

*Boletim
do*

sim

Abril/Junº 2011
76

Sindicato Independente dos Médicos



CONTACTOS DO *SIM*

www.simedicos.pt

SEDE NACIONAL

SIM/LX. VALE TEJO
Av. 5 de Outubro, 151 - 9º.
1050 - 053 LISBOA
Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739
presidente@simedicos.pt
secretariogeral@simedicos.pt
secretaria@simedicos.pt
advogados@simedicos.pt
contabilidade@simedicos.pt
ferias@simedicos.pt
jornalvirtual@simedicos.pt
Das 10,30 às 19,00 H

DELEGAÇÕES

SIM/AÇORES
sim.acores@gmail.com

SIM/ALENTEJO
mourareis@gmail.com

SIM/ALGARVE
Urbanização Poente ao H.D. Faro,
Lote A - r/c Dtº
8005 - 270 FARO
Tel. 289 813 296 / 221 - Fax 289 813 222
simalgarve@simedicos.pt
simalgarve@netcabo.pt
Das 16,00 às 19,30h

SIM/CENTRO
Qtª das FONSECAS, Lomba da Arregaça, Lt. 5 – Sala 5
3030 - 243 COIMBRA
Tel. 239 484 137 - Fax 239 481 329
simcentro@simedicos.pt
simcentro@mail.telepac.pt
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
sindicatomedicosmadeirasim@gmail.com

SIM/NORTE
R. do Campo Alegre, 830 - 2º Sala 7 4150 - 171 PORTO
Tel. 226 001 266 - Fax 226 001 135
simnorte@simedicos.pt
simnorte@sapo.pt
Das 10,30 às 17,00h

GABINETE JURÍDICO

Advogados
Dr. Jorge Pires Miguel / Dr. António Luz / Dr. Guilherme Martins Franco

SEDE NACIONAL

Tel. 217 826 730 / Fax 217 826 739 - Às 3ªs e 5ªs das 17,00 às 19,00h

SIM/CENTRO
Tel. 239 484 137 / Fax 239 481 329
Às 5ªs das 16,00 às 18,00h

SIM/NORTE
Tel. 226 001 266 / Fax 226 001 135
Segundas 5ªs e últimas 6ªs do mês das 10,30 às 13,00h

SUMÁRIO

ESTAR OU NÃO ESTAR SINDICALIZADO... EIS A QUESTÃO!

Editorial	03
Apreciações jurídicas; Actividades específicas; Descansos Compensatórios	04
Acesso a registos clínicos; Minuta da desresponsabilização.	05
Impedimentos dos médicos aposentados; Prestação Infor. Clínica ao MP ..	06
Valor do silêncio da Administ.; Licenças sem vencimento	07
Jornada contínua – Folgas	08
Inscrição em lista nominativa na área da MGF; Limite do trabalho extraordinário dos médicos em RCTFP; CIT	09
Férias do Ano Comum; Folgas dos Internos	10
Incompatibilidade Aposentados ; Orientações da DGS	12
Exercício Técnico da Medicina ..	14
Cumprimentos ao novo Ministro	16
Notícias várias	17
Legislação	24
Ficha de Sócio	25
Direitos do Sócio	26
Isla Canela	27

Os últimos desenvolvimentos legislativos e as medidas de austeridade anunciadas, entre as quais as de redução da despesa com o trabalho extraordinário, mostram à saciedade que a única protecção dos trabalhadores médicos ainda reside nos resultados da negociação colectiva encetada em 2009 e nos acordos colectivos de trabalho (para os médicos em RCTFP o ACT 2/2009, publicado no DR, 2.ª série, 13.X e para os médicos em CIT o ACT publicado no BTE 41, 8.XI.2009) celebrados, acordos esses que num Estado de direito prevalecem para os médicos sindicalizados.

Aliás, tal está explícito quer na Lei 55-A/2010, 31.XII, o Orçamento do Estado para 2011, no seu art.º 32º -3 (*"O disposto no presente artigo prevalece sobre as disposições legais, gerais ou especiais, contrárias e sobre todos os instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho, com excepção das disposições sobre trabalho suplementar e nocturno constantes de legislação especial e de instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho aplicáveis aos profissionais de saúde, sendo directa e imediatamente aplicável, dada a sua natureza imperativa, aos trabalhadores a que se refere o número anterior"*) quer no DL 237/2010 art. 5.º/2, de 28.XII, que a antecede (*"O disposto no presente artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, gerais ou excepcionais, contrárias e sobre todos os instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho não celebrados ao abrigo do Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas, sendo directa e imediatamente aplicável, dada a sua natureza imperativa, aos trabalhadores a que se refere o número anterior"*) o salvaguardam.

Tão importante e decisivo é este mecanismo da negociação colectiva que ele foi devida e correctamente salvaguardado nas duras medidas do Memorando de Entendimento celebrado com a dita "Troika".

A conflituosidade e o desrespeito de muitas administrações pelos direitos e regras laborais no trabalho médico têm tendência a crescer. Sucedem-se as medidas gestórias de redução da despesa, quiçá pondo em risco a qualidade da prestação de cuidados de saúde, e num contexto em que são entidades governamentais como a Direcção Geral de Saúde a assumir competências técnicas de outrem.

Estranhamente, ou não, as deliberações imperativas das Comissões Paritárias dos ACT's aguardam há meses por publicação em DR e em BTE.

O SNS esvazia-se quantitativa e qualitativamente com as aposentações antecipadas de quem diz "Chega, estamos fartos!". Enquanto isso, invoca-se não ser possível em contexto de crise negociar uma grelha salarial para horários de 40 horas semanais e gasta-se bem mais na contratação de médicos através de empresas prestadoras de serviços ou no pagamento de horas extraordinárias...

Pelo que não admira que a actividade do nosso Departamento Jurídico tenha continuado a aumentar em 2010 (5,16 % de consultas jurídicas, 15,26 % de pareceres e informações, 5,05% de diligências e 18,88% de processos em curso).

Os médicos têm noção disso e as novas filiações no SIM continuam a crescer (209 em 2009, 223 em 2010), tendência que se acentua durante 2011.

O Sindicato Independente dos Médicos - SIM continua, como no passado recente, disponível para colaborar na melhoria contínua dos cuidados assistenciais prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. Assim o queiram.

Jorge Silva
Secretariado Nacional do SIM

Boletim do SIM

Ficha Técnica

Director
Carlos Arroiz

Conselho de Redacção

Alcides Catré, Ana Carvalho Marques, António Passarinho, António Soure, Carlos Santos, Daniel Araújo, João Dias, João Moura Reis, Jorge Roque Cunha, Jorge Silva, Luísa Ferraz, Miguel Cabral, Paulo Simões, Ricardo Mexia, Teresa Fonseca.

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
Paulo Simões, 2004 - Regresso ao Passado?...

Edição, Publicidade e Propriedade
Sindicato Independente dos Médicos - SIM

Publicação Trimestral
Preço: 1,25 €
Tiragem: 7.500 exemplares
Depósito Legal: 21016/88
Inscrito com o n.º 117467 na DGCS

Impressão
GRAFEMA
Parque Industrial Parkim
Rua dos Lirios, 2 - Lt 5 - Fracção C
2860 - 274 ALHOS VEDROS
Tel. 212 944 400 - Fax 212 944 399
E-mail: graf@grafema.pt

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

Nos termos da legislação em vigor, a remuneração mensal dos médicos das USF integra uma remuneração base, correspondente à remuneração da respectiva categoria e escalão, em regime de trabalho de dedicação exclusiva e horário de trinta e cinco horas semanais, relativa à responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde aos utentes da respectiva lista, com a dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, suplementos e compensações pelo desempenho.

São considerados os seguintes suplementos: (1) suplemento associado ao aumento das unidades ponderadas; (2) suplemento da realização de cuidados domiciliários; (3) suplemento associado às unidades contratualizadas do alargamento do período de funcionamento ou cobertura assistencial. Acresce ainda um suplemento remuneratório para o Coordenador da USF, no valor de 910€, e um suplemento para o orientador de formação do internato complementar de medicina geral e familiar, no valor de 520€.

A compensação pelo desempenho integra a compensação associada ao desenvolvimento das actividades específicas e a compensação associada à carteira adicional de serviços, quando contratualizada.

Sempre que não exista base para o cálculo das unidades

ponderadas das actividades específicas, 24 meses de histórico, dos médicos associados ao desempenho, e respectiva qualidade assistencial, deve ser considerada a atribuição de oito unidades contratualizadas por médico, ou seja, o equivalente a um máximo de 1.040€/médico.

No que se refere ao suplemento associado ao aumento de unidades ponderadas, a lista de utentes inscritos por cada médico tem uma dimensão mínima de 1917 unidades ponderadas, a que correspondem, em média, 1550 utentes de uma lista padrão nacional.

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

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

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

DESCANSOS COMPENSATÓRIOS

Sobre a matéria dos *descansos compensatórios*, vigoram aqui as normas que diflúem da cl.^a 41.º/4, ACT aplicável ao associados do SIM, publicado no DR, 2.^a série, 13.X.2009, que determina que “No caso de trabalhadores médicos com funções assistenciais, sempre que devam exercer a sua actividade por mais de oito horas num período de vinte e quatro horas em que executem trabalho nocturno durante todo o período referido no n.º 1¹, fica garantido, no período diário de trabalho seguinte, um descanso compensatório correspondente ao tempo de trabalho que, nas vinte e quatro horas anteriores, tiver excedido as oito horas”.

Numa escala em SU típica de 12 h, ter-se-á uma compensação de descanso de 4 h no período diário de trabalho seguinte; numa escala em SU típica de 24 h, ter-se-á uma compensação de descanso de 8 horas no período diário de trabalho seguinte².

Este descanso compensatório implica necessariamente que o trabalhador médico não tem que repor mais tarde as horas de trabalho não prestado, correspondentes ao descanso. Isto é, se o trabalhador médico, segundo o seu horário de trabalho, estava obrigado à prestação, por exemplo, de 7 h no dia seguinte a ter prestado 12 h no serviço de urgência, não terá de repor as primeiras 4 h ($12h-8h = 4h$).

O exercício deste direito, goza de carácter automático, pelo que não carece de ser requerido superiormente. Não obstante, ainda assim é de recomendar que o trabalhador médico interessado em começar a usufruir deste direito, não o tendo exercido no passado recente (desde a entrada em vigor do ACT, após 13.X.2009), não o faça inopinadamente, sem pelo menos avisar com uma antecedência não inferior a 30 dias que irá proceder desta forma.

Por cautela, tal anúncio deve assumir o modo escrito, com expressa menção da data a partir da qual o trabalhador médico não abdica do descanso compensatório.

no dia seguinte, sabendo-se que, por regra, esse corresponde a 7 ou 8 horas (no máximo, corresponderá a 9 horas no caso dos médicos que transitaram para a carreira especial médica, oriundos do regime do DL 73/90, 6.III e continuam a praticar 42 horas semanais).

¹ Trata-se do compreendido entre as 22 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte.

² Há que notar que a cl.^a acima transcrita refere “no período diário de trabalho seguinte”, razão pela qual o descanso compensatório não pode ser superior ao concreto “período diário de trabalho” que o trabalhador médico deva cumprir

ACESSO A REGISTOS CLÍNICOS POST-MORTEM NOS ACES

O acesso a registo clínico, depois da morte do utente é muito limitado, constitui mesmo um *numerus clausus*.

No caso dos pedidos das companhias seguradoras, faz-se depender o acesso da pré-existência inequívoca de autorização, designada e tipicamente se constar do próprio contrato (apólice) de seguro.

A isto há que adicionar a questão da *extensão* dos dados a aceder.

Este ponto é muito relevante, na medida em que o acesso deve ser de carácter *restrito*, isto é, deve apenas comportar as informações que se conexassem com a situação em apreço, por regra as que se liguem à doença geradora do evento morte.

A determinação de tais contornos conduz-nos ao problema

da *forma* a propósito da competência institucional para disponibilizar.

É correcto o entendimento de que, actualmente, no seio orgânico dos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde primários, a autorização provenha do respectivo director executivo.

Não obstante, a filtragem, em particular da *extensão*, do conteúdo da informação, deve caber ao director clínico, ou no médico que por este disso seja encarregue.

Na verdade, em se tratando de informação clínica *post mortem*, há que restringi-la ao que se demonstra necessário e suficiente para o fim em vista, e nada mais. Deste raciocínio, apenas um médico é capaz.

Outubro 2010

MINUTA DA DESRESPONSABILIZAÇÃO

A minuta abaixo reproduzida, serve para o protesto a formular, face às situações ilegais e ofensivas dos deveres, nomeadamente funcionais e deontológicos, a que estão os médicos sujeitos.

Esta deve ser elaborada em duplicado, ficando na posse do interessado um exemplar depois de devidamente carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o recepcionar.

*Exmº Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do Hospital de _____*

F _____ (*identificação pessoal e profissional completa*), nos termos e para os efeitos do art. 271º, da Constituição da República Portuguesa, e do art. 5.º, do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas, contido na L 58/2008, 9.IX, vem apresentar o seu protesto formal, e, nessa medida, reclamar, da _____ (*indicar o teor da ordem recebida e ou descrever concretamente a situação existente contra a qual se formula a presente declaração*), visto que se prognosticam causadores de acentuado acréscimo da probabilidade do cometimento involuntário de erro clínico causador de prejuízos, eventualmente muito graves, na saúde e na vida dos doentes postos a cargo desta instituição, uma vez que _____ (*enunciar as razões técnicas, relativas à boa prática clínica que se considere pertinente desde já aduzir*).

O presente protesto visa, portanto, que a responsabilidade do signatário se considere excluída, transmitindo-se as consequências do respectivo cumprimento para os órgãos e pessoas suas titulares, de quem emanou aquela instrução (*ou, se for caso disso, que instituíram ou geraram a situação acima descrita*), bem como para os demais superiores hierárquicos envolvidos na respectiva prolação, transmissão e execução.

Local e data

O Médico,

IMPEDIMENTOS DOS MÉDICOS APOSENTADOS

Nos termos dos art. 78º do Estatuto da Aposentação, na redacção introduzida pelo DL n.º 137/2010, de 28.12, os aposentados não podem exercer funções públicas remuneradas para quaisquer serviços da administração central, regional e autárquica, empresas públicas, entidades públicas empresariais, entidades que integram o sector empresarial regional e municipal e demais pessoas colectivas públicas, excepto quando haja lei especial que o permita ou quando, por razões de interesse público excepcional, sejam autorizados pelos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública.

Importa, assim, ter também em consideração o que se encontra definido no DL n.º 558/99, de 17.12, republicado pelo DL n.º 300/2007, de 23.08, que estabelece o regime do sector empresarial do estado, particularmente o previsto nos seus arts. 2º e 3º.

Assim, nos termos do primeiro daqueles artigos, o sector empresarial do Estado integra as empresas públicas e as empresas participadas, sendo que as empresas participadas são as organizações empresariais que tenham uma participação permanente do Estado ou de quaisquer outras entidades públicas estaduais, de carácter administrativo ou empresarial, por forma directa ou indirecta, desde que o conjunto das participações públicas não origine qualquer das situações previstas para as empresas públicas, que adiante veremos. Consideram-se participações permanentes as que não tenham objectivos exclusivamente financeiros, sem qualquer intenção de influenciar a orientação ou a gestão da empresa por parte das entidades participantes, desde que a respectiva titularidade não atinja uma dura-

ção, contínua ou interpolada, superior a um ano, presumindo-se a natureza permanente das participações sociais representativas de mais de 10 % do capital social da entidade participada, com excepção daquelas que sejam detidas por empresas do sector financeiro.

No que se refere às empresas públicas, são assim consideradas as sociedades constituídas nos termos da lei comercial, nas quais o Estado ou outras entidades públicas estaduais possam exercer, isolada ou conjuntamente, de forma directa ou indirecta, uma influência dominante em virtude de i) detenção da maioria do capital ou dos direitos de voto ou de ii) direito de designar ou destituir a maioria dos membros de administração ou de fiscalização. São ainda consideradas empresas públicas as entidades públicas empresariais.

Desta forma, considerando todas as normas em presença, os médicos aposentados não poderão prestar trabalho, a não ser nos termos do DL n.º 85/2010, quaisquer serviços da administração central, regional e autárquica, em empresas públicas ou em empresas participadas integradas no sector empresarial regional e municipal.

Pelo que, em nosso entender, apenas poderão prestar serviço em entidades privadas e empresas participadas do sector empresarial do Estado, não regional ou municipal.

Assim, a questão prender-se-á muitas vezes que o conhecimento da composição do capital e dos direitos dos sócios das sociedades comerciais que exploram os hospitais em causa, características que desconhecemos.

No que se refere à sua clínica privada, naturalmente que pode ter doentes com seguros de saúde, nada havendo que o impeça.

PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA AO MINISTÉRIO PÚBLICO

No âmbito de um processo de inquérito, a determinação de um magistrado do Ministério Público para que lhe seja remetida “fotocópia integral da documentação clínica” de certo doente, esbarra com o *dever de sigilo*, a que o médico está vinculado.

O médico só pode fornecer os elementos constantes de um certo processo clínico que esteja legitimamente em sua mão, se para tanto:

- (i) Lhe for tal solicitado pelo próprio ou pelo seu legal representante;
- (ii) Se, a solicitação de outrem, inclusive um Juiz de qualquer Tribunal, obtiver prévia dispensa do sigilo, nos termos do disposto no art. 85.º e ss, do Código Deontoló-

gico da Ordem dos Médicos.

Em todos os demais casos, como no presente, a resposta deve ser negativa, e justamente fundamentada na proibição da quebra do dever de sigilo.

Algo diferente, é saber se pode ser prestada, no caso em apreço, “informação sobre o tempo de doença e de incapacidade para o trabalho”. Neste particular – e sempre sem nada mais desvendar – pode admitir-se que estes dados sejam revelados. Ainda assim, quem o deve fazer não será o médico, mas sim o próprio serviço ou, pelo menos, deve o médico obter prévia autorização do seu superior hierárquico para externalizar tal informação.

VALOR DO SILÊNCIO DA ADMINISTRAÇÃO

No que se refere ao tema em epígrafe, também importante para resposta adiante sobre o tema da aprovação do gozo de férias, convém atender a que a ausência de resposta da administração a determinado pedido pode ter um de dois significados: a sua aceitação ou a sua recusa.

No primeiro caso temos o **deferimento tácito** previsto no art. 108º do CPA.

Apesar da aparência de abrangência concedida pelos n.ºs 1 e 2 do mencionado artigo, o deferimento tácito é a exceção, tendo apenas aplicação nos casos previstos no n.º 3 do mesmo artigo:

- a. Licenciamento de obras particulares;
- b. Alvarás de loteamento;
- c. Autorizações de trabalho concedidas a estrangeiros;
- d. Autorizações de investimento estrangeiro;
- e. Autorização para laboração contínua;
- f. Autorização de trabalho por turnos;
- g. Acumulação de funções públicas e privadas.

Podem existir também situações específicas de deferimento tácito previstas em legislação especial.

O deferimento tácito opera-se no fim de prazo especificamente previsto na lei ou, na ausência de previsão, no prazo de 90 dias úteis a contar da formulação do pedido ou da apresentação do processo para esse efeito – conjugação dos arts. 72º e 108º, n.º2, do CPA.

A regra geral é, contudo, a do **indeferimento tácito**, previsto no art. 109º do mesmo Código, operando-se este também no prazo de 90 dias úteis, salvo o disposto em lei especial, contado a partir:

- a. Da entrada do requerimento ou petição no serviço competente, quando a lei não imponha formalidades especiais para a fase preparatória da decisão;
- b. Do termo do prazo fixado na lei para a conclusão daquelas formalidades ou, na falta de fixação, do termo dos três meses seguintes à apresentação da pretensão;
- c. Da data do conhecimento da conclusão das mesmas formalidades, se essa for anterior ao termo do prazo aplicável de acordo com a alínea anterior.

Pelo que na generalidade das situações a ausência de resposta da administração a pedido determinado deve considerar-se como indeferimento tácito, ou seja, negação da pretensão concreta em causa.

Entre estas situações de indeferimento inclui-se a do pedido do gozo de férias para dia certo, pelo que nada sendo dito não pode o médico presumir que o mesmo foi aprovado, mas deve presumir exactamente o contrário.

LICENÇAS SEM VENCIMENTO

As licenças sem vencimento estão actualmente previstas nos artigos 234º e ss do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, podendo ser concedidas pela entidade empregadora pública a pedido do trabalhador, pelo período que ambos acordarem, portanto, não está determinado qualquer máximo ou mínimo de tempo para gozo da licença.

As únicas licenças que não podem ser recusadas, ou, aliás, podem apenas com fundamentos muito específicos, são as destinadas a “frequência de cursos de formação ministrados sob a responsabilidade de uma instituição de ensino ou de formação profissional no âmbito de programa específico aprovado por autoridade competente e executado sob o seu controlo pedagógico ou frequência de cursos ministrados em estabelecimento de ensino”.

A concessão da licença determina a suspensão do contrato, não contando o respectivo período para efeitos

de antiguidade, sendo que nas de duração inferior a um ano o trabalhador tem direito à ocupação de um posto de trabalho no órgão ou serviço quando terminar a licença, nas restantes o trabalhador que pretenda regressar ao serviço e cujo posto de trabalho se encontre ocupado, deve aguardar a previsão, no mapa de pessoal, de um posto de trabalho não ocupado, podendo candidatar-se a procedimento concursal para outro órgão ou serviço para o qual reúna os requisitos exigidos.

Existe ainda uma licença específica, prevista nos artigos 21º e 22º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, contido no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, para contratação “por entidades privadas pertencentes ao sistema de saúde”, a conceder pelo Ministro da Saúde e com duração máxima de 10 anos, podendo o funcionário optar por continuar a efectuar descontos para a aposentação ou reforma, sobrevivência e ADSE.

INTERVALO DE DESCANSO JORNADA CONTÍNUA - FOLGAS

No que se refere à primeira questão colocada, naturalmente, que se não afigura possível a prestação de 12 horas de trabalho normal em serviço de urgência imediatamente após o fim da jornada de trabalho normal de determinado dia, i.e. sem o necessário intervalo de descanso.

Impõe o artigo 138º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aplicável aos médicos com vínculos de natureza pública, a existência de um período de descanso de 11 horas seguidas entre dois períodos diários de trabalho consecutivo.

Assim, entre o fim de uma jornada de trabalho e o início de outra, sendo irrelevante o facto de ser ou não no serviço de urgência, tem de mediar sempre um período de, pelo menos, 11 horas seguidas.

Quanto à jornada contínua, esta está actualmente apenas prevista, para os médicos vinculados por contrato de trabalho em funções públicas, na cláusula 38ª do ACT n.º 2/2009, de 13 de Outubro, aplicável aos médicos sindicalizados.

Assim, aquela jornada consiste na prestação ininterrupta de trabalho, exceptuando um único período de descanso não superior a 30 minutos que, para todos os efeitos, se considera tempo de trabalho e deve ocupar, predominantemente, um dos períodos do dia e determinar uma redução do período normal de trabalho diário não superior a uma hora.

A jornada contínua pode ser autorizada nos seguintes casos:

1. Trabalhador médico progenitor, ou adoptante nas mesmas condições, com filhos até à idade de 12 anos, ou, independentemente da idade, com deficiência

ou doença crónica;

2. Trabalhador médico que, substituindo-se aos progenitores, tenha a seu cargo neto de idade inferior a 12 anos;
3. Trabalhador médico adoptante, ou tutor, ou pessoa a quem foi deferida a confiança judicial ou administrativa do menor, bem como cônjuge ou a pessoa em união de facto com qualquer daqueles ou com progenitor que viva em comunhão de mesa e habitação com o menor;
4. Trabalhador-Estudante;
5. No interesse do trabalhador médico, sempre que outras circunstâncias relevantes, devidamente fundamentadas o justifiquem;
6. No interesse do serviço, quando devidamente fundamentado.

Ora, para além de ser uma forma de organização do horário de trabalho semanal, pelo que a existir deve abranger a totalidade dos dias de semana, implica, em qualquer caso, uma redução do tempo de trabalho que não deve ser compensada.

Assim, estamos perante jornada contínua sempre que exista a referida prestação ininterrupta de trabalho, independentemente do número concreto de horas ou do serviço no qual são as mesmas prestadas.

Mais se apresenta minuta, no que se refere às suas folgas em falta, que deverá elaborar em duplicado, ficando com um exemplar devidamente datado, carimbado e rubricado pelo funcionário que o receber.

*Exm.º Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do _____*

F _____ (identificação pessoal e profissional completa), vem requerer o gozo, nos termos do art. 13º, n.º1, do DL 62/79, de 30.03, dos descansos compensatórios devidos pela prestação de trabalho nos dias _____ (incluir todas as datas que conferem direito às folgas).

Os descansos acima indicados devem ser gozados até _____, uma vez que a partir dessa data a requerente já não se encontrará afectada a essa instituição.

Local e data

*PEDE DEFERIMENTO
A MÉDICA,*

INSCRIÇÃO EM LISTA NOMINATIVA NA ÁREA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Todo e qualquer médico da área de medicina geral e familiar que possua vínculo em regime de contrato de trabalho em funções públicas e que detenha a qualidade de trabalhador médico associado do SIM, goza da protecção do ACT 2/2009, 13.X, pelo que, quer possua a categoria de assistente, de assistente graduado ou a de assistente graduado sénior, e qualquer que seja a modalidade de horário de trabalho que pratique (35 ou 42 horas semanais) está obrigado a, entre outras actividades, “Prestar cuidados de saúde globais e continuados aos inscritos em lista nominativa, de número não superior a 1550, por quem é responsável, individualmente e em equipa, bem como desenvolver actividades de prevenção das doenças e, ainda, promover a gestão da sua lista”.

Isto é o que resulta do disposto na cláusula 11.ª/1, a), do referido ACT 2/2009.

Sendo assim, o trabalhador médico pode obstar a que pela via administrativa e sem o seu prévio consentimento, seja acrescentada qualquer nova inscrição de utentes na sua lista, logo que se atinja o número 1550.

Não obstante, se tal se verificar, cabe ao trabalhador médico, por escrito, manifestar à direcção do seu estabelecimento de saúde, que (i) discorda das inscrições que ultrapassem o referido limite máximo, porque contrárias à garantia que lhe é conferida pelo seu ACT, bem como que (ii) os utentes que estejam para além dos número de 1550, devem ser retirados da sua lista.

LIMITE DO TRABALHO EXTRAORDINÁRIO DOS TRABALHADORES MÉDICOS EM RCTFP

Para os trabalhadores médicos em RCTFP, existem os seguintes limites na prestação do trabalho extraordinário:

- (i) Por dia, 2 horas, fora dos casos previstos abaixo em
 - (ii) - artigo 161.º/1, b), RCTFP, anexo à Lei 59/2008, de 11 de Setembro;
- (ii) Por semana, 12 horas, num período único, em se tratando de trabalho a prestar no serviço de urgência,

em unidades de cuidados intensivos e em unidades de cuidados intermédios, e até que perfaçam 55 anos de idade – cláusula 43.ª/5/6, ACT 2/2009, de 13 de Outubro;

- (iii) Por ano, 200 horas – cláusula 42.ª/6, ACT 2/2009, de 13 de Outubro.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABALHO

No que se refere à primeira questão, conforme lhe comunicámos na nossa última informação, é entendimento deste gabinete jurídico de que o ACT vigora no Centro Hospital Viseu-Tondela.

Assim sendo sobrepõe-se, por uma questão de hierarquia, ao que for definido no Contrato Individual de Trabalho a celebrar.

Significa que mesmo assinando contrato com indicação de 24 h de trabalho normal em serviço de urgência, apenas poderá ser obrigada a desempenhar 12h, podendo exigi-lo a todo o tempo.

Pelo que não terá, nesse aspecto, qualquer prejuízo em assinar o contrato, a não ser que a sua remuneração seja muito superior à que normalmente correspondente às suas funções e tenha como contrapartida essa prestação *espe-*

cial, situação em que poderiam ser levantadas diversas questões de resolução jurídica não totalmente inócua.

Quanto à sua segunda questão, aplicando-se o ACT a sua vinculação não está sequer dependente do decurso do período experimental, estando vinculada através de CIT sem termo, desde que continuando a prestar trabalho para o hospital, no dia seguinte à homologação do final do seu internato.

Aplicando-se o Código do Trabalho teria um período experimental de 180 dias considerando a complexidade técnica, o elevado grau de responsabilidade e a necessária qualificação especial.

Esse CIT teria as características correspondentes à sua específica prestação prática, ou seja, a remuneração e o período normal de trabalho correspondentes ao internato.

FÉRIAS NO ANO COMUM DO INTERNATO

Nos termos do artigo 17º do Decreto-Lei n.º 203/2004, na sua actual redacção, “aos médicos internos é aplicado, com as excepções previstas nos números seguintes, o regime de férias, faltas e licenças em vigor no regime do contrato de trabalho em funções públicas para os trabalhadores em contrato de trabalho a termo resolutivo incerto”.

Ora, nos termos do artigo 172º do Regime do Contrato de

Trabalho em Funções Públicas, aprovado pela Lei n.º 59/2008, “no ano da contratação, o trabalhador tem direito, após seis meses completos de execução do contrato, a gozar 2 dias úteis de férias por cada mês de duração do contrato, até ao máximo de 20 dias úteis”.

Em Janeiro do ano seguinte ao da contratação vencer-se-ão, nos termos do artigo 173º do mesmo Regime, 25 a 28 dias úteis de férias consoante a idade do trabalhador.

FOLGAS DOS INTERNOS

Começaria por chamar a atenção para o facto de, nos termos do artigo 16º, n.º 3, do Regime do Internato Médico, criado pelo Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, na redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Março, e republicado com este último diploma, os horários dos internos são estabelecidos e programados em termos idênticos aos dos médicos da carreira, tendo em conta as actividades do internato.

Assim, no caso dos internos em estabelecimentos hospitalares, aplica-se, em igualdade de circunstâncias com dos demais trabalhadores em funções públicas, o estatuído pelo Decreto-Lei n.º 72/69, de 30 de Março.

Pelo que têm direito a um dia de descanso a gozar nos oito dias seguintes por todo e qualquer trabalho prestado em Domingo, feriado e dia de descanso semanal quanto este não coincida com o Domingo.

Os médicos internos que sejam sindicalizados tem, ainda, direito ao descanso previsto na cláusula 41ª, n.º 4, do ACT n.º 2/2009, de 13 de Outubro, relacionado com o descanso após a prestação de trabalho nocturno.

No que a este último diz respeito, a comissão paritária criada para interpretação das normas contidas no ACT n.º 2/2009, aprovou já a deliberação que a seguir se transcreve:

“No que respeita à Cláusula 41ª, a principal dúvida prende-se com a interpretação do disposto no n.º 4, em particular no que concerne ao gozo do descanso compensatório ali previsto.

Ora, a mencionada Cláusula 41ª, sob a epígrafe “Trabalho nocturno” prescreve o seguinte:

“1 - Considera-se período de trabalho nocturno o com-

preendido entre as 22 horas de um dia e as sete horas do dia seguinte, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 - *Para os trabalhadores médicos integrados em serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde, considera-se período de trabalho nocturno o compreendido entre as 20 horas e as oito horas do dia seguinte.*

3 - *Entende-se por trabalhador nocturno aquele que execute, pelo menos, três horas de trabalho normal nocturno em cada dia ou que possa realizar durante o período nocturno uma parte do seu tempo de trabalho anual correspondente a três horas por dia.*

4 - *No caso de trabalhadores médicos com funções assistenciais, sempre que devam exercer a sua actividade por mais de oito horas num período de vinte e quatro horas em que executem trabalho nocturno durante todo o período referido no n.º 1, fica garantido, no período diário de trabalho seguinte, um descanso compensatório correspondente ao tempo de trabalho que, nas vinte e quatro horas anteriores, tiver excedido as oito horas.*

5 - *A partir da data em que perfaçam 50 anos de idade, os trabalhadores médicos, se o declararem, ficam dispensados da prestação de trabalho no período compreendido entre as 20 horas e as oito horas do dia seguinte.”*

Do n.º 4 supratranscrito decorre que sempre que o trabalhador médico, com funções assistenciais, execute trabalho nocturno durante todo o período compreendido entre as 22 horas de um dia e as sete horas do dia seguinte, ser-lhe-á assegurado um descanso compensatório.

Este descanso compensatório terá lugar nas 24 horas

posteriores ao fim da prestação de trabalho nocturno e corresponde ao tempo de trabalho que, nas vinte e quatro horas anteriores, tiver excedido oito horas.

A elaboração do horário individual de cada médico deve ter em conta o direito ao referido descanso obrigatório.

Dois exemplos:

- 1º. Se o médico prestou serviço entre as 20 horas de um dia e as 8 horas do dia seguinte, significa que tem direito, no período diário de trabalho seguinte, no pressuposto de se realizar no período de 24 horas a contar do *términos* do período de trabalho que lhe conferiu aquele mesmo direito, a um descanso compensatório correspondente a 4 horas.
- 2º. No caso em que é prestado um período de trabalho consecutivo superior a 12 horas, por exemplo, de 24 horas, e também no pressuposto de que a sua jornada de trabalho seguinte se realize no período de 24 horas

referido no exemplo anterior, o médico tem direito a um descanso compensatório correspondente ao número de horas igual ao da sua jornada de trabalho seguinte (podendo esta ser de 7, 8 ou 9 horas, consoante o período normal de trabalho do trabalhador em concreto)”.

As normas acima indicadas são aplicáveis aos internos que, desta forma, tem os mesmos direitos que os médicos inseridos na carreira.

Sugerimos, assim, a entrada de requerimentos, cujas minutas seguem em anexo e devem ser elaboradas em duplicado, ficando o médico com um exemplar devidamente, datado, carimbado e rubricado pelo funcionário que o receber.

Perante resposta negativa ou falta de resposta poder-se-á encetar o recurso aos meios judiciais.

Minuta para trabalho prestado em domingo, feriado e dia de descanso semanal quando este não coincida com o domingo

Exmº. Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do _____

F _____ (*identificação pessoal e profissional completa*), vem requerer o gozo, nos termos do art. 13º, n.º1, do DL 62/79, de 30.03, dos descansos compensatórios devidos pela prestação de trabalho nos dias _____ (*incluir todas as datas que conferem direito às folgas*).

Local e data,

PEDE DEFERIMENTO
O MÉDICO,

Minuta para trabalho prestado em período nocturno

Exmº. Senhor Presidente
do Conselho de Administração
do _____

F _____ (*identificação pessoal e profissional completa*), vem, médico sindicalizado no Sindicato Independente dos Médicos requerer o gozo, nos termos da cláusula 41ª, n.º4, do ACT n.º2/2009, de 13.10, do período de descanso compensatório devido pela prestação de trabalho no dia _____ entre as ____ h e as ____ h.

Local e data,

PEDE DEFERIMENTO
O MÉDICO,

INCOMPATIBILIDADES DOS APOSENTADOS

Nos termos do artigo 78º, n.º 1, do Estatuto da Aposentação, na redacção introduzida pelo Decreto-Lei n.º 137/2010, de 28 de Dezembro, “os aposentados não podem exercer funções públicas remuneradas para quaisquer serviços da administração central, regional e autárquica, empresas públicas, entidades públicas empresariais, entidades que integram o sector empresarial regional e municipal e demais pessoas colectivas públicas, excepto quando haja lei especial que o permita ou quando, por razões de interesse público excepcional, sejam autorizados pelos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública”.

Considerando-se, conforme o estatuído pelo n.º 3, do

mesmo artigo, abrangidos:

- a) Todos os tipos de actividade e de serviços, independentemente da sua duração, regularidade e forma de remuneração;
- b) Todas as modalidades de contratos, independentemente da respectiva natureza, pública ou privada, laboral ou de aquisição de serviços.

Assim, terão, efectivamente que optar, se continuam a prestar serviços, pelo recebimento da pensão de aposentação ou da remuneração própria aos serviços prestados.

“ORIENTAÇÕES” DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1. Existem publicadas, num número que nesta data ascende a 28, umas denominadas “Orientações” da Direcção-Geral da Saúde (DGS), tendo por destinatários, designadamente, “Serviços prestadores de cuidados do Sistema Nacional de Saúde”, “Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde”, “todos os Profissionais de Saúde do Serviço Nacional de Saúde”, etc., etc.

Estas “Orientações” versam sobre diversas matérias, avultando neste conjunto as que abordam temas especificamente de ordem clínica, com directo interesse para os profissionais da Saúde, desde logo para os trabalhadores médicos em geral, quer vinculados quer não dentro do universo do Sistema de Saúde português^{1/2}.

De acordo com o artigo 18.º/2, da Lei Orgânica do XIX Governo Constitucional (LO), “O Ministério da Saúde compreende os serviços, organismos e entidades referidos no Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro”.

Compulsado o artigo 4.º/ d), deste último diploma, verifica-se que a DGS integra a administração directa do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, como seu

serviço central. Por seu turno, o artigo 14.º/2, atribui à DGS, *apud alia*, as seguintes atribuições:

“b) Emitir orientações e desenvolver programas para melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde e promover a sua execução;

c) Elaborar e difundir orientações para desenvolvimento de instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e de normas e protocolos clínicos”.

Isto é, à DGS são cometidas funções de “orientação”, incluindo a formulação de “normas e protocolos clínicos”.

Por seu turno, o Decreto Regulamentar 55/2007, 29.V, na redacção que lhe conferiu o Decreto Regulamentar 21/2008, 2.XII, veio regulamentar a antecedente LO, a qual, neste ponto, é estruturalmente coincidente³.

Visto isto, impõe-se concluir que a DGS, por via das “Orientações” em análise, tem vindo a concretizar tais “normas e protocolos clínicos” que, destarte, se tornam aparentemente imperativos para todos os seus destinatários.

¹ Isto é, extravasam o Serviço Nacional de Saúde, embora aparentemente excluindo os Serviços de Saúde das 2 Regiões Autónomas, de acordo com o que prevê a Base VIII da Lei de Bases da Saúde (LBS), a L 48/90, 24.VIII.

² Por Sistema de Saúde, entende-se o que vem definido na Base XII, LBS.

³ Não só “regulou”, como até se permitiu “retocar”, com alguma dose de abuso, o diploma legal regulamentado, como se vê comparando os respectivos textos nas disposições que no segundo são, ou deveriam ser, fiéis tributárias do primeiro.

rios, a começar pelos médicos. Estes, enquanto trabalhadores médicos, estão deontológica e legalmente obrigados a garantir aos seus doentes os “melhores cuidados ao seu alcance”¹, tal qual lhes impõe o artigo 31.º, Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

2. Para definir o conteúdo do que sejam, em cada momento, os “melhores cuidados”, há que doravante ter presente o que conste de certa ou certas “Orientações” que se debrucem precisamente sobre determinado contexto de saúde ou de doença? Numa expressão consagrada, as “Orientações” da DGS, de seu modo, constituem a expressão das *leges artis* da profissão médica, a que, entre outros seus destinatários, os médicos não se podem furtar, nem sequer por invocada ignorância², valendo portanto como *fonte imediata de direito*³?

3. Como se pode ler na formulação actual do artigo 2.º/2, c), Decreto Regulamentar 66/2007, 29.V, a DGS goza da faculdade de

- (i) “elaborar e difundir normas de boas práticas” e
- (ii) “orientações para o desenvolvimento da excelência na prestação de cuidados de saúde”.

De um ponto de vista jurídico, qual é a natureza destas “normas” e “orientações”?

Primeiro, hão-de as mesmas ter por conteúdo material dispositivos técnicos, da área da Saúde, que se deverão inscrever no âmbito da actuação médica, mas também no de outros profissionais. Em se tratando de dispositivos regulatórios destinados a médicos, traduzir-se-ão em comandos imperativos, ou não? Constituem as “normas” e “Orientações” meras opções de actuação, exemplos de uma qualquer modalidade de hipóteses que o destinatário pode afastar, recorrendo a critérios técnicos e científicos diferentes ou até opostos? Ou seja, estar-se-á perante um *quadro normativo* ou um *catálogo orientador* meramente opcional, no sentido de que princípios consagrados como o *princípio da autonomia*⁴, as podem afastar?

A resposta deve ser negativa.

As “normas” e as “Orientações” em apreço, tais quais surgem, tendo em consideração a entidade pública de onde emanam, em especial levando em linha de conta a sua natureza, composição, atribuições e credenciação legal, por um lado, e tendo também em conta o recorte e finalidades consagradas nas normas legais e adminis-

trativas em presença, por outro lado, conduzem à conclusão que a DGS ao elaborá-las e difundi-las, está a exercer um poder de fixação normativo que em muitos casos redundará na enunciação das *leges artis* da Medicina ou se se preferir, numa catalogação *oficial* das regras desta arte.

Há que reconhecer que toda e qualquer “Orientação”, se erige como um conjunto de preceitos técnico-jurídicos que possuem a credenciação da lei e a rotulação típica que a mesma lei previu, com a força coactiva que desta advém.

Neste sentido, qualquer “Orientação” adquire a força de *norma jurídica de conteúdo técnico*.

De todo o modo, o raciocínio que vai exposto não significa que, doravante, a DGS esgote a competência, ou tenha chamado a si toda a competência que, na ordem pública portuguesa, permite fixar e revelar as *leges artis* da Medicina.

O que se deve ter em conta é que cada “Orientação” da DGS, depois de emanada, passa a ser *preceptiva*, i.e., obrigatória⁵. Esta oficialidade e carácter de obrigatoriedade, pode, em todo o caso, ser objecto de discussão em certos casos limite. É de ter em conta a possibilidade de uma “Orientação” poder constituir-se como perfilhadora de uma certa tese em curso nos *fori* científico, mas que não seja detentora de um genuíno consenso.

Neste caso, registado o diferendo, ficará aberta a discussão sobre se a opção da “Orientação” não é legítimo contrapor a solução, ou até as soluções, que dela divirjam no seio da comunidade médica.

Ao proceder-se assim, estar-se-á a homenagear o tal *princípio da autonomia técnica*, ele também com assento legal.

O desfecho destes diferendos encontrar-se-á, por certo, na análise muito fina e concreta do caso posto, havendo que reter aqui que a *excepção* à regra geral não está excluída neste campo.

Em síntese, o que se passa é que para validar uma conduta médica que se desvie da “norma” ou “Orientação” em causa, será sempre necessário estar-se em condições objectivas de demonstrar profusamente o caminho divergente escolhido.

¹ Este código foi aprovado pelo Reg 14/2009, 13.I.

² Vale aqui o *princípio de que a ignorância da lei não aproveita*— cfr. art. 6.º, CódCivil.

³ No sentido do art. 1.º/2, CódCivil.

⁴ O *princípio da autonomia técnica* dos médicos, extrai-se de diversos contextos, o primeiro dos quais é o acima referido Cód Deont., art. 32.º, onde surge sob a denominação de *liberdade de consciência*, conformada de harmonia com a *ciência*.

⁵ Não se entra aqui na discussão do problema da exaustão de uma determinada “Orientação”, com respeito à qual se deva colocar a questão de saber se, mais tarde, se vem, ou pode vir, a revelar desactualizada, antes de ser substituída, face aos, por vezes tão rápidos, desenvolvimentos técnicos e científicos dos saberes.

EXERCÍCIO TÉCNICO DA MEDICINA E TRABALHO MÉDICO NA RAM

A fim de esclarecer todos os médicos que trabalham na Região Autónoma da Madeira (RAM), foi enviado aos mesmos, o ofício abaixo transcrito.

“Estimado Colega,

O Sindicato Independente dos Médicos - SIM tem-se pautado pela defesa intransigente da qualidade do exercício técnico da Medicina e pela dignidade do trabalho médico. Os médicos que trabalham da Região Autónoma da Madeira têm merecido a nossa especial atenção num grave e ímpar momento de confronto. Compete-nos, em conjugação com o Secretariado Regional do SIM, dar-vos a nossa perspectiva sobre a RAM e a nossa intervenção em defesa de princípios e da verdade.

Contratação Colectiva - estão publicados e em vigor os Acordos de Empresa que colocam os médicos em igualdade juslaboral em relação ao médicos do continente. A protecção dos horários de trabalho, a consolidação do subsídio de fixação, a melhoria em relação a horas extra e ao seu cálculo, a obrigatoriedade de diferenciação técnica reconhecida para a direcção de serviço e a subordinação a regras nacionais de concurso e recrutamento, são uma mais-valia. A contratação colectiva pode revelar-se decisiva no conturbado momento financeiro que o País atravessa e em que se perspectiva, lendo o documento de compromisso com as instituições que salvaram Portugal de uma escamoteada bancarrota e o Programa do actual Governo, a pioria generalizada dos direitos laborais, salvo os que se encontrem a coberto de contratação colectiva resultante da recente reforma da administração pública, como é o caso da nossa.

Cortes Salariais - constantes da Lei do Orçamento de Estado para 2011, mereceram a nossa intervenção junto dos Senhores Deputados de que resultou pedido de inconstitucionalidade junto do Tribunal Constitucional. A esta deletéria acção junta-se o prometido corte no subsídio de Natal, via retenção extra de IRS. Os médicos são chamados a pagar a irresponsabilidade de quem nos governou mesmo se prestam reconhecido esforço num Serviço Nacional de Saúde por todos reconhecido como válido e distintivo de todos os demais serviços públicos.

Redução de Equipas de Urgência - Foi com surpresa que o sindicato tomou conhecimento da intenção de um médico (Dr. Fernando Silva), recém-empossado Director de Serviço, de reduzir unilateralmente as equipas médicas à revelia das instruções da Ordem dos Médicos e seus colégios de especialidade, intenção imediatamente autorizada pela Administração do SESARAM. É o primeiro caso que, a disseminar-se, traduzir-se-á em agravamento assistencial aos doentes e aumento do risco de negligência por insuficiência de meios humanos. A concretizar-se, esta infeliz decisão do colega Fernando Silva, que contradiz objectivamente os critérios de idoneidade definidos pela OM, originará a eventual perda de idoneidade do serviço que dirige, o que se lamenta a todos os níveis. Estas medidas inserem-se numa clara intenção de redução de custos com horas extraordinárias. Sendo aceitável e digna a intenção, choca com os desígnios técnicos a que os médicos se encontram obrigados e que juram defender pelo simples facto de o serem.

O conflito e a ameaça como modo primário de gestão - Após um período de acalmia (claramente assumida pelo SIM, após eleição da nova Ordem dos Médicos e com o estrito propósito de criar janelas de oportunidade para resolução de conflitos), voltaram a germinar múltiplas inquirições disciplinares a colegas médicos do SESARAM, estando o departamento jurídico do SIM a prestar apoio a mais uma vintena nos últimos 2 meses. Amedrontar e coagir os médicos podem ser os objectivos de qualquer administração mas os resultados em outras situações revelaram que acabam por voltar-se contra os perpetradores deste clima persecutório.

O SIM continuará a defender com determinação os seus sócios, não tendo sido condenado nenhum colega que nos tenha solicitado apoio jurídico e sindical neste tipo de situação. Estamos a diligenciar para que este tipo de situação disforme e insólita no SNS tenha sujeito identificado e cujo respectivo verbo punitivo seja exemplar.

Defesa da dignidade dos médicos - O Secretariado Nacional do SIM decidiu apoiar juridicamente os médicos que se sentiram caluniados pelo Sr. Director Clínico, Dr. Miguel Ferreira que, nos órgãos de comunicação social os classificou como "mal formados" entre outras adjectivações impróprias da sobriedade a que os médicos estão deontologicamente obrigados. As queixas-crime e cível já seguem o seu caminho processual e existe desde já a garantia que tais queixas irão até ao fim de forma a ser feita justiça. O SIM não hesitará em semelhante procedimento sempre que se ultrapassem as regras da urbanidade e se menospreze a honra, seja quem for o prevaricador, esconda-se ou não em imunidade.

Gestão das listas de espera - Notícias recentemente divulgadas na comunicação social em que o Sr. Director Clínico do SESARAM, Dr. Miguel Ferreira terá determinado que, doentes em lista de espera serão de alguma maneira excluídos por não haver eventual capacidade de resposta do hospital, merecem o total repúdio do SIM e da generalidade da classe médica. É moralmente injusto para aos utentes como para os seus médicos que, confrontados com a angústia dos doentes, são completamente alheios à decisão do Sr. Director Clínico e à actual política de gestão do SESARAM.

Tratamento de doentes estrangeiros no Sesaram - A Circular do SESARAM (que regulamenta a transferência de doentes para outras unidades de saúde) e as ameaças a médicos nela constantes tem tanto de intimidatória como de fútil. Todo o doente que não queira ser internado sem privacidade, sem apoio familiar permanente, sem conforto climático e com restrições alimentares pode ser transferido por sua decisão para onde quiser, pois compartilhamos um espaço de cidadania europeia cujas liberdades e garantias de escolha estão sobejamente estabelecidas. No entanto aconselhamos vivamente os colegas a absterem-se de comportamentos susceptíveis de ser considerados angariadores sob pena de um eventual procedimento disciplinar.

A construção do novo Hospital - O SIM manifesta a sua preocupação pela decisão anunciada de não construir um novo hospital na RAM mas sim adicionar um acrescento à envelhecida e rígida estrutura do Hospital Nélio Mendonça, agora que entrará na sua 5ª década de existência. A falta de privacidade para o doente, a manutenção exorbitantemente cara, a ausência de estacionamento próprios, a reduzida funcionalidade pela dispersão dos edifícios, ambientalmente custosos, e a degradação dos revestimentos e higienização limitada, exacerbam o risco biológico inerente, predizendo a necessidade duma estrutura nova e flexível, digna dos cuidados médicos que a população madeirense merece. Apoiaremos os debates e reflexões que possam facilitar uma alteração desta precipitada decisão.

Futuro - o fim efectivo da convenção, o fim do pagamento do trabalho extraordinário custosamente prestado pela classe, a implosão selectiva da Medicina Privada, a precarização do vínculo contratual médico, a partidarização completa da saúde desvirtuando o sentido de mérito individual e respeito pela ética e independência médicas, são cenários plausíveis que não devemos afastar e para os quais devemos estar alertados.

A renovação geracional - o arrastamento decisório do regresso dos médicos internos de 1º Ano à RAM tem custos brutais (perda de subsídio de fixação) e encerra perigos futuros. O cenário de perda efectiva de idoneidades parciais ou totais é crível para alguns serviços. A factura do desmando deve ser imputada e dirigida ao CA do Sesaram e ao Governo da RAM. Nem tudo se resolve com mentira, com arrogância e com prepotência.

A classe médica madeirense pode contar com o SIM na defesa inabalável da dignidade do trabalho médico honesto e dedicado. Os subterfúgios administrativos, a gestão arbitrária e as atitudes persecutórias feitas por qualquer médico em funções político-administrativas só fortalecem a nossa determinação e dotam a nossa luta de um carácter ético superlativo.

Durante muitos anos a Madeira foi líder visionária na gestão em saúde fruto da priorização do interesse público em detrimento de interesses pessoais, de interesses económicos e de motivações egocéntricas dos seus protagonistas. Tenhamos a vontade e igualmente a coragem de trabalhar para que tal volte a prevalecer.

Lisboa, 7 de Julho de 2011

O Secretariado Nacional"



Secretariado Nacional

CA/MP/07/11
Lisboa, 12 de Julho de 2011

Senhor Ministro da Saúde

Excelência,

Publicada a Lei Orgânica do XIX Governo Constitucional, aprovado o Programa de Governo e conhecidos os compromissos assumidos perante entidades europeias e financeiras, é tempo, estamos certos, de trabalho.

Neste contexto, sentindo a premência do momento e a urgência imaginativa que a crise requer, solicitamos a oportunidade de transmitirmos as nossas ideias e preocupações, em termos formais, crentes do interesse de Vossa Excelência no nosso contributo e experiência do sector, bem como, *maxime*, conhecer as propostas do Governo para a Saúde em geral e para o SNS em particular.

Com os melhores cumprimentos.

O Secretário-Geral
Carlos Arroz



LOW LEVEL MEDICINE

In Jornal Virtual
02-06-2011
Por: Carlos Arrozo

Quando, em 1999, acrescentei mais uma singela linha ao meu humilde curriculum de médico de família provinciano, então já ancião na categoria de assistente graduado concursado e inscrito no respectivo Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, cumprindo, com inusitado orgulho, o expatriamento para Timor, sob a alçada do Ministério dos Negócios Estrangeiros, estava longe de imaginar que em 2011 veria repetir, em Portugal, as propostas de soluções preconizadas pela OMS para os países pobres, em vias de desenvolvimento, subsarianos ou em transição de catástrofes, implacáveis guerras ou ocupações beligerantes.

Naquele cenário, em que um sorriso agradecido tudo nos fazia esquecer, a OMS e a Cruz Vermelha Internacional, acautelados os cuidados aos expatriados e cooperantes de ONG's, definia, com pragmática crueza, o destino organizativo daquele povo carente em matéria de Saúde - low level medicine – ou seja, os parques médicos como consultores e orientadores de políticas macro e outros prestadores, incluindo enfermeiros, na administração directa de cuidados e prescrição de medicamentos.

Hoje assisto, incrédulo, ao recrudescimento em Portugal de defensores da low level medicine, temperados e acicatados por ventos repressores de legitimidade de combate a interesses corporativos.

A Ordem dos Médicos, saída de um comprometedor afastamento da realidade social, necessita, com urgência, de reenquadrar os médicos como detentores do saber, disponíveis a qualquer escrutínio, abertos a auditorias, exigentes com a formação médica contínua, implacáveis com as derivações deontológicas dos seus pares e, sobretudo, pouco disponíveis para degradar o exercício técnico da Medicina e da Formação Médica, reduzindo as equipas nos Serviços, nos Blocos e nas Urgências.

Nesta semana tivemos dois bons exemplos de low level medicine: médicos em cargos de nomeação política a chamarem aldrabão e mentiroso ao Bastonário da Ordem dos Médicos (na Madeira) e os Enfermeiros que elegem a prescrição medicamentosa como uma das suas principais preocupações no Congresso da respectiva Ordem.

Sendo um optimista, mesmo que etiquetado de “clínico geral de Peniche, sem carreira médica conhecida” pelo meu colega António Almada Cardoso, especialista em Cardiologia e presidente do CA do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, tenho séria esperança que a nossa Ordem dos Médicos actue com firmeza e o faça em tempo.

RECUSE-SE O FACILITISMO... IGAS DETECTA ANOMALIAS NA PRESCRIÇÃO

In Jornal Virtual
10-06-2011

Segundo a comunicação social, numa acção (Relatório Actividades 2010) em que a IGAS avaliou as medidas implementadas na generalidade dos ACES para melhorar a qualidade da prescrição médica e a utilização racional do medicamento, esta inspecção terá concluído que apenas 42,6 por cento dos ACES promoveu o controlo médico sobre os níveis de prescrição em doentes crónicos. A IGAS chama a atenção para o facto de, em muitos casos, ser ausente “o controlo de registos clínicos, designadamente os registos dos contactos indirectos, que nem sempre expressavam de forma clara o motivo do contacto”.

Além disso foram ainda “identificadas situações em que os médicos admitem proceder à renovação do receituário, sem se certificarem da sua necessidade”...

Renova-se pois o alerta, já anteriormente feito aos médicos nossos associados, para a necessidade de adequados e correctos registos clínicos, o que poderá não se compadecer com um tão elevado número de consultas como acontece em alguns locais, e para a recusa em fazer a renovação de medicação crónica de modo cego e indiscriminado, nomeadamente aos incontáveis doentes sem médico de família.

AS SIV E A MORTE

COISAS DO ALENTEJO PROFUNDO

In Jornal Virtual
12-06-2011

"As ambulâncias do INEM, vulgarmente apelidadas de Suporte Imediato de Vida (SIV), e a "morte efectiva?" de um doente parece não funcionarem muito bem em conjunto.

Vejamos, quando um doente se sente mal em casa, sítio público ou outro lugar, apela ao número nacional de socorro e aparece uma SIV. Grande alarido, na pacata aldeia, vila ou cidade, lá vem o socorro prestado pelo TAES e pelo Enfermeiro, cheios de malas sacos botijas e enfim o que mais, mas a situação agrava-se corre mal e acaba pior (?), alguém diz que o doente morreu e desiste-se, da equipe, alguém de pronto diz a um familiar; têm de chamar o médico para certificar o óbito. Como? responde uma voz de pranto. Agora?

Pois, é agora é que isto começa.

De acordo com a Lei nº141/99, de 28 de Agosto, no seu artigo 3º nº1, refere que a verificação da morte é competência dos médicos, e nos termos da Lei, no nº2 do mesmo artigo, cabe à OM definir, manter actualizados e divulgar os critérios médicos, técnicos e científicos de verificação da morte. Até ao momento, não vi, que a OM, delegue ou venha a delegar competências de médicos noutras classes profissionais.

Então, porque raio isto acontece, um enfermeiro a verificar óbitos sem levar à urgência à presença de um médico? Entretanto, saiem de cena com a mesma rapidez com que entraram e alertam as autoridades, Polícia ou GNR, que por sua vez informa o Ministério Público de turno, que diz que tem de ser o médico de saúde pública a lá ir, mas tem o telefone desligado ou está num sítio sem sinal ou esqueceram-se de deixar o telefone de serviço à carga, resultado aí vêm os agentes confrangidos ter comigo. Dr. desenrasque lá mais uma vez esta "coisa". Eu? Quem fez o juízo clínico que passe a certidão!

Até quando indirectamente estamos a fazer a cobertura de actos tomados de assalto por quem não tem competência para o exercer?

E assim vamos alimentando o porco, como se diz aqui no meu Alentejo."

Ou outros animais caseiros, consoante a região do país...

O SURDO-MUDO

In Jornal Virtual
14-06-2011

Tanta desgraça e disparate nos rodeia que por vezes um pouco de humor é bem vindo.
Então se a história for verídica, como é o caso, melhor ainda...

Então é assim:

Na triagem de um certo serviço de urgência um doente, que tivera uma contusão torácica, foi atendido por um médico que "arranhava" e mal a língua de Camões (mas que mesmo assim fora aprovado na prova de comunicação realizada na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos).

Na requisição do Rx da grelha costal o diligente médico escreveu "SURDO-MUDO".

O técnico do Rx, face à informação e à necessidade de posicionar o doente, tentou comunicar com ele por linguagem gestual... que não gostou da brincadeira e o manifestou alto e vernaculamente!

"Mas (diz o técnico) aqui está escrito que o senhor é surdo-mudo..."

"Surdo-mudo o XXXXXXX! Eu é que não consegui perceber nada do que aquele médico me perguntava!"

VERDADE OU CONSEQUÊNCIA!

O RELATÓRIO DE PRIMAVERA DO OPSS

In Jornal Virtual
16-06-2011

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), instrumento de inegável conteúdo e impacto políticos, provocou o alvoroço do costume.

Recordemos que o OPSS é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e a Universidade de Évora e tem o patrocínio explícito da Fundação Calouste Gulbenkian. Tudo entidades de peso e de prestígio.

Quanto aos autores do Relatório encontramos Ana Escoval, Manuel Lopes, Pedro Lopes Ferreira (Coordenação Executiva), Constantino Sakellarides (Coordenação Científica), uma extensa equipa técnica de investigadores e a “colaboração especial” de Elaine Pina, Jorge Correia Jesuino, José Carlos Lopes Martins, José Reis, José Melo Cristino, Manuel Carvalho da Silva, Paulo Espiga, Pedro Pita Barros, Suzete Cardoso e Tânia Barros.

Acresce que os “Investigadores Fundadores” do OPSS são Ana Escoval, Cipriano Justo, Constantino Sakellarides, Jorge Correia Jesuino, Jorge Simões, José Luís Biscaia, Manuel Schiappa, Paulo Ferrinho, Pedro Lopes Ferreira, Suzete Gonçalves, Teodoro Briz, Vasco Reis e Victor Ramos.

Todo este elenco de nomes tem uma finalidade óbvia: criar espaço para perceber o que passou ontem no momento da apresentação do Relatório com a divulgação dos tempos de espera para cirurgia e para consultas externas hospitalares.

A diferença entre o escrito no Relatório e o afirmado, de forma ofendidamente escandalizada, pela ARS do Norte, tem que ter consequências. Se for verdade o que diz o Relatório as Administrações Hospitalares e as ARS's objectivadas no descalabro devem pedir imediata demissão.

Se for verdade o que diz a ARS Norte em conferência de imprensa, ladeado pelos CA dos Hospitais apontados, a OPSS fica definitivamente queimada e os seus responsáveis devem responder criminalmente por danos causados.

Infelizmente, estando em Portugal, nada disso se vai passar.

Em 2012 outro Relatório político nos espera sem que se saiba, ao momento, em quem acreditar.

ENVOLVIMENTO DE MÉDICOS NA FRAUDE PODE LEVAR À "EXPULSÃO" DA PROFISSÃO

In Jornal Virtual
22-06-2011

Ordem dos Médicos promete ser severa "se houver médicos envolvidos no circuito fraudulento do medicamento".

"Se porventura estiverem médicos envolvidos nós cá estaremos para instituir severas penalizações a esses médicos que de forma tão grosseira estariam a ferir o código de ética e deontológico dos médicos", disse José Manuel Silva, comentando dados divulgados em relatórios da Inspeção-Geral das Finanças e da Inspeção-Geral das Actividades em Saúde, avançados hoje pelo Diário Económico.

O bastonário da Ordem dos Médicos sublinhou que até ao momento não se confirma o envolvimento dos médicos e como exemplo referiu o caso dos médicos falecidos que continuam a prescrever receitas.

"Em todas as profissões existem pessoas que não respeitam as regras e nós os médicos somos os primeiros interessados em que haja mecanismos que possibilitem a detecção de médicos prevaricadores", indicou José Manuel Silva, sublinhando que entre os 42.000 profissionais inscritos na Ordem "pode haver meia dúzia que não são honestos".

José Manuel Silva garantiu que "que se houver médicos envolvidos no circuito fraudulento do medicamento a ordem dos médicos será extraordinariamente severa" e "poderá chegar à expulsão da profissão".

O bastonário da Ordem dos Médicos disse que a fraude dos medicamentos só "é possível porque vivemos num país que não se empenha nem desenvolve os meios suficientes para um efectivo combate à fraude e à corrupção".

AÇORES OBRIGADOS A ENTRAR NOS CARRIS

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL IMPEDE DERIVAS POPULISTAS

In Jornal Virtual
28-06-2011

No preciso momento em que os dois Sindicatos Médicos se deslocam à Ilha Terceira para negociações a nível de contratação colectiva, vem o Tribunal Constitucional, através do seu Acórdão 265/2011, ontem publicado em Diário da República, dar-nos razão - os médicos dos Açores não podem ficar de fora da reforma da administração pública a nível global. Está assim aberto o caminho para a normalização juslaboral. Obrigado TC!

Agora é imprescindível levar aos Açores o modelo já encetado no Continente e no Arquipélago da Madeira, recolocando os médicos dos Açores dentro da legalidade e, mais importante, dentro da unidade da Carreira Médica do qual estavam a ser afastados por insularidades bacocas.

GALINHAS POEDEIRAS... OU FÁBRICAS DE OVOS DE CASCA FINA?

In Jornal Virtual
03-07-2011

A formação de médicos mais novos, os denominados Médicos Internos, foi desde sempre um dos atributos da profissão médica. Prestígio e progressão profissional, aquisição de competências e conhecimentos, foram durante muito tempo o grande incentivo. Mas as exigências crescentes de números, de cumprimentos de indicadores e metas, tornaram cada vez menos atractiva uma actividade não remunerada especificamente.

De modo inovador e com justiça, o modelo B das USF's veio possibilitar o reconhecimento e esforço dos médicos orientadores, passando estes a terem um componente remuneratório específico (220 unidades ponderadas = 4 UCs por médico interno) e suplementar, passível de replicação a outras áreas.

Mas não só este modelo ficou restrito às USF's modelo B (mantendo-se todos os outros médicos, fossem da área da MGF fossem da área hospitalar, sem qualquer acréscimo remuneratório) como se assiste a desvarios que mais tarde ou mais cedo dão maus resultados. Só por milagre da multiplicação é que pode haver quem aceite (com a co-responsabilidade de quem lhos atribui) ter 3 (três, sim) médicos internos ao mesmo tempo! Mantendo as funções assistenciais e por vezes funções de coordenação, já para não falar em quantas vezes avassaladora actividade assistencial extra!

Que acompanhamento pode ser dado a estes médicos em formação por tais orientadores superturbo?

Haja decoro e bom senso, pois que as queixas e pedidos de mudança de orientador(a) começam a avolumar-se... os ovos partem-se... e as galinhas podem ficar sem razão.

SAÍDAS E REENTRADAS NO SNS

In Jornal Virtual
08-07-2011

O Ministério da Saúde divulgou hoje que 251 médicos aceitaram reentrar no SNS após terem obtido a aposentação, quer por terem atingido idade e tempo de serviço exigíveis quer por aposentação antecipada. Destes últimos apenas cerca de 150 terão requerido o seu reingresso por um período de 3 anos. Registe-se que as notícias referem que em 2009 e 2010 se aposentaram mais de mil médicos e que só até final de Agosto de 2011 se irão reformar mais 558.

Enquanto isso, responsáveis políticos afirmam que “Em democracia nenhum cidadão pode ser excluído dos cuidados de saúde por causa dos seus rendimentos. Por isso, podemos pedir às misericórdias que prestem esses cuidados se o fizerem com melhor qualidade e eficiência”...

ARNAUT CRITICA CONCORRÊNCIA NA CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS

In Jornal Virtual
04-07-2011

Ao falar como convidado num debate organizado em Lisboa pelo jornal Diário de Notícias, intitulado "O Estado da Saúde em Portugal", o médico socialista que fundou o SNS em 1979, quando era ministro dos Assuntos Sociais, considerou que a disputa pública de médicos se deve à gestão empresarial dos hospitais públicos.

A questão dos salários dos médicos tornou-se no tema principal na primeira parte do debate, com o próprio Arnaut a considerar que os médicos deveriam ter um salário equivalente aos dos juizes, de modo a dignificar e reconhecer do ponto de vista salarial a função social dos clínicos.

Antes, já o bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, salientara o facto de os médicos com a especialidade de medicina geral e familiar em início de carreira "levarem para casa ao fim do mês 1.100 euros brutos", justificando desta forma a falta de clínicos nos centros de saúde.

Também a última ministra da Saúde, a atual deputada Ana Jorge apontou a falta de clínicos nesta especialidade como um dos principais problemas que subsistem no SNS.

A opção por outras especialidades é justificada pelos melhores rendimentos que proporcionam, através de contratos individuais negociados caso a caso, enquanto os médicos de família têm um vínculo coletivo aos serviços de saúde.

SAIR DE MAL COM TODOS REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO APROVADO COM NOVO GOVERNO JÁ INDIGITADO

In Jornal Virtual
04-07-2011

Ana Jorge, médica pediatra conhecida pela sua simpatia e cordialidade, parece ter digerido mal o resultado eleitoral e despede-se com uma decisão inaceitável em democracia.

Com efeito, o que podemos dizer de um Regulamento do Internato Médico (Portaria 251/2011, de 24 de Junho) recentemente publicado e assinado pela ainda Ministra Ana Jorge a 16 de Junho?

O que podemos dizer de um Regulamento que esteve a marinar nas profundas gavetas do Ministério desde 2009 e que saiu em plena derrota eleitoral, após pseudo negociações decorrentes da Lei 23/98, ouvida a Ordem dos Médicos?

O que devemos deduzir de uma pseudo reunião no Ministério da Saúde conduzida por um Chefe de Gabinete e acompanhado por dois técnicos, de valia claro, mas sem qualquer possibilidade de negociação política?

Ou, ainda, de marcarem numa reunião para ouvir a Ordem dos Médicos já com posse do novo Governo no calendário, numa matéria em que esta estrutura deve estar empenhada?

Neste contexto não admira que esta Portaria tenha o pleno da contestação e fique como imagem final de um Governo em total desnorte.

É obra congregar condenação pública da Ordem dos Médicos, da FNAM, do SIM, do Conselho Nacional do Médico Interno e da Associação Nacional dos Estudantes de Medicina.

É triste que esta Portaria assinada e publicada à pressa, com total desrespeito pelo actual Governo, ao momento já indigitado, ser já objecto de pedido de revisão, desconforme como está com a realidade que deveria aceitar.

ALGUNS MITOS SOBRE O SNS

SEGUNDO UM DEPUTADO DO PS

In Jornal Virtual
10-07-2011

Importa desmontar alguns mitos difundidos sobre o SNS:

• O SNS não é eficaz:

Desde 1979, a mortalidade infantil passou de 29/1000 para 3/1000, e a esperança média de vida passou de 71 para 79 anos;

• O SNS não responde às necessidades dos portugueses:

O total de consultas hospitalares aumentou 29%, passando de cerca de oito milhões de em 2005 para quase onze milhões em 2010; o tempo de espera para cirurgia reduziu-se 62%, de 8,6 meses em 2005 para pouco mais de 3 meses em 2010; diminuiu o número de pessoas em listas de espera: de 248 mil em 2005 para 161 mil em 2010. A Rede Nacional de Cuidados Continuados tem 4.720 camas em funcionamento, tendo já sido assistidos 60 mil utentes. Estão em actividade 223 equipas multidisciplinares que prestam apoio diário a 8.103 pessoas.

O cheque dentista abrange as mulheres grávidas, os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos e os alunos até aos 13 anos, englobando mais de 900 mil utentes.

• Portugal gasta demasiado em saúde:

Portugal gasta menos em saúde do que a média da OCDE, quer quando falamos de despesa pública per capita, quer quando falamos de despesa privada per capita.

• Crescimento das despesas está descontrolado:

O crescimento médio anual com a despesa de saúde (pc) entre 2000-2008 foi dos mais baixos na OCDE: 2,3%, que compara com 4,2 de média na OCDE, com 4.7 em Espanha ou 4.6 no Reino Unido, 7.6 na Irlanda, 7.4 na Polónia.

• O SNS não é eficiente:

Num estudo da OCDE sobre eficiência dos sistemas de saúde, Portugal apresenta melhores indicadores de qualidade e tem menos despesa per capita que a média da OCDE. Os EUA são o país que mais gasta e apresenta uma esperança média de vida de 78 anos, Portugal com quase $\frac{1}{4}$ do gasto alcança os 79 anos. Portugal está entre os 6 países mais eficientes da OCDE. Portugal é um dos países onde os custos administrativos do sistema de saúde são menores em termos percentuais do custo global do sistema de saúde (abaixo dos 2%).

• Concorrência entre Público e Privado pouparia dinheiro ao Estado:

A ideia de que a concorrência seria mais favorável que a complementaridade que temos, assenta no mito de que dois sectores têm os mesmos direitos e obrigações. Ora, o sector público tem serviços e obrigações de que o privado está isento: urgência de 24 horas, oferta de várias especialidades, formação de médicos e enfermeiros, menos condições para redimensionar unidades e tem a obrigação de estar presente em zonas deprimidas. No modelo proposto pelo PSD o sector privado seleccionaria sua clientela entre as patologias menos graves (e mais baratas), enviando os doentes caros para o SNS, no final da sua exploração rentável pelo sector privado. Esta solução não pouparia, antes sairia mais cara.

• Para ser justo o SNS deve ser pago por quem pode:

O PSD resiste à gratuitidade do SNS e quer impor pagamentos por escalão de rendimento, invertendo assim a lógica do acesso universal. Com barreiras de preço no momento do acesso, perde-se equidade, estigmatiza-se a desigualdade e amplia-se a fraude. Os mais ricos já pagam mais no acesso à saúde, mas fazem-no através dos impostos, não no momento em que chegam ao hospital e precisam de tratamento.

Um SNS tendencialmente gratuito é a garantia que todos, qualquer que seja a sua condição, têm acesso aos mesmos cuidados de saúde, com a mesma qualidade.

João Galamba

NINGUÉM SE VAI SUJEITAR NEM POR UNS «LINDOS OLHOS DO SERVIÇO PÚBLICO»

UMA COISA SÃO OS DESPACHOS FAVORÁVEIS DO MS E OUTRA É O NÚMERO DE MÉDICOS QUE EFECTIVAMENTE VOLTARAM AO SNS

In Jornal Virtual
21-07-2011

Médicos com reforma antecipada dizem que não compensa regressar ao SNS

Tédio e vontade de sentir a adrenalina foram motivos que levaram médicos com reforma antecipada a regressarem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), mas feitas as contas os especialistas dizem que não compensa o regresso.

Em entrevista à Agência Lusa, o clínico geral e de medicina familiar Manuel Godinho, reformado há pouco mais de um ano e a trabalhar no Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) em Faro, conta que regressou à medicina «essencialmente por tédio» e para aproveitar o incentivo por parte do Estado.

«Soube que o INEM tinha falta de médicos e já estava a precisar desta adrenalina», confessa o clínico Manuel Godinho, que sempre gostou da área da Saúde Pública.

Manuel Godinho é um dos mais de 250 médicos reformados que regressaram ao trabalho no SNS, ao abrigo de um diploma que permite aos clínicos aposentados continuarem a exercer funções, em vigor há um ano, que se assinala esta sexta-feira. Em 2009 e 2010 aposentaram-se mais de mil médicos.

Os médicos que se aposentaram recentemente e que pediram reingresso na carreira, já começam, todavia, a fazer contas, verificando que não compensa.

«Quiseram cortar nas despesas do Estado e começaram com a história do 'numerus clausus', depois foi o convite para a pré-reforma e agora faltam médicos nos serviços», contou à Lusa Joaquim Cravo, especialista em ginecologia e obstetrícia e ex-chefe de Serviço no Hospital Central de Faro.

Joaquim Cravo, que cumpriu 30 anos no SNS e se reformou aos 55 anos, decidiu pedir antecipação na reforma, porque estava «saturado com alguma falta de reconhecimento».

«Como a idade actual da reforma vai passar para os 67 anos, se eu me reformasse aos 60 ficaria com sete anos de antecipação na mesma e mais seis por cento de penalização ao ano, o que perfazia 42 por cento de penalização. Não me compensava», explicou Joaquim Cravo, 57 anos, que teve 31,5 por cento de penalização na reforma.

A reforma de um médico, por antecipação, ronda os 1.300 euros. Se voltasse ao SNS passaria a ter um contrato de 35 horas semanais e a receber mais 600 euros líquidos.

Para aquele especialista, regressar «nestas condições, só se justificava se recebesse a reforma na totalidade e celebrasse um contrato com condições a combinar». «É que ainda tenho 57 anos, fui chefe de serviço e gosto muito da minha profissão», argumenta.

Em relação aos números que têm sido apresentados pelo Ministério da Saúde, o especialista alerta para a existência de alguma «trapalhada».

«Uma coisa são os despachos favoráveis do Ministério da Saúde e outra é o número de médicos que efectivamente voltaram ao SNS», defende, alertando que «na hora de pesar os prós e os contras, são muitos os médicos que arrepiam caminho e voltam atrás».

O médico sublinha que ninguém se vai sujeitar nem por uns «lindos olhos do serviço público», nem para sair da «boa vida da reforma» para o sacrifício das 35 horas semanais, com fins-de-semana à mistura e responsabilidade.

«Só valeria a pena com uma boa contrapartida, e não é o caso», insistiu Joaquim Cravo, sublinhando a má opção por parte do Estado em contratar empresas privadas de prestação de serviços.

«Ficava mais barato à administração fazer contrato directamente com os médicos reformados, do que com certas empresas particulares que cobram 80 euros à hora (50 ficam para o médico e 30 para a empresa). Agora imagine em quanto não fica uma urgência. É multiplicar esse valor por 24 horas», acrescentou o médico.

LEGISLAÇÃO

ENTIDADE	DIPLOMA DATA	ASSUNTO
D. R. Nº 96 1ª Série	Portaria 198/2011 18/05/2011	Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição electrónica, bem como o regime transitório da receita manual de medicamentos.
D. R. Nº 100 1ª Série	Portaria 207/2011 24/05/2011	Regulamenta a tramitação do procedimento concursal de recrutamento para os postos de trabalho em funções públicas.
D. R. Nº 101 1ª Série	Portaria 209/2011 25/05/2011	Procede à adaptação do subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3).
D. R. Nº 104 1ª Série	Portaria 214-A/2011 30/05/2011	Aprovação do Regulamento Interno do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa.
D. R. Nº 105 1ª Série	Portaria 217/2011 31/05/2011	Regulamenta a tramitação do procedimento concursal nacional de habilitação ao grau de consultor.
D. R. Nº 107 1ª Série	Decreto-Lei 67/2011 02/06/2011	Cria, com a natureza de entidade pública empresarial, a Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE (ULS do Nordeste, EPE), por integração do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHNE), e do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I - Nordeste (ACES Nordeste).
D. R. Nº 120 1ª Série	Portaria 251/2011 24/06/2011	Esta Portaria, desenvolvendo o disposto no Decreto-Lei 203/2004, de 18/08, na redacção introduzida pelo Decreto-Lei 45/2009, de 13/02, aprova o novo Regulamento do Internato Médico,

CONHECENDO 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-NOS, TEMOS DISPONÍVEL PARA CONSULTA, ENVIO VIA CTT, FAX OU CORREIO ELECTRÓNICO.



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°.

Data de Inscrição

Sexo M ☐ F ☐

Nome

Morada
Localidade
Código Postal

Telfs. de contacto E.mail:

Data de Nascimento Nacionalidade

B.I. n°. de Arquivo de

Cédula Profissional n°. Contribuinte n°.

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

DIREITOS dos SÓCIOS do SIM

Os sócios com quotização regularizada têm direito a:

- 1 – Eleger e ser eleito para os órgãos do SIM, nos termos dos Estatutos e Regulamento Eleitoral.
- 2 – Participar livremente em todas as actividades do Sindicato, segundo os princípios e normas dos Estatutos do SIM.
- 3 – Beneficiar de todos os serviços organizados pelo Sindicato na defesa dos seus interesses profissionais, económicos, sociais e culturais.
- 4 – Beneficiar da quotização sindical e nomeadamente dos fundos de solidariedade nos termos estabelecidos pelo Conselho Nacional.
- 5 – Ser informado regularmente de toda a actividade do Sindicato.
- 6 – Recorrer para o Conselho Nacional das decisões dos órgãos directivos que contrariem os Estatutos do SIM ou lesem algum dos seus direitos.
- 7 – Acesso a comparticipação em caso de decisão judicial condenatória por responsabilidade civil ou profissional, por erro ou negligência, dos médicos Internos do Internato Médico/ Ano Comum e Especialistas, conforme regulamento do Fundo Social.
- 8 – Acesso a comparticipação destinada a minimizar as despesas e encargos que o sócio haja de suportar com a assistência médica hospitalar própria e do seu agregado familiar, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 9 – Acesso a comparticipação por redução de vencimento em caso de doença e na parte não comparticipada pelo Cofre de Previdência dos Funcionários e Agentes do Estado (ADSE) ou qualquer outra entidade conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 10 – Apoio jurídico gratuito em casos sindicais e profissionais.
- 11 – Acesso às disposições e benefícios laborais obtidos com o Acordo Colectivo de Trabalho, ACCEM e ACT publicados no DL 177/2009 de 4/08/09 e no BTE 41 de 8/11/09.
- 12 – Acesso a apoio financeiro a conceder ao sócio para fazer face a despesas em processos judiciais, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 13 – Acesso a apoio financeiro em situação de emergência, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 14 – Acesso ao fundo complemento de reforma/apoio social, desde que o Sócio esteja aposentado e tenha pelo menos 15 anos de sindicalização no SIM, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 15 – Acesso ao Fundo para Formação dos Médicos Internos e dos Assistentes Eventuais para bolsas de estudo, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.
- 16 – Acesso a passar férias e fins-de-semana na Isla Canela (Espanha), por baixo preço, num dos 12 apartamentos (T1 e T2) adquiridos pelo SIM, mediante as normas estabelecidas anualmente pelo Secretariado Nacional.

O Secretariado Nacional

2009

ISLA CANELA - Temporada 2011

Isla Canela fica situada na província de Andaluzia/Huelva, designada por Costa de la Luz, pertencente ao município de Ayamonte, no Sul de Espanha, junto à fronteira de Portugal/Espanha, banhada pelo Rio Guadiana e o 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 desenvolver actividades em fins-de-semana ou férias: Praia, Golf e Porto Desportivo.

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



CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO

- 1 – As reservas para a época alta (Junho a Setembro), serão aceites por ordem de entrada na Sede Nacional do SIM, a partir do dia 1 de Abril e mediante o pagamento de 30% do valor total, sendo os restantes 70% liquidados até 15 dias antes da entrada no apartamento.
- 2 – Na época alta (Junho a Setembro), o aluguer é feito à semana (sábado a sábado, sendo as saídas até às 12h e as entradas após as 17 horas).
- 3 – Os novos sócios e os seus proponentes podem usufruir gratuitamente dos apartamentos que estejam, disponíveis apenas fora da época alta.

NORMAS

- 1 – A limpeza do apartamento fica a cargo do sócio.
- 2 – A roupa de cama, banho e cozinha será da responsabilidade do sócio.
- 3 – A entrega e devolução das chaves é feita na Sede do SIM ou via CTT.
- 4 – A reposição do equipamento do apartamento e a reparação dos electrodomésticos deverá ser feita de imediato directamente pelo sócio ou mediante contacto com o responsável indicado pelo SIM.
- 5 – A declaração e assinatura dos manifestos do equipamento à entrada e saída do período de utilização é obrigatória sempre que se detectem anomalias. Está afixado em cada apartamento, um manifesto do equipamento existente.
- 6 – Não são permitidos animais domésticos.
- 7 – Os sócios terão de respeitar as normas de utilização do respectivo condomínio.



Para mais informações e esclarecimentos deve contactar os nossos serviços, fazer reservas e/ou marcações.

Contactos: Tel 217826730 - Fax 217826739 - Email secretaria@simedicos.pt / ferias@simedicos.pt

NOVOS SÓCIOS

Os Sócios que se inscreverem durante o ano de 2011, oferecemos 3 dias gratuitos nos apartamentos do SIM.

Também o Sócio proponente tem direito, por cada novo sócio, a 1 dia gratuito.

Em ambos os casos, estes dias só poderão ser usufruídos FORA DA ÉPOCA ALTA



**POR UM SINDICALISMO MÉDICO
INDEPENDENTE E DEMOCRÁTICO**

ADERE AO SIM