dos médicos

1 - A compensação prevista na alínea *a)* do n.º 4 do artigo anterior está associada ao aumento das unidades ponderadas da lista mínima de utentes dos médicos por força das actividades específicas de vigilância a utentes vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Direcção-Geral da Saúde, nos termos seguintes:

a) A vigilância, em planeamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano: 1 unidade;

b) A vigilância de uma gravidez: 8 unidades;

c) A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano: 7 unidades;

d) A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano: 3 unidades;

e) A vigilância de um diabético, por ano: 4 unidades;

f) A vigilância de um hipertenso, por

ano: 2 unidades.

2 - Os critérios de atribuição de unidades ponderadas às actividades específicas previstas no número anterior são definidos e contratualizados anualmente e constam da carta de compromisso.

Artigo 30.º

Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos médicos

1 - A unidade contratualizada (UC) está associada a cada aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima da lista de utentes do médico.

2 - São associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 55 unidades ponderadas.

3 - O número máximo mensal de UC por médico é de 20, com um limite de 9 para o suplemento previsto na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 28.º

4 - Para efeitos da determinação dos valores das componentes previstas nas alíneas *a)* do n.º 3 e *a)* do n.º 4 do artigo 28º, o valor de cada UC é de €130.

5 - O valor da UC obtida nos termos do número anterior é corrigido, com o factor 1,8, para as primeiras seis unidades contratualizadas associadas à alínea *a)* do n.º 3 do artigo 28.º

6 - A realização de cuidados domiciliários confere o direito, por cada consulta e até ao limite máximo de 20 domicílios/mês, a um abono de € 30.

7 - Quando for contratualizado o alargamento do período de funcionamento, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 28º é de:

a) € 180 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 235 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

8 - O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

9 - Os médicos cuja lista de utentes não atinja a dimensão mínima de unidades ponderadas prevista no n.º 4 do artigo 9º têm direito à remuneração da respectiva

categoria e escalão do seu regime de trabalho durante os primeiros seis meses de actividade nas USF, em substituição do previsto no n.º 2 e na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 28.º

Artigo 31.º

Remuneração dos enfermeiros

1 - A remuneração mensal devida aos enfermeiros das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 - A remuneração base corresponde à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

3 - São considerados os seguintes suplementos:

a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 9.º;

b) O suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto nas alíneas *b)* e *c)* do n.º 4 do artigo 10.º, quando contratualizado.

4 - A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no n.º 5 do artigo 6º, quando contratualizada;

b) A atribuição de incentivos financeiros.

5 - As componentes previstas nas alíneas *a)* e *b)* do n.º 3 são devidas ao grupo de enfermeiros, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada enfermeiro, a respectiva quota-parte.

Artigo 32.º

Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho dos enfermeiros

1 - O número de utentes inscritos nas USF, por enfermeiro, tem uma dimensão mínima de 1550 utentes de uma lista padrão nacional, a que correspondem 1917 unidades ponderadas.

2 - A cada aumento de 55 unidades ponderadas da dimensão mínima de utentes por enfermeiro das USF está associada uma UC.

3 - São associadas tantas UC quantos os

acréscimos múltiplos de 55 unidades ponderadas.

4 - O número máximo mensal de UC por enfermeiro é de 9 UC.

5 - Para efeitos da determinação do valor do suplemento previsto na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 31.º, o valor de cada UC é de € 100.

6 - Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento e cobertura assistencial, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea *b)* do n.º 3 do artigo 31.º é de:

a) € 89 para o alargamento nos dias úteis;

b) €115 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

7 - O valor obtido nos termos do previsto no número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

Artigo 33.º **Remuneração do pessoal administrativo**

1 - A remuneração mensal devida ao pessoal administrativo das USF integra uma remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

2 - A remuneração base integra a remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de tempo completo.

3 - São considerados os seguintes suplementos:

a) O suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas, nos termos do disposto no n.º 4 do artigo 9.º

b) O suplemento associado às UC do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial, nos termos do disposto na alínea *b)* do n.º 4 do artigo 10.º, quando contratualizado.

4 - A compensação pelo desempenho integra:

a) A compensação associada à carteira adicional de serviços nos termos do previsto no n.º 5 do artigo 6.º, quando contratualizada;

b) A atribuição de incentivos financeiros.

5 - As componentes previstas nas alíneas *a)* e *b)* do n.º 3 são devidas ao pes-

soal administrativo, divididas igualmente por todos, sendo paga, mensalmente, a cada um, a respectiva quota-parte.

Artigo 34.º **Cálculo dos suplementos e compensações pelo desempenho do pessoal administrativo**

1 - O número de utentes inscritos nas USF, por cada elemento do pessoal administrativo, tem uma dimensão mínima de 2000 utentes de uma lista padrão nacional, o que corresponde a 2474 unidades ponderadas.

2 - A cada aumento de 71 unidades ponderadas da dimensão mínima do número de utentes por administrativo das USF está associada uma UC.

3 - São associadas tantas UC quantos os acréscimos múltiplos de 71 unidades ponderadas.

4 - O número máximo mensal de UC por cada elemento do pessoal administrativo é de 9 UC.

5 - Para efeitos da determinação do valor do suplemento previsto na alínea *a)* do n.º 3 do artigo anterior, o valor de cada UC é de € 60.

6 - Quando for contratualizado o alargamento do funcionamento e cobertura assistencial, o valor do suplemento de cada UC previsto na alínea *b)* do n.º 3 do artigo anterior é de:

a) € 50 para o alargamento nos dias úteis;

b) € 65 para o alargamento aos sábados, domingos e feriados.

7 - O valor obtido nos termos do número anterior é multiplicado pelo número de horas de alargamento semanal contratualizado.

Artigo 35.º **Ponderação das funções de orientador de formação**

1 - Sem prejuízo de os médicos integrados nas USF serem designados orientadores de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar, tal facto não pode por em causa o compromisso assistencial a que a equipa está vinculada, pelo que lhes é atribuída, durante o período em que se verifique aquela actividade, uma ponderação

mensal de 220 unidades, para efeitos da componente prevista na alínea *a)* do n.º 3 do artigo 28.º

2 - As unidades ponderadas referidas no número anterior não contam para o limite de UC referidos no n.º 3 do artigo 30.º

Artigo 36.º **Acréscimos remuneratórios**

1 - À função de coordenador da equipa é atribuído um acréscimo remuneratório de 7 UC.

2 - Consideram-se incluídas na respectiva remuneração as despesas desbolsadas pelo médico para prestação de cuidados domiciliários aos seus utentes ou aos utentes de outro médico da equipa.

Capítulo VIII **Outros incentivos**

Artigo 37.º **Princípios**

1 - Podem ser atribuídos outros incentivos, que consistem na atribuição de prémios institucionais e financeiros à equipa multiprofissional e visam estimular e apoiar o desempenho colectivo, tendo em conta os ganhos de eficiência conseguidos.

2 - Os incentivos previstos no presente capítulo são repartidos por todos os profissionais da equipa multiprofissional da USF.

Artigo 38.º **Modalidades de incentivos**

1 - Constituem modalidades de incentivos, designadamente:

a) Os incentivos institucionais;

b) Os incentivos financeiros.

2 - Os incentivos institucionais traduzem-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na divulgação da realização de conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das comodidades de exercício de funções da equipa multiprofissional

3 - Os incentivos financeiros são atribuídos, após avaliação da USF, com base no cumprimento de objectivos e parâ-

metros mínimos de produtividade e qualidade.

Artigo 39.º

Condições de atribuição de incentivos

As condições e critérios para a atribuição de incentivos são regulados por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças, da Administração Pública e da Saúde, tendo por referência a melhoria de produtividade, da eficiência, da efectividade e da qualidade dos cuidados prestados, sendo objecto de negociação, de acordo com a Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

Capítulo IX

Disposições finais e transitórias

Artigo 40.º

Monitorização, avaliação e acreditação

1 - A monitorização e avaliação das USF incumbem às Administrações Regionais de Saúde.

2 - A monitorização e avaliação das USF devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência e satisfação, e podem contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como factores correctivos e niveladores da matriz nacional.

3 - A monitorização e avaliação das

USF têm por base um modelo de matriz nacional que aplica a metodologia de auto-avaliação, avaliações interpares e avaliações cruzadas entre USF.

4 - As USF podem submeter-se a um sistema de acreditação, a cargo da entidade competente do Ministério da Saúde.

Artigo 41.º

Regulamentação

A regulamentação prevista no presente decreto-lei é aprovada no prazo de 90 dias.

Artigo 42.º

Norma transitória

1 - Até à entrada em vigor da legislação que aprove a reconfiguração dos centros de saúde, todas as competências atribuídas pelo presente decreto-lei ao centro de saúde são exercidas pelas Administrações Regionais de Saúde e por outras entidades previstas no Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

2 - Os médicos actualmente abrangidos pelo disposto no presente decreto-lei mantêm o direito ao subsídio previsto no artigo 39.º do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto.

Artigo 43.º

Actualização do valor das UC

O valor das UC é actualizado por portaria conjunta dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Administração Pública e da Saúde.

Artigo 44.º

Regime Remuneratório Experimental

1 - Os profissionais que integram as equipas de Regime Remuneratório Experimental (RRE), previsto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, dispõem de 30 dias, após a entrada em vigor do presente decreto-lei, para apresentarem candidatura à constituição de USF.

2 - Os profissionais que integram as equipas do RRE continuam sujeitos ao disposto no Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, até ao início da actividade da USF ou até à recusa da candidatura.

3 - Caso os profissionais que integram as equipas do RRE não se candidatem à constituição de uma USF ou esta seja recusada, o regime do RRE deixa de ser aplicável 30 dias após a entrada em vigor deste diploma ou na data da notificação da recusa da candidatura.

Artigo 45.º

Norma revogatória

São revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior;
- b) A Portaria n.º 993-A/98, de 24 de Novembro, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 2 e 3 do artigo anterior;
- c) O artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio;
- d) As normas IV, V, VI e VIII do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro.

CANDIDATO A BASTONÁRIO ALERTA

Em declarações à comunicação social, Miguel Leão elogia o modelo organizacional das USFs mas não deixa de alertar contra a discriminação negativa dos Médicos de Família que não querem aderir ao modelo.

Uma lembrança do remanescente, diríamos nós...

1ST ICM – INTERNATIONAL CONSENSUS MEETING "NEW HORIZONS IN CELL AND TISSUE BANKING"

Em Portugal, No Vale de Santarém, decorrerá de 16 a 20 de Maio do corrente ano, em Vale de Santarém, a primeira Conferência sobre o tema "New Horizons in Cell and Tissue Banking".

Para mais informações poderá visitar o site www.csvp.pt, ou contactar o secretariado deste evento, pelo tel. 214 145 500, fax 214 145 503 ou ainda pelo mail 1st_icm@clininvest.pt.

PROJECTO DE D.L. DAS USF

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

REGIME DE INCENTIVOS

No dia 30 de Março de 2007, o SIM esteve presente na primeira reunião de ronda negocial, no Ministério da Saúde, sobre o projecto de Decreto-Lei das USF.

Mediante apreciação o SIM entregou a sua posição, com a proposta de alterações ao Projecto de Decreto Lei que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiares, bem como o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que a constituem.

Estamos certos que as negociações decorrerão com celeridade sendo previsível chegar-se a um documento final em breve.

Por uma questão de clareza e transparência, transcreve-se a proposta do SIM.

1ª. REUNIÃO DE NEGOCIAÇÃO

Proposta do SIM

“O projecto de Decreto-Lei em apreço configura a regulamentação de um Despacho Normativo, em concreto o Despacho Normativo nº 9/2006.

Prossegue assim a inversão total da lógica legislativa, agravada pela inexistência de referências a nível do todo, isto é, dos Centros de Saúde.

Neste contexto, é pedido ao Sindicato Independente dos Médicos o seu empenho negocial sobre um diploma com a importância de um Decreto-Lei que pretende reflectir uma parte, certamente muito importante, do que o Governo, através do Ministério da Saúde, idealiza para os Centros de Saúde e para os Cuidados de Saúde Primários.

Sendo clara a nossa surpresa por esta opção, legítima mas discutível dentro da normalidade jurídica e inovadora na Administração Pública, compete-nos apreciar e propor alterações.

Também inovadora, a nível de negociação de um decreto-lei, a figura de “representante” de Sua Excelência o Ministro da Saúde.

Registe-se o apreço e consideração que Sua Excelência o Ministro da Saúde entende demonstrar pelo Sindicato Independente dos Médicos.

Registe-se, de igual modo, a posição negocial do Sr. Dr. Luís Pisco, coordenando a reunião e representando o Senhor Ministro da Saúde, mas sublinhe-se, para além da elevada estima e consideração, pessoal e profissional, que lhe é devida por esta associação sindical, a sua colocação na mesa negocial no lado patronal.

Analiseemos:

Artigo 1º – Propomos a referência à remuneração ou regime remuneratório, matéria específica dos artigos 28º a 36º e, na nossa opinião, devendo constar obrigatoriamente do Objecto.

Artigo 4º – A definição aqui contida está em contradição com o artigo 8º. Deve optar-se por população inscrita e não por população residente. Ficam fora da missão das USF a prestação de cuidados a doentes

que esporadicamente ali ocorram. Pode, em sentido estrito, impossibilitar cuidados a doentes dependentes que se agreguem, temporariamente, a agregados familiares inscritos nas USF.

Artigo 5º/c) – Princípio inaceitável. Propomos que se explicita o respeito solidário ao cumprimento de obrigações dentro de cada grupo profissional.

Artigo 5º/g) – Partilha gestonária a nível de desempenho de forma transversal é impossível. A gestão clínica será participativa, no máximo, entre médicos e, mesmo neste caso, respeitando a hierarquia técnica que se pretende criar.

Artigo 6º/1 – Propomos que a carteira básica de serviços se constitua em anexo a este diploma e que seja objecto de negociação. A definição unilateral da carteira básica de serviços e a sua não explicitação em diploma é inaceitável. Remeter a carteira básica de serviços para uma página de internet de uma estrutura que, temporalmente, poderá não coincidir com a vigência deste diploma é igualmente inaceitável.

Artigo 6º/7 – A carteira adicional de serviços, ao menos nos seus princípios, deve ser explicitada do mesmo modo que o proposto no ponto anterior.

Artigo 7º/2 – O imperativo de fixação anual do número de USF a constituir por Despacho conjunto das Finanças e da Saúde revela a desconfiança da Administração Pública nesta reforma e contrasta com o panfletário preâmbulo deste projecto de diploma.

Artigo 7º/3 – A introdução de destriça entre o grau de assistente e o título de especialista é um retrocesso em relação ao que era pedido no Despacho nº 9/2006 e um retrocesso no caminho encetado de titulação única. Compreendendo-se o alcance, não deixa de tratar-se de acomodar o aviltar de um princípio em função de uma irregularidade. Tudo seria diferente se em vez de ou se escrevesse.

Artigo 8º/1 – Conflitua com o Artigo 4º, como já referido.

Artigo 8º/2 – Propomos o correspondente a um mínimo de 5 médicos. Só com este número se poderá constituir uma base funcional sólida que assegure cuidados num mínimo de 60 horas por semana. Cria-se o conceito original de famílias por enfermeiro sem criar o conceito de enfermeiro de família. Registe-se o caminho para um rácio de um médico para três enfermeiros aqui assumido.

Artigo 10º/2/i) – Não se alcança o que se pretende. Se cor-

responde a uma nova fórmula para designar incompatibilidades melhor seria considerar no articulado regras de não concorrência e lealdade, mais ajustadas ao Estatuto do SNS e dos contratos-programa, realidade de que as USF são um bom exemplo.

Artigo 10º/3 – Não se alcança a possibilidade de cumprimento imediato deste desígnio. Mais seguro seria que a aprovação de um regulamento interno caísse na alçada de quem admite, aprecia e decide a candidatura das USF.

Artigo 10º/4 – Propomos que se retire *normal* passando a designar-se período de funcionamento.

Artigo 10º/6 – Não se define com clareza quem. Quem avalia, quem averigua, quem decide. Impossível não prever quem.

Artigo 11º/2 – Não é aceitável a incerteza aqui contida. Propomos que as competências do conselho técnico, no caso da sua inexistência, sejam cumulativamente assumidas pelo coordenador da USF.

Artigo 12º/5 – Sendo as USF de adesão voluntária, pressupostamente solidárias e com aceitação unânime de regras regulamentares, não se entende a subordinação à confirmação e validação de documentos no âmbito da prescrição.

Artigo 13º/2/c) – Inaceitável. Propomos a eliminação deste ponto.

Artigo 13º/3 – Conflitua com as normas legais de funcionamento das assembleias-gerais.

Artigo 13º/5 – Conflitua com as normas legais de funcionamento das assembleias-gerais.

Artigo 14º/1 – Propomos a eleição interpares do médico e enfermeiro que compõem o conselho técnico, eliminando a designação pelo conselho geral.

Artigo 24º/1 – Mais uma vez propomos que esta responsabilidade solidária se limite ao universo de cada grupo profissional.

Artigo 28º a 39º – Não são considerados neste diploma os tradicionais subsídios de férias e de natal. Propomos a introdução explícita da referência ao pagamento destes subsídios e do respectivo valor.

Artigo 43º – Propomos a actualização automática em igual valor e periodicidade das actualizações remuneratórias para a Função Pública.”

PRÓS E CONTRAS DAS URGÊNCIAS

No seu Blog (Fragmentos do Apocalipse) o jornalista Carlos Enes faz uma análise do último programa da RTP Prós e Contrás, dedicado à Reforma das Urgências. Exactamente pela lucidez e pertinência da análise, transcrevemo-la na íntegra:

"Antes de mais, deixe-me felicitá-la, Fátima. Por muito que eu tivesse uma boa máquina de propaganda, não conseguiria explicar tão bem aos portugueses o sentido desta reforma", começou por dizer o ministro da Saúde. Era o início da segunda parte. Fátima Campos Ferreira (FCF), cada vez mais à vontade e mais eficaz na condução do programa, introduziu o ministro com os mapas da comissão ministerial das urgências na mão e os olhos na câmara. **"Como vêem"**, a realidade das urgências **"vai melhorar"**. Os mapas argumentavam que a percentagem de portugueses do território "vermelho", que vivem a mais de 60 minutos de uma urgência, vai diminuir drasticamente. Depois FCF sentou-se, ao lado do ministro, o que constituiu uma inovação radical na retórica televisiva do programa. O ministro não esteve na primeira parte, não se sentou na bancada direita dos "prós", nem na esquerda dos "contras". Apareceu depois e ficou ao centro, partilhando o espaço cénico da moderadora, que não o interrogou de pé e, na prática, conversou moderadamente com ele (não resisto ao trocadilho). Dir-se-ia que, depois do "debate" técnico, Correia de Campos veio ajudar a ultrapassar pequenas divergências havidas na primeira parte. Depois de dias terríveis de contestação social e polémica política, o ministro pôde aparecer como o moderador institucional. E aproveitou bem a oportunidade. Não sei se as divergências havidas na primeira parte, de tão pequenas, eram verdadeiras divergências. Os dois médicos escolhidos pela produção do programa para desempenharem o papel de "contras" revelaram-se muitíssimo desconfortáveis na sua pele e não eram, verdadeiramente, "contras". Se não, veja-se. O médico António Martins Baptista, primeiro "contra", abriu as "hostilidades" dizendo que não tinha **"nada contra o ministro da Saúde, nem nada contra a comissão da reforma das urgências"** e reconhecendo que uma **"nova rede"** de urgências é, ela própria, **"urgente"**.

O presidente da Ordem dos Médicos do Centro, José Manuel Silva (JMS), era o segundo "contra". Foi apresentado com um elogio de FCF **"à comissão de médicos experientes de todo o país"** que fez o relatório das urgências e estava sentada na bancada dos "prós". A moderadora perguntou-lhe: **"Mesmo assim, por que está contra?"**. E o segundo "contra" sossegou-a: **"Quero salientar o trabalho gratuito da comissão, que prova que os médicos também trabalham gratuitamente"**.

O único "contra" verdadeiramente "contra" falou na terceira parte, já depois da uma da manhã. Diogo Cabrita, médico cirurgião de Valença, assumiu **"uma visão completamente dissonante"** da escrita no relatório da comissão das urgências. Para mim, o debate começou ali, mas não durou muito tempo, porque este "contra" verdadeiramente "contra" foi ouvido em pacote com um grupo de presidentes de câmara, com direito a uns minutos cada um para explicarem as suas objecções particulares, e não pôde entrar em debate com o ministro, nem com os "prós". Mesmo assim, Diogo Cabrita aproveitou o tempo para se demarcar de todos os presentes, como aqueles ciclistas que fazem fugas sem apoio da equipa nem concorrência dos adversários. Atacou o relatório porque **"5 milhões de consultas anuais feitas nos serviços de atendimento permanente (SAP) dos centros de saúde desaparecem"**. Atacou a proposta da comissão de criação de serviços de urgência básicos (SUB) com apenas dois médicos, porque um pode ter de se ausentar para acompanhar um doente a uma urgência mais diferenciada e estranhou o "silêncio" da Ordem dos Médicos sobre o assunto. E causou o único embaraço da noite ao ministro, quando perguntou por que critério científico vai Coimbra manter duas urgências polivalentes abertas, **"com 100 médicos à espera de receber, por noite, 2 urgências"**. Fátima Campos Ferreira continuou a defender abertamente a reforma e até disse várias vezes que **"ficará para a história como a reforma Correia de Campos das urgências"**.

A moderadora, honra lhe seja, assumiu a sua convicção, que me pareceu genuína, embora tenha revelado algumas lacunas de informação relevantes, como quando falou duas vezes da urgência **"polivalente"** de Viana do Castelo. FCF só quis saber se o ministro assegurava que o INEM e os centros de saúde teriam meios reforçados para aguentar a mudança. Mas essas duas questões, que verdadeiramente representam as dúvidas dos "contras" e dos "prós", mesmo os da comissão, foram facilmente resolvidas com a promessa genérica de que tudo será melhor do que antes. Nos dias anteriores, pessoas que conheço queixaram-se-me de terem sido "desconvidadas" para o programa. Essa questão deixou de ser relevante depois de visto o programa ele próprio e de ponderado o seu esmagador efeito de pacificação e quase abolição da discussão. Mas o programa, para mim, se não serviu para discutir urgências, é uma excelente oportunidade para se discutir jornalismo. Ao contrário da maioria, não me choca que os moderadores tenham opiniões, desde logo porque são jornalistas e eu sei que os verdadeiros jornalistas, que estudam os assuntos, quase sempre formam opinião, ainda que raramente a complexidade da vida real lhes permita abolir a dúvida metódica e uma certa prudência.

Ao contrário da maioria, entendo que a "objectividade jornalística" é uma retórica desprezível e perigosa. O perigo não está num jornalista ter opinião, nem num programa que a difunda. O perigo está nas estratégias retóricas que levam os cidadãos a confundir uma opinião ou uma análise, por mais profunda que seja, com a "realidade". Mas é claro que a subjectividade, por mais incontornável, não tem de impedir o jornalismo de acontecer. Numa sociedade aberta, a entrevista e o debate são óptimos instrumentos de informação. As perguntas incómodas e a "confrontação radical" de teses antagónicas permitem discutir a fundo as realidades mais complexas e esclarecer a maior quantidade possível de dúvidas de quem não tem acesso à discussão. A única repugnância que tenho é com a encenação de uma falsa pluralidade, capaz de convencer quem não tem acesso à informação de que se fez um debate que ficou por fazer."

TRIBUNAL CONDENA UTENTE POR VIOLÊNCIA CONTRA MÉDICO

A pouco e pouco, e desde que os profissionais envolvidos se disponham a ir em frente com queixas-crime contra os utentes que os agridem psicologicamente e fisicamente, os Tribunais começam a condenar quem pensa que a impunidade é eterna. Pouco a pouco também, a Comunicação Social desperta para estas situações.

Desta vez é noticiado que foi o Tribunal de Torres Vedras que condenou um utente, que ameaçou fisicamente um médico daquele Centro de Saúde, a pena de prisão de um ano e dois meses, suspensa por dois anos, e ao pagamento de 400 euros de indemnização por danos e sofrimento causado ao clínico.

Enquanto o Ministério da Saúde não pugnar por legislação que tipifique todos estes casos como crime de ofensa pública, apenas agindo quando os senhores utentes estragam equipamento, todos os profissionais de saúde (e não só os médicos) estão diariamente sujeitos a situações de violência.

Os médicos associados do SIM que estejam nestas condições contam, desde que o queiram e na medida que a queixa-crime tem de ser um acto individual, com o apoio pleno do Departamento Jurídico do seu Sindicato para levarem os agressores a Tribunal.

MAGISTRADOS FORÇAM POLÍTICOS

A louvável iniciativa do Sr. Procurador-Geral da República junto do Governo, no sentido de serem incluídos os actos de violência contra os médicos no projecto da nova lei de política criminal a ser submetida à Assembleia da República, apresenta alguns contornos curiosos. É que a omissão daquele crime no anterior projecto terá sido uma causa da sua rejeição pelo Conselho Superior do Ministério Público (CSMP) a 20 de Março, havendo então que adequar a proposta de diploma aos reparos daquele órgão gestor e fiscalizador do Ministério Público (MP).

O "chumbo" do CSMP, bem expresso no parecer da Sr.^a Procuradora-Geral distrital de Lisboa, e subscrito segundo a comunicação social por oito conselheiros daquele órgão, mostra que os Magistrados, receptores das queixas no seu dia-a-dia, souberam impor-se aos Políticos, Ministro da Saúde incluído, que se ficam muitas vezes pelas bonitas declarações de intenção...

INICIATIVA QUE SE AGRADECE E APLAUDE

Em declarações à comunicação social no final de uma reunião com o ministro da Justiça para analisar a proposta de lei sobre política criminal, o Sr. Procurador-Geral da República, Dr. Pinto Monteiro, revelou que o Governo aceitou tornar prioritária a investigação criminal dos casos de violência contra professores e médicos, como propôs o Ministério Público.

A efectivar-se o anúncio de que "várias alterações" propostas pelo Ministério Público (MP) "foram consagradas" no diploma do Governo, o Sindicato Independente dos Médicos não pode deixar de saudar a iniciativa do Sr. Procurador-Geral da República, esperando ainda que o seu entendimento seja o de que a violência contra profissionais da saúde é um crime público e como tal tais situações sejam de imediato avocadas pelo Ministério Público. A consagração em diploma legal desse facto, como há muito vem defendendo o Sindicato Independente dos Médicos, poderá pôr cobro ao caricato que é as Administrações Regionais de Saúde accionarem criminalmente os utentes prevaricadores apenas se e quando estes provocam danos materiais em instalações e equipamentos mas "empurrarem" para o profissional agredido o ónus de o fazerem a título particular...

PROTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE COM AUTARQUIAS

APRECIÇÃO JURÍDICA

Os textos conhecidos dos Protocolos celebrados entre o Ministério da Saúde e algumas Autarquias na sequência da contestação popular ao anunciado encerramento de Serviços de Urgência/Serviços de atendimento Permanente contemplam uma Cláusula, a qual reflecte uma regra segundo a qual o Hospital em causa, *"acomodará nas suas actuais instalações da urgência uma consulta não programada para casos agudos do foro ambulatório, sob a responsabilidade do centro de saúde, em horário alargado, das 8h00 às 24h00, com acesso directo aos MCDTs do Hospital..."*.

Descodificando, tem-se:

- (i) o CS fornece a mão-de-obra médica, i.e., em princípio, médicos da carreira médica de clínica geral;
- (ii) o trabalho é prestado fora do local de trabalho oficial do médico que, para todos os efeitos, é o CS;
- (iii) é designada por *"consulta não-programada"* a prática de acto médico assistencial *"para casos agudos do foro ambulatório"*;

Vejamos.

Partindo do princípio de que, à data da instalação desta inovadora *"consulta não-programada"*, nos CS em causa, os recursos humanos médicos serão constituídos por médicos da carreira médica de clínica geral, e que o DL 73/90, 6.III, que rege esse corpo especial, se mantém em vigor, observar-se-á a violação do disposto no seu art. 24º/5, na parte em que este prevê que, desde os idos de Março de 1991, *"só os médicos com horário semanal de 42 horas, e caso dêem o seu acordo, poderão prestar serviço de urgência em hospitais"*.

Na verdade, aquilo a que os Protocolos chamam uma *"consulta não-programada para casos agudos do foro ambulatório"*, constitui, literal-

mente, uma cansativa perífrase de 10 palavras, para tentar esconder a realidade redutível a apenas 3: *consulta de urgência!*

É disso que se trata: é para a prática dos actos médicos em ambiente de urgência externa (*"do foro ambulatório"*), próprios da especialidade médica de clínica geral, que, insofismavelmente, *"sob a responsabilidade do centro de saúde"*, actuarão os médicos deste, assim deslocados! Aliás, a que outra finalidade funcional seriam tais médicos alocados *"nas... actuais instalações de urgência"*?

O sol não se pode tapar com uma peneira, escreva-se o que se escrever nos Protocolos.

Todavia, para além da violação do disposto no art. 24º/5, DL 73/90, 6.III, as cláusulas protocoladas *sub judice*, subvertem também a disciplina integradora e cooperadora da actuação desta especialidade, tal qual diflúo do art. 18º/2, a) e b), do mesmo diploma. Aqui, especialmente na alínea b), prevê-se que o médico desta carreira actue *"no âmbito dos serviços hospitalares"*, eventualmente *"para serviço do Hospital"*, é certo.

De todo o modo, tal actuação não pode fazer postergar a regra do art. 24º/5. Da respectiva compatibili-

zação, para o intérprete, resulta que, actualmente:

- (a) todos os médicos da carreira poderão ser chamados a *"actuar no âmbito dos serviços hospitalares"*, sob forma mitigada, que não corroa o dever central que têm de *"exercer nos centros de saúde e suas extensões"* – cfr. 18º/2, a);
- (b) apenas *"os médicos com horário semanal de 42 horas, e caso dêem o seu acordo"* [sublinhado nosso] *poderão prestar serviços de urgência, em hospitais"*
- (c) consequentemente, os médicos com horário semanal de 35 horas, *não* poderão/ deverão prestar serviço de urgência em hospitais.

Dito isto, é de ter igualmente presente que cláusulas como as supra transcritas não poderão prejudicar a plena aplicação das regras dos nºs 8 e 9, do mesmo art. 24º, pelas quais os especialistas de medicina geral e familiar estão dispensados *"da prestação de serviço de urgência ou de atendimento permanente"*, após os 55 anos de idade, ou, após perfazerem os 50 anos, no período nocturno (que corresponde ao *"prestado entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte"* – cfr. art. 32º/1, DL 259/98, 18.VIII).

TABELA REMUNERATÓRIA DA CARREIRA MÉDICA - 2007

Índice 100 - 2.042,42€			REGIMES DE TRABALHO					
			Tempo Completo		Dedicação Exclusiva			
Categoria	Escalão	Índice	35 HORAS		35 HORAS		42 HORAS	
			Valor/Mês	V.Hora	Valor/Mês	V.Hora	Valor/Mês	V.Hora
Chefe de Serviço	4	200	2.941,08	19,39	4.084,84	26,93	5.391,99	29,63
	3	195	2.867,56	18,91	3.982,72	26,26	5.257,19	28,89
	2	185	2.720,50	17,94	3.778,48	24,91	4.987,59	27,40
	1	175	2.573,45	16,97	3.574,24	23,57	4.717,99	25,92
Assistente Graduado	6	185	2.720,50	17,94	3.778,48	24,91	4.987,59	27,40
	5	180	2.646,98	17,45	3.676,36	24,24	4.852,79	26,66
	4	175	2.573,45	16,97	3.574,24	23,57	4.717,99	25,92
	3	170	2.499,92	16,48	3.472,11	22,89	4.583,19	25,18
	2	160	2.352,87	15,51	3.267,87	21,55	4.313,59	23,70
	1	145	2.132,29	14,06	2.961,51	19,53	3.909,19	21,48
Assistente	5	145	2.132,29	14,06	2.961,51	19,53	3.909,19	21,48
	4	140	2.058,76	13,57	2.859,39	18,85	3.774,39	20,74
	3	135	1.985,23	13,09	2.757,27	18,18	3.639,59	20,00
	2	130	1.911,71	12,60	2.655,15	17,51	3.504,79	19,26
	1	120	1.764,65	11,64	2.450,90	16,16	3.235,19	17,78
Clínico Geral (Não Especialista)	4	105	1.544,07	10,18	2.144,54	14,14	2.830,79	15,55
	3	100	1.470,54	9,70	2.042,42	13,47	2.695,99	14,81
	2	95	1.397,02	9,21	1.940,30	12,79	2.561,19	14,07
	1	90	1.323,49	8,73	1.838,18	12,12	2.426,39	13,33

Internato Médico					
Escalão	Índice	Tempo Completo 42 H	V. Hora	Dedicação Exclusiva 42 H	V. Hora
2	95	1.844,06	10,13	2.561,19	14,07
1	90	1.747,00	9,60	2.426,39	13,33
Ano Comum	73	1.490,97 (Valor Hora = 8,19)			

Tempo Completo 35 horas s/exclusividade (Recebe 72% do valor do respectivo Índice)
 Dedicação Exclusiva 42 horas (Recebe + 32% do valor do respectivo Índice)
 Internato Médico com 42 horas s/exclusividade (Recebe + 32% de 72% do Índice respectivo)

SUBSÍDIO ADICIONAL MENSAL CLÍNICA GERAL – 2005 (Portaria n.º 410/2005, de 11 de Abril)

Nº de Inscritos	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Até 1750	326,85	228,38	181,24	104,76
De 1751 a 2000	353,04	254,04	205,86	129,90
Mais de 2000	375,57	278,13	229,42	156,10

LEGISLAÇÃO

Entidade	Diploma/Data	Assunto
Diário da República Nº 10 – 2ª Série	Despacho 725/2007 15/01/2007	Orientações e directrizes relativas ao exercício de funções dirigentes em entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde, por profissionais de instituições integradas no S.N.S.(...).
Diário da República Nº 10 – 2ª Série	Despacho 727/2007 15/01/2007	Alterações no âmbito do processo de discussão pública sobre o relatório da comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral.
Diário da República Nº 12 – 2ª Série	Despacho 839/2007 17/01/2007	Alteração da composição do Conselho Estratégico (Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde).
Diário da República Nº 13 – 1ª Série	Portaria 88-A/2007 18/01/2007	Revisão anual das remunerações dos funcionários e agentes da administração central, local e regional, actualizando os índices 100 e as escalas salariais em vigor, bem como as tabelas de ajuda de custo, subsídios de refeição e de viagem.
Diário da República Nº 13 – 1ª Série	Portaria 88-A/2007 18/01/2007	Revisão anual das remunerações dos funcionários e agentes da administração central, local e regional, actualizando os índices 100 e as escalas salariais em vigor, bem como as tabelas de ajuda de custo, subsídios de refeição e de viagem.
Diário da República Nº 16 – 1ª Série	Portaria 110-A/2007 23/01/2007	Altera a Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, que aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respectivo Regulamento, e aprova a lista de classificação dos hospitais para efeitos de facturação dos episódios da urgência.
Diário da República Nº 19 – 2ª Série	Desp. Norm. 10/2007 26/01/2007	Após aprovação do Regulamento para o Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar, e no sentido de agilizar o funcionamento das USF e a sua articulação com os Centros de Saúde e A.R.S., procede-se a adaptações ao referido Regulamento.
Diário da República Nº 51 – I Série	Decreto Lei 60/2007 13/03/2007	Altera o Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, que aprova o regime jurídico da formação médica após a licenciatura em Medicina e revoga algumas disposições do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril.
Diário da República Nº 51 – II Série	Despacho 4492/2007 13/03/2007	Descongelamento excepcional de admissões de pessoal médico para a frequência do internato médico.

AO CONHECER A LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA A SUA CARREIRA OU AS SUAS FUNÇÕES, TEM MELHORES CONDIÇÕES DE SE DEFENDER E RECLAMAR OS SEUS DIREITOS.

CASO NECESSITE DESTA OU DE OUTRA LEGISLAÇÃO, CONTACTE O SEU SINDICATO, TEREMOS DISPONÍVEL PARA CONSULTA, ENVIO POR CORREIO OU FAX, OS DIÁRIOS DA REPÚBLICA E DEMAIS ELEMENTOS LEGISLATIVOS NA SEDE DO SIM.

ESTEJA DEVIDAMENTE ESCLARECIDO E SEM DÚVIDAS

RELATÓRIOS DO GABINETE JURÍDICO

SERVIÇOS JURÍDICOS PRESTADOS

Setembro a Dezembro/2006

I. Consultas a associados	354
II. Informações escritas e pareceres destinados a associados e órgãos directivos do SIM	256
III. Processos administrativos e judiciais em curso (dos quais foram abertos durante o presente quadrimestre 35 e fechados 88)	311
IV. Participações em reuniões sindicais, em diligências e Audiências em Juízo, no Ministério da Saúde e noutros órgãos e autoridades	60

RESUMO ESTATÍSTICO/ ANUAL

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I. Consultas a associados	366	784	600	765	1008	1001	1014	1028	1000	1030
II. Informações escritas e pareceres destinados a associados e órgãos directivos do SIM	105	301	203	265	281	360	321	530	537	668
III. Processos administrativos e judiciais em curso (dos quais foram abertos durante o presente quadrimestre 35 e fechados 88)	50	99	122	142	165	175	204	225	312	311
IV. Participações em reuniões sindicais, em diligências e Audiências em Juízo, no Ministério da Saúde e noutros órgãos e autoridades	14	72	24	37	35	39	41	69	165	148



SINDICATO INDEPENDENTE dos MÉDICOS

www.simedicos.pt

E-mail: secretaria@simedicos.pt; advogados@simedicos.pt

Sede Nacional: Av. 5 de Outubro, 151 - 9º 1050 - 053 LISBOA - Tel. 217 826 730 Fax 217 826 739

Membro da FEMS – Federação Europeia dos Médicos Assalariados *** Membro Fundador da AMSLB – Associação Médica Sindical Luso-Brasileira *** Membro Fundador da AMSLE – Associação Médica Sindical Luso-Espanhola

FICHA DE SÓCIO

INSCRIÇÃO ACTUALIZAÇÃO DE FICHEIRO

Sócio N.º

Data de Inscrição

Sexo M F

Nome

Morada
Localidade
Código Postal

Telfs. de contacto

E.mail:

Data de Nascimento

Nacionalidade

B.I. n.º de Arquivo de

Cédula Profissional n.º

Contribuinte n.º

Grau
Especialidade

Local de Trabalho
Localidade
Entidade Pagadora
N.º. Mecanográfico

2º Local de Trabalho

DECLARAÇÃO

Declaro que autorizo o desconto de 1% no vencimento mensal (incluindo Subsídio de Férias e Natal), referente à quotização do Sindicato Independente dos Médicos – SIM.

Data, / /

Assinatura

PROTOCOLO DE SEGUROS

Com satisfação cumpre-nos dar a conhecer que o SIM estabeleceu com o Grupo Diagonal, concretamente com a Megur/ Diagonal Corretores de Seguros um acordo que visa proporcionar aos nossos associados, o recurso às melhores soluções técnicas de seguro que permitam satisfazer as suas legítimas expectativas.

MEGUR
SOCIEDADE CORRETORA DE SEGUROS, LDA.

A MEGUR/ DIAGONAL, integrada num grupo transnacional, é um dos mais importantes operadores do Mercado nacional, com antecedentes de mais de vinte e cinco anos de permanência . Dispõe de uma equipa de profissionais qualificados, com boa formação técnica, oriunda dos quadros de seguradoras, aptos para personalizadamente, atender às suas solicitações com vista às resoluções das questões suscitadas de modo eficiente e célere.


**GRUPO
DIAGONAL**

A MEGUR/ DIAGONAL, atenta a todos os desenvolvimentos e à necessidade de novos produtos, está constantemente actualizando os seus conhecimentos em ordem a poder oferecer as novidades de garantias, coberturas e custos que o Mercado permanentemente disponibiliza.

Assim, possibilita o recurso aos melhores produtos de seguros, tendo em consideração o binómio garantias/ custos nas áreas dos seguros:

Patrimoniais, Automóveis, Acidentes de Trabalho, Responsabilidade Civil, Vida, (nas vertentes Risco, Capitalização e Reforma) Acidentes Pessoais e Doença.

A MEGUR/ DIAGONAL está ao seu serviço, e para isso põe ao seu dispôr gestores SIM, nos seguintes locais, e com os contactos indicados:

Porto			
Morada	Av. de França, 256-4º - Sala 4.2 - 4050-276 PORTO		
Gestor SIM	Ferreira Pinto		
Contactos	T: 22 832 07 99	F: 22 832 33 11	fpinto@megur.grupodiagonal.mail.pt

Coimbra			
Morada	Av. Fernão Magalhães, 619 Edf Mondego Escrt 1.02 3000-178 Coimbra		
Gestor SIM	Vitor Silva		
Contactos	T: 239 852 893	F: 239 852 891	vitorsilva@medialves.pt

Lisboa			
Morada	Av. Álvaro Pais, 15 1649-006 Lisboa		
Gestor SIM	João Pedro Ângelo		
Contactos	T: 21 796 11 78	F: 21 796 11 94	joaoangelo@megur.pt

Faro			
Morada	Av. 5 de Outubro, 48 Loja A 8000-076 Faro		
Gestor SIM	Anabela Carvalho		
Contactos	T: 289 894 390	F: 289 894 391	anabelacarvalho@medialves.pt

CONTACTE A MEGUR/ GRUPO DIAGONAL

ISLA CANELA

Isla Canela fica situada na província de Andaluzia, no Sul de Espanha, junto à fronteira de Portugal/Espanha, banhada pelo Rio Guadiana e pelo Oceano Atlântico.

É uma ilha natural que ocupa uma extensão de 1.760 hectares, com 7 km de praia, canais de navegação, um clima temperado e um encanto natural.

Zona turística por excelência que gira em torno de três motivações para férias: Praia, Golf e Porto Desportivo.



FÉRIAS E FINS-DE-SEMANA

Continuamos a oferecer um local aprazível, para os seus dias de descanso. Venha conhecer os nossos apartamentos tipologia T1 e T2, em Isla Canela, situados nas Urbanizações da Praia Grande, Canela Park e Golf.

Para quaisquer informações, não hesite em contactar os nossos serviços para esclarecer as suas dúvidas, fazer reservas e/ou marcações. Contacte-nos através do tel. 217 826 730, do fax. 217 826 739 ou do e-mail

secretaria@simedicos.pt

seguros@simedicos.pt

ferias@simedicos.pt



Para informações mais detalhadas, sobre Isla Canela, consulte o nosso Site, www.simedicos.pt, no link Férias.

TEMPORADA 2007 / NOVOS SÓCIOS

Aos Sócios que se inscreverem ainda durante o ano de 2007, oferecemos 3 dias gratuitos nos apartamentos do SIM, em Isla Canela. Também o Sócio proponente tem direito, por cada novo sócio, a 1 dia gratuito. Em ambos os casos, estes dias poderão ser usufruídos APENAS FORA DA ÉPOCA ALTA.





**POR UM SINDICALISMO MÉDICO
INDEPENDENTE E DEMOCRÁTICO**

ADERE AO SIM