



NOVO RELATÓRIO SOBRE A

CARREIRA MÉDICA

EM PORTUGAL

Índice

PRIMEIRA PARTE..... 4

Relatório do Grupo de Trabalho para a Carreira Médica (Mário Jorge Neves, coordenador do grupo de trabalho) 4

1. O novo relatório sobre a carreira médica em Portugal.....4
2. Comissão de Redação do Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal5
3. Introdução.....6
4. Formação médica18
5. As Carreiras Médicas e a Gestão das Unidades de saúde30
6. A Carreira Médica, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os concursos54
7. Incentivos à fixação dos médicos60
8. As Carreiras Médicas, o SNS e outros serviços de saúde62

SEGUNDA PARTE.....79

Relatório do Conselho Nacional Consultivo para o Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas (liderado pelo Dr. Jorge Seabra, presidente do CNC para o SNS e Carreiras Médicas).....79

- Sumário Executivo.....80
- Parte I: História e evolução das Carreiras Médicas no contexto do desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS)80
- Parte II: Reflexões sobre diversas vertentes e implicações das Carreiras Médicas para o futuro da Saúde, do sistema de saúde e do SNS, em Portugal.....89
- Parte III: Opções e propostas93
- Nota final:102
- Anexo I.....102

TERCEIRA PARTE104

Relatórios dos inquéritos de opinião realizados aos médicos (ouvir os médicos) entre 2018 e 2022 (Márcia Mendonça, Filipe Pardal e Miguel Guimarães)104

1. A Carreira Médica e os fatores determinantes da saída do SNS104
2. A Carreira Médica: as condições de trabalho no SNS vs. fora do SNS109
3. Fatores de decisão na Carreira Médica121

Relatório do inquérito realizado às direções dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos (Coordenadores: Dalila Veiga - presidente do CNPG, Carlos Mendonça - presidente do CNMI)124

QUARTA PARTE.....149

<i>Saúde em mudança (análise e recomendações) – Miguel Guimarães</i>	149
1. Enquadramento.....	149
2. Desafios e oportunidades	151
3. Recomendações.....	154
4. Conclusões	160



PRIMEIRA PARTE

Relatório do Grupo de Trabalho para a Carreira Médica (Mário Jorge Neves, coordenador do grupo de trabalho)

1. O novo relatório sobre a carreira médica em Portugal

O novo relatório sobre a carreira médica em Portugal

O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, na sessão da sua tomada de posse há cerca de dois anos, afirmou que um dos vários objetivos do seu segundo mandato seria desencadear o processo que conduziria à elaboração de um novo relatório sobre a carreira médica em Portugal face ao agravamento de múltiplos problemas que já então suscitavam preocupações crescentes.

Passados poucos meses convidou um grupo de colegas de diversas especialidades e de diversas zonas do país para constituírem a respetiva comissão de redação.

Nesse sentido, vinte e quatro médicos/as distribuíram-se por cinco grupos de trabalho relativos a áreas fundamentais como: formação médica; a qualidade da prestação dos cuidados e concursos; incentivos à fixação dos médicos; o SNS e os outros serviços de saúde; a gestão das unidades de saúde.

Desde a divulgação em 1961 do “Relatório sobre as Carreiras Médicas em Portugal”, houve alguns, poucos, registos escritos da evolução da profissão médica e das instituições de saúde.

Nas últimas décadas, a acumulação de problemas estruturais e a ausência de políticas viradas para uma coerente dinamização dos serviços públicos de saúde, conduziu à situação atual, com fortes elementos caracterizadores de uma rotura de consequências imprevisíveis, tal como já se tinha verificado em anteriores períodos críticos.

O setor da saúde apresenta particularidades quase únicas como o facto de estar em funcionamento contínuo todas as horas dos dias e todos os dias do ano, bem como estar confrontado com uma permanente incorporação tecnológica e um impetuoso e contínuo desenvolvimento dos conhecimentos científicos e técnicos.

Como sabemos, mostra a experiência histórica que qualquer setor sujeito à incorporação de novas tecnologias tem de acompanhar essa situação em permanente mutação com a adoção de novas formas de organização do trabalho e dos modos de produção.

No nosso país, a dramática realidade dos serviços de saúde, públicos e privados, é que as práticas gestionárias vivem alheadas do mundo que se move à nossa volta.

Se há aspeto que é forçoso reconhecer, é que os médicos sempre tomaram a iniciativa de trazer a público os seus problemas profissionais e os problemas de funcionamento dos serviços.

E no caso do relatório na década de 1960, quando o fizeram, sublinharam de forma exaustivamente fundamentada a íntima relação entre o desenvolvimento contínuo da qualidade do seu exercício profissional com o desenvolvimento humanista da prestação dos cuidados de saúde e da garantia de acesso sem quaisquer discriminações socioeconómicas, de raça ou religião.

O citado relatório de 1960, foi a semente lançada que veio a germinar na criação, mais tarde, do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Com a apresentação pública desse relatório, nada ficou como dantes e o seu impacto político, mesmo em tempo de ditadura, foi enorme.

A elaboração deste novo relatório, também em tempo de crise, para além de registar por escrito toda a evolução da situação profissional dos médicos e da realidade dos serviços de saúde com os respetivos enquadramentos legais, apresenta também diversas propostas de solução para desencadear uma discussão inadiável em torno de soluções que garantam a manutenção de uma medicina de elevada qualidade e a existência de serviços de saúde adequados às necessidades assistenciais dos cidadãos. Simultaneamente, foi realizado um inquérito sobre as condições laborais e de condições de trabalho dos médicos com milhares de respostas.

Mais uma vez, os médicos tomam a iniciativa de colocar à discussão os problemas que a todos preocupa.

É com este tipo de atitudes éticas e humanistas que uma classe profissional se prestigia e ganha o respeito dos cidadãos.

Os médicos só existem como classe profissional porque existem doentes e doenças. Dentro de algum tempo, a Ordem dos Médicos irá proceder à publicação do relatório. O contributo deste novo documento não pode ser ignorado pelo poder político se o objetivo dele for, de facto, recuperar a saúde e o SNS como um dos pilares do Estado Social e também um elemento de garantia da coesão social da nossa sociedade.

Mário Jorge Neves

Coordenador da comissão de redação do Novo Relatório da Carreira Médica

2. Comissão de Redação do Novo Relatório sobre a Carreira Médica em Portugal

COMISSÃO de REDAÇÃO do NOVO RELATÓRIO sobre a CARREIRA MÉDICA em PORTUGAL

- Ana Matos Pires
- António Caldeira Fradique
- António João Sant'Anna Gandra Leite D' Almeida
- Catarina Tavares Perry da Câmara
- Cláudia Cristiana de Carvalho Vaz Pessoa
- Diana Coutinho Póvoas de Freitas da Silva
- Diogo Maximiano Barros Figueiredo Ramos
- Fernando Manuel Pavão Bandeira Lobão Salvador
- Filipe Fernando da Cruz Inácio

- Francisco João Salvado e Silva
- Francisco José Palma Maio de Matos
- João M. Varandas Fernandes
- João Paulo Gaspar de Almeida e Sousa
- Mário Jorge dos Santos Neves (coordenador)
- Miguel José Cabral de Pinho
- Noélia Rubina Correia Liça Pinto
- Nuno Jorge Carvalho de Sousa
- Nuno José Gomes Rama
- Paula Alexandra Maia Pinheiro
- Ricardo Filipe Barreiros Mexia
- Rosa de Fátima Diniz Ribeiro
- Rui Artur Coutinho da Silva Nogueira
- Sérgio Augusto Costa Esperança
- Sofia Manuela Lalanda Maia Frazão

3. Introdução

INTRODUÇÃO

A publicação do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” em 1961 culminou um amplo processo de vários anos de intensas movimentações reivindicativas, mobilizando a grande maioria dos médicos portugueses.

Nesse sentido, importa referir diversos aspetos desse processo para termos uma perspetiva mais esclarecida do seu papel e da sua enorme relevância política e social. Infelizmente, essa análise não foi efetuada de forma aprofundada por quem viveu diretamente esses acontecimentos, o que constitui uma lacuna delicada para se poderem daí retirar ensinamentos históricos e compreender melhor a matriz identitária da classe médica em Portugal.

Em 2007, um grupo de cinco médicos publicou um livro intitulado “As Carreiras Médicas em Portugal: evocação e defesa”.

Os cinco médicos, autores desse livro, foram participantes muito ativos nesses acontecimentos, integrados no grupo dos então jovens médicos: Álvaro Luz e Silva, António do Carmo Galhordas, Jorge Manaças, Manuel Machado Sá Marques e Orlando Leitão.

O seu conteúdo baseou-se na experiência direta destes médicos e em factos registados nos arquivos da Ordem dos Médicos, o que constitui até agora a única abordagem realizada sobre o desenvolvimento desse importante processo reivindicativo.

Simultaneamente, consideramos indispensável analisar os factos mais relevantes relacionados com as carreiras médicas desde a publicação do “Relatório sobre as carreiras médicas” até à atualidade.

Como sabemos, o processo reivindicativo que conduziu à elaboração do Relatório verificou-se em pleno período ditatorial, onde estavam proibidos os mais elementares direitos cívicos como a liberdade de associação, a liberdade de reunião e a liberdade de opinião, e apesar desta situação altamente repressiva, os médicos desencadearam um processo de discussão sobre o futuro da sua profissão e das soluções inadiáveis para a superação da grave situação existente no sector da saúde.

Foram realizadas diversas assembleias de médicos com elevada participação numérica em vários pontos do país.

Por si só, esta foi, desde logo, uma corajosa ação de desafio do regime ditatorial que proibia com severas medidas punitivas quaisquer “ajuntamentos” de cidadãos.

Mas os médicos portugueses, a partir do enquadramento legal e organizativo da única organização médica permitida pelo regime, a Ordem dos Médicos, tiveram a enorme capacidade de entender o momento histórico que viviam e de adotar estruturadas metodologias de reflexão e análise dos múltiplos fatores condicionantes de uma situação política e social tão difícil, como aquela que então se vivia no nosso país.

Assim, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas” constituiu um documento amplamente discutido pela grande maioria dos médicos e que espelhou as perspetivas dominantes no seu seio.

O baixo nível de desenvolvimentos dos serviços de saúde, a ausência de saídas profissionais atrativas para os médicos recém-licenciados e os reduzidos rendimentos do seu trabalho passaram a constituir um bloqueio ao adequado desenvolvimento da profissão médica.

Com esta situação, estavam criadas as condições essenciais para se atingir um quadro de rotura no plano político e profissional.

Com um número crescente de médicos a tomar parte ativa nestas movimentações, tornou-se particularmente marcante o envolvimento dos sectores mais jovens, levando a que em determinada altura se começasse a referir este processo como o “Movimento dos Novos”.

A amplitude e grau de mobilização desta movimentação médica atingiram tal dimensão que diversos médicos que eram deputados à Assembleia Nacional pelo partido único da ditadura participaram nas assembleias e na discussão dos documentos reivindicativos.

As primeiras movimentações reivindicativas iniciaram-se em 1953, quando na Assembleia Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos, realizada a 30 de Janeiro desse ano, os então jovens médicos Manuel Machado Sá Marques e Óscar Sidónio Penedo apresentaram uma moção “sobre a grave crise que a classe atravessa” e propuseram a constituição urgente de uma comissão de estudo da situação da profissão.

Em Maio de 1953, um grupo de jovens médicos internos dos Hospitais Cívicos de Lisboa enviaram ao Conselho Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos uma exposição com as críticas e propostas alternativas ao processo de reestruturação desencadeada neste grupo de hospitais.

A eleição do Prof. Dr. Jorge Horta, em 1956, para Bastonário da Ordem dos Médicos, foi um acontecimento de máxima relevância para o desenvolvimento deste processo.

O novo bastonário era um médico muito prestigiado que dispunha de uma ampla simpatia entre os estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa.

A 9 de Abril de 1958, um grupo de jovens médicos, entre os quais António do Carmo Galhordas e José Pinto Correia, reuniu-se em casa deste último e tomou a decisão de constituir uma Comissão dos Médicos Novos, visitando o bastonário no dia seguinte e solicitando uma audiência ao Conselho Geral da Ordem dos Médicos.

Nessa audiência, onde esteve presente todo o conselho geral, foram tomadas diversas decisões, nomeadamente a criação de várias comissões específicas focadas em assuntos concretos e de um espaço de opinião no Boletim da Ordem dos Médicos designado a “Página dos Novos”.

Essa comissão rapidamente ganhou centenas de adesões e adquiriu um papel decisivo no desenvolvimento de todo o processo reivindicativo.

Em 29 de Julho de 1958, realizou-se em Lisboa uma Assembleia Regional Extraordinária da Ordem dos Médicos para analisar os resultados de um inquérito dirigido aos médicos e as conclusões do estudo sobre os “Problemas da Medicina em Portugal”, subscrito por 650 médicos desta secção regional.

A assembleia teve uma elevada participação e aprovou por unanimidade as conclusões desse estudo bem como a constituição de uma comissão para estudar os problemas da carreira médica.

Os elementos dessa comissão eram:

- Abel Cancellaria de Abreu.
- António do Carmo Galhordas.
- António dos Santos Soares.
- António de Vasconcelos Marques.
- António Teles Nunes da Costa.
- Arménio dos Santos Ferreira.
- Arnaldo Sampaio.
- Artur Manuel Lino Ferreira.
- Carlos Manuel Alves Pereira.
- Cristiano Nina.
- Fernando Leal.
- Prof Fernando Nogueira.
- Fernando de Oliveira Rodrigues.
- Francisco Guilherme Ferreira.
- Prof Jaime Celestino da Costa.
- Prof João Afonso Cid dos Santos.
- Prof João Pedro Miller Guerra.
- João Ramos Dias.
- Maria Idália Correia.
- Norberto Teixeira Santos.

Esta comissão foi posteriormente empossada pelo bastonário Prof. Jorge Horta.

As Secções Regionais do Norte e do Centro da Ordem dos Médicos desencadearam logo a seguir movimentações idênticas com a realização também de assembleias e debates sobre os problemas da saúde e da profissão médica.

Em meados de 1958 foi criado, pela primeira vez, o Ministério da Saúde, tendo como ministro o advogado Martins de Carvalho.

Até essa data, a Saúde era uma mera subsecretaria de estado do Ministério do Interior. Em 20 de Julho de 1959, realizou-se na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa, uma Assembleia Regional Extraordinária da Secção do Sul da Ordem dos Médicos com a participação de mais de 1000 médicos, sob a presidência do Prof Cid dos Santos, que aprovou o relatório elaborado pela comissão de médicos eleita no ano anterior pela Assembleia Extraordinária de Lisboa e empossada pelo bastonário Prof Jorge Horta.

A discussão desenvolvida pelas três Secções Regionais da Ordem dos Médicos passou a estar devidamente articulada e, deste modo, foi concluída a redação do “Relatório sobre as Carreiras Médicas” em 2 de Maio de 1961, sendo assinado por :

- Prof. Jorge Silva Horta, bastonário da Ordem dos Médicos.
- Albertino da Costa Barros.
- Albino Aroso Ramos.
- António Fernandes da Fonseca.
- António do Carmo Galhordas.
- Mário Luís Mendes.
- João Pedro Miller Guerra (relator).

A 17 de Junho de 1961, depois deste relatório ter sido objeto de intensas discussões nos conselhos regionais e assembleias regionais, realizou-se uma Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Médicos para tomar a decisão final sobre o seu conteúdo. Esta assembleia aprovou o “Relatório sobre as Carreira Médicas” em Portugal, assumindo a decisão histórica de definir, pela primeira vez, um documento programático com uma clara visão de futuro para o desenvolvimento da Saúde e da profissão médica.

Este documento passou a desempenhar um papel de referência incontornável em todos os processos reivindicativos e legislativos no sector da Saúde.

Importa ainda referir um aspeto que quase nunca tem sido mencionado, mas que os obreiros deste relatório sublinhavam com particular ênfase, ou seja, a designação de “relatório sobre as carreiras médicas” foi uma imposição política do regime ditatorial. A leitura do Relatório permite logo verificar que o assunto fundamental do seu conteúdo é a construção de um novo sistema de saúde para o nosso país, tomando como referência o modelo britânico tão prestigiado nessa altura.

Existem passagens do seu conteúdo que são ilustrativas desta perspectiva de fundo focada no sistema de saúde e da íntima ligação entre ele e as carreiras médicas:

- “A medicina exercita-se num determinado meio sociocultural em todos os períodos da evolução das sociedades, está inserida no mundo, não jaz à margem do viver dos homens – faz parte da corrente da história.

É elemento de primeira importância no desenvolvimento e estruturação do bem-estar da comunidade, porque cuida de promover a saúde física e mental, base indispensável da harmonia das relações humanas e do aperfeiçoamento do homem”.

- “A medicina, como outros ramos das ciências humanas, tem de adaptar-se ao ritmo do mundo moderno, porque constitui um dos seus fatores de progresso.

A adaptação pode obrigar a introduzir modificações no exercício profissional e exigir até o sacrifício de hábitos, costumes e prerrogativas, mas não exige a abdicação das normas basilares da ética médica.

E no caso de a exigir, o dever do médico é opor-se-lhe, se por outro meio não as puder fazer respeitar”.

- “As carreiras não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial, tanto mais que todo ele tem por ponto de apoio a clínica”.

- “Uma vez conhecidos os defeitos e as necessidades, torna-se fácil imaginar as soluções. No decurso dos nossos trabalhos tivemos sempre esta ideia em vista: aproveitar o que existe (onde há muito de bom e útil, mas mal aproveitado), introduzir as alterações que o bom senso e a experiência preceituam, orientar a ação para pontos concretos, definir um programa ordenado que seja exequível com os recursos nacionais.

Não destruir nada, antes de ter a certeza de que pode substituir-se com vantagens “.

- “Tudo deverá convergir para a realização desta finalidade suprema: o Serviço de Saúde deve garantir a qualquer indivíduo, no momento necessário, os cuidados médicos de que precisa, isto é, todos os portugueses, qualquer que seja o seu nível económico ou social, têm o mesmo direito ao mesmo nível de tratamento, à fruição das mais modernas e eficientes técnicas, aos mais complexos e dispendiosos métodos de diagnóstico e terapêutica “.

- “As carreiras constituem uma estrutura fundamental do serviço de saúde: sem elas não haverá assistência de boa qualidade; só com elas a situação presente não melhorará”.

As disposições impostas pelo regime ditatorial proibiam aos cidadãos e às organizações legalmente permitidas a discussão de assuntos políticos.

Estes assuntos eram monopólio do seu governo.

No entanto, tendo em conta a ideologia corporativa desse regime, já era autorizada a divulgação de documentos contendo matérias de índole profissional.

E assim a designação do relatório referiu-se exclusivamente às carreiras médicas.

E foi com essa atitude hábil e inteligente por parte do grupo que liderava este movimento que se tornou possível dissimular perante os serviços da censura e da polícia política o verdadeiro alcance do relatório, efetuando um diagnóstico da situação então existente no nosso país a nível da saúde, alargando a sua análise às graves questões de índole social.

A leitura do relatório permite verificar que muitas das suas apreciações mantêm uma enorme atualidade e que existe uma relação muito íntima entre a qualidade dos serviços de saúde e a existência de carreiras médicas.

Torna-se um exercício quase impossível discutir aquilo que o próprio relatório definiu como “finalidade suprema”, separadamente do desenvolvimento das carreiras médicas. Importa também lembrar que os cuidados de saúde eram integralmente pagos pelos cidadãos a não ser que apresentassem um “atestado de indigência” emitido pela respetiva junta de freguesia.

Os indicadores mais elementares de saúde eram os piores de todo o continente europeu.

Os cidadãos portugueses, na sua grande maioria, não tinham acesso aos cuidados de saúde, quer por falta de serviços prestadores, quer por incapacidade económica para

pagar os cuidados privados ou os próprios cuidados prestados nos escassos serviços públicos então existentes.

As estruturas hospitalares encontravam-se restringidas aos maiores centros urbanos como Lisboa, Porto e Coimbra.

A nível dos cuidados de saúde ambulatoriais, a sua prestação dependia exclusivamente dos consultórios médicos privados.

Os médicos nos hospitais tinham meras gratificações simbólicas, sem quaisquer direitos laborais.

O Relatório apresentou a proposta de 2 Carreiras médicas: saúde pública e hospitalar. Com os seguintes graus na carreira hospitalar: Internato Geral (2 anos); Internato Complementar; Segundo Assistente; Primeiro Assistente; e Diretor de Serviço.

E na carreira de Saúde Pública – Subdelegado de Saúde; Delegado de Saúde; Inspetor de Saúde; e Diretor de Saúde.

Todos com concursos, na grande maioria de provas públicas.

A remuneração, segundo a sua proposta, com duas componentes: fixa e variável.

Propunha 3 regimes de tempo de trabalho: tempo completo; tempo parcial; e ocupação exclusiva (este só aplicável aos médicos de saúde pública).

Logo em 1963, o tema das Carreiras Médicas teve expressão num diploma legal, que foi a Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963, que promulgou “As Bases da política de Saúde e Assistência”.

Na sua Base XXV estava estipulado que “serão estabelecidas para os médicos as carreiras de saúde pública e hospitalar” e que ...” serão igualmente estabelecidas carreiras para o pessoal farmacêutico, auxiliar de medicina, de serviço social, de enfermagem e administrativos dos hospitais”.

Em 27 de Abril de 1968 foi publicado o D.L. nº 48 357 que estabeleceu o “Estatuto Hospitalar”.

No ponto nº 2 do seu preâmbulo estava estabelecida a necessidade das carreiras profissionais, baseadas na competência e preparação dos médicos e demais pessoal.

No ponto nº 3, era referida a necessidade da criação das carreiras para os médicos como integrando a tríplice orientação para a atualização das estruturas hospitalares.

No ponto nº 7 era afirmado que “... assim, se estabelecem, desde já, as carreiras de administração, médica e farmacêutica. A lei permite que outras venham a ser criadas na medida que forem necessárias. É exato que, como se diz no Relatório das Carreiras Médicas, a simples instauração de uma carreira, só por si, não elimina todas as deficiências do sistema, nem é remédio para a totalidade dos males. Por isso, é que não se criaram carreiras antes de ser promulgado o conjunto de medidas agora legislado”.

No Art.º 70º, ponto nº 2, estava definido que “o pessoal universitário que trabalha nos hospitais não fica abrangido pelas carreiras médicas “ e no Art.º 71º, no seu ponto nº 1, que “nas carreiras deve haver concursos de habilitação e provimento”.

Em 1971, foi desencadeado um processo de reforma pelo então secretário de estado da saúde Prof. Dr. Gonçalves Ferreira que incluiu a publicação do DL nº 414/71 de 27 de Setembro de 1971 que estabeleceu “o regime geral que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos

diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência”.

Aí, ficou consagrada a estruturação da carreira médica de saúde pública e da carreira médica hospitalar.

No preâmbulo desse decreto-lei, o ponto nº 2 referia o seguinte:

“Aceitou-se o princípio da organização de carreiras profissionais por corresponder ao método que se afigura mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos aos funcionários, a desejável justiça nos respetivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento.

Frente ao desenvolvimento da ciência e ao progresso das técnicas, as atividades a promover no campo da saúde e da assistência social não se compadecem já com improvisações nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas e uma atualização permanente, aliás segundo ritmos cada vez mais acelerados. Entretanto, as oportunidades oferecidas pela multiplicidade de opções patentes numa sociedade em crescimento conduzem, quase como regra, a privar o serviço público dos seus elementos mais qualificados ou, quando menos, a afetarem-no por um fator de inércia que importa, a todo o custo, evitar.

Daí pensar-se que a instituição de carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas, mercê do fator de segurança que o próprio método confere, permitindo a satisfação das legítimas expectativas até pela certeza antecipada da meticulosidade das escolhas a que dá lugar, designadamente pela imposição da observância de normas certas e conhecidas no recrutamento e promoção de funcionários, constitua meio importante para o aliciamento dos necessários valores e dinamização dos existentes, bem como para a reordenação e funcionalização das atuais estruturas e correção dos seus vícios mais importantes”.

No seu Art.º 11º, referente à carreira médica hospitalar, a redação estipulava que:

Art.º 11.º - 1. A carreira médica hospitalar inicia-se pelo internato.

2. O internato, que terá regulamento próprio, aprovado por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, compreende dois graus:

Grau 1 - Internato de policlínica;

Grau 2 - Internato de especialidades.

Após a restauração da Democracia em 25 de Abril de 1974, as questões sociais e laborais sofreram um poderoso impulso.

Nesse sentido, em Agosto de 1975, a então Direção-Geral dos Hospitais, tendo como titular no cargo o médico Artur do Céu Coutinho, emitiu um “relatório do grupo de trabalho para estudo da carreira médica nacional”.

No seu preâmbulo, era afirmado que “...claro está que uma Carreira Médica unificada só fará sentido se incluída num Serviço Nacional de Saúde também unificado...” e “... a tríplice função de assistência, ensino e investigação adstrita aos vários graus permitirá alcançar a meta da integração do Ensino e Assistência com a correlativa possibilidade de maior diferenciação profissional e, sobretudo, do encontro de solução para o ensino da Medicina pré e pós- graduada e da atualização permanente”.

Nas suas propostas fundamentais, eram colocadas, entre outras, as seguintes:

- Que a Carreira Médica é uniforme na sua planificação e programação para todas as regiões do País.

- A univocidade da Carreira Médica deriva do reconhecimento de que, qualquer que seja a especialização porque venha a optar-se, a prática da medicina deve assentar sobre uma formação comum.

- Carreira Médica com 5 graus:

* Internato Básico- com a duração de 2 anos após os quais podia exercer medicina não tutelada.

* Médico Policlínico- prestação de cuidados médicos na periferia num ano.

* Internato Complementar- neste documento é já estabelecido o “internato complementar de Clínica Geral /generalista”

* Especialista ou Graduado- referida a sugestão de criação neste grau de subespecialidades como epidemiologia, medicina do trabalho, administração sanitária.

* Assistente- o 5º grau da carreira e sujeitos a periódicas avaliações de capacidade profissional.

- O acesso a cada grau sempre efetuado por concurso. No caso de Especialista e Assistente mediante concurso de provas públicas.

- Nas Notas Finais estava estabelecido que “com o estabelecimento destes graus, ficam assim excluídos da Carreira os graus de chefia ou direção”.

Nos anos seguintes a 1974, foram os médicos portugueses que tomaram a iniciativa de organizar aquilo que se designou “o serviço médico à periferia “, em que procederam à prestação de cuidados de saúde às populações das zonas interiores do país e mais carenciadas economicamente.

No primeiro semestre de 1982, o então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Paulo Mendo, desencadeou, com os sindicatos médicos regionais, um processo negocial que culminou na publicação do primeiro diploma específico e global das Carreiras Médicas, o Decreto-Lei nº 310/82, publicado a 3/8/1982.

- No seu preâmbulo era referido que “No conjunto das atividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde. Resulta daqui a profunda responsabilidade destes profissionais e a grande delicadeza de que se reveste a elaboração dos diplomas legais que enquadrem a respetiva atividade nos serviços de saúde que o Estado deve assegurar “... “Não poderá o Estado alienar a responsabilidade que lhe incumbe de garantir à população cuidados médicos de qualidade, e os responsáveis não pretendem fazê-lo sem interessar nessa preocupação os referidos profissionais. “ ... “A carreira médica é definida como uma sequência de graus, que são patamares de conhecimento e diferenciação técnico-científica de responsabilidade crescente, obtidos mediante períodos de formação, cursos e provas públicas de competência”.
- Criação de 3 carreiras médicas: hospitalar, saúde pública e clínica geral.
- Definição dos perfis profissionais de cada carreira.
- Definição dos conteúdos funcionais de cada grau/categoria da carreira.
- A inovação da criação da carreira de clínica geral, como embrião da institucionalização da medicina familiar.
- Concursos de habilitação e de provimento.
- Regimes de trabalho: tempo completo (36h); tempo completo prolongado (45h); dedicação exclusiva; tempo parcial; e disponibilidade permanente.

Em 21 de Janeiro de 1988, o governo, tendo como primeiro-ministro o Prof. Aníbal Cavaco Silva e como ministra da saúde a Dr.ª Leonor Beza, publicou o Decreto-Lei nº 19/88, onde estabeleceu um novo enquadramento legal para a gestão hospitalar, liquidando a gestão democrática e participada nos hospitais públicos e instaurando um sistema de nomeações que veio a ser rapidamente considerado como a instauração do comissariado político.

A primeira vaga de nomeações ao abrigo desta nova legislação foi extremamente elucidativa através da nomeação para o cargo de presidentes dos conselhos de administração dos hospitais de, a título de exemplo, comerciante de cutelaria, militar na reserva e de professor primário aposentado.

Em seguida, esta nova legislação deu a cobertura legal para degradar e desarticular todo o edifício técnico-científico das carreiras médicas ao permitir que médicos nomeados politicamente no desempenho dos cargos de presidente do conselho de administração ou de diretor clínico presidissem aos júris dos concursos médicos, independentemente das especialidades em causa.

Durante grande parte do ano de 1989 decorreu um processo negocial para revisão do diploma das Carreiras Médicas a culminar mais de 1 ano e meio de um amplo e radicalizado processo de luta com a participação da grande maioria dos médicos contra as tentativas da então ministra da saúde Dr.ª Leonor Beza para liquidar as carreiras médicas, mediante a divulgação de uma proposta de decreto-lei.

No 2º semestre desse ano, intensificaram-se as reuniões negociais que culminaram num acordo assinado pelas duas organizações sindicais médicas nacionais a 23/12/89.

Apesar disso, somente no mês de Março seguinte é que o novo ministro, Arlindo Carvalho, procedeu à sua publicação, tornando-se perceptíveis diversas movimentações políticas para impedir que isso acontecesse.

Em 6/3/1990, foi, então, publicado o DL nº 73/90.

De sublinhar, que a negociação deste diploma partiu de um patamar em que o projeto assumido pelo então governo era a destruição das carreiras médicas, a criação de um enorme “contingente” de médicos indiferenciados, tornados mão-de-obra barata, e a imposição arbitrária do regime de trabalho de dedicação exclusiva.

No entanto, apesar dessas dificuldades decorrentes de uma situação de um governo com maioria absoluta da Assembleia da República, o conteúdo desse diploma representou uma melhoria global a nível profissional e salarial em relação ao DL nº 310/82, fruto de uma enérgica ação reivindicativa dos médicos e de uma eficaz articulação entre as organizações sindicais médicas e a Ordem dos Médicos.

Nesta participação ativa da Ordem dos Médicos na dinamização da ampla mobilização dos médicos e na realização de várias assembleias regionais, importa referir o papel fundamental do então bastonário Prof. Dr. Machado Macedo e dos dirigentes nacionais Dr. Carlos Santana Maia e Dr. Fernando Costa e Sousa.

A negociação do DL nº 73/90 coincidiu com a reforma das carreiras da Administração Pública e com a negociação de um novo sistema retributivo de todos os seus setores profissionais designado “Novo Sistema Retributivo”.

As carreiras médicas foram incluídas nos corpos especiais da Função Pública com grelhas salariais específicas.

A maior importância dada ao regime de trabalho em dedicação exclusiva, a pedido dos médicos e com a devida majoração salarial, foi um dos dados mais relevantes deste diploma.

A dedicação exclusiva assumiu duas modalidades: em 35 h e em 42 horas semanais. Mantiveram-se as 3 carreiras médicas.

Foram criados 2 graus (especialista e consultor) e 3 categorias com as mesmas designações do anterior diploma, e aos cargos de chefia foram atribuídas percentagens pecuniárias pelo seu desempenho (diretor de departamento – 15%; diretor de serviço – 10%; chefe de equipa de urgência- 5%).

Apesar dos intensos esforços negociais e das firmes posições reivindicativas empreendidas, não foi possível inverter uma decisão da Assembleia da República adotada 2 anos e meio antes sobre a reformulação legal do internato médico.

Por isso, o preambulo do 73/90 afirmou que “a formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras”.

Em 8 de Novembro de 2002, num governo presidido pelo Dr. Durão Barroso e tendo como ministro da saúde o Dr. Luís Filipe Pereira, foi publicada a Lei nº 27/2002 que criou os modelos jurídicos de Hospitais EPE (Entidades Públicas Empresariais) e SA (Sociedades Anónimas).

A partir desta legislação verificou-se uma brutal ofensiva contra as carreiras médicas através da imposição generalizada de contratos individuais de trabalho, sem qualquer mecanismo de progressão salarial e de diferenciação técnico-científica.

O objetivo claramente assumido era obter a gradual extinção das carreiras médicas, impedindo novas entradas.

Em 2007, uma nova reforma geral da Administração Pública desenvolvida por um governo presidido pelo Eng.º José Sócrates e tendo como ministro das finanças o Dr. Teixeira dos Santos, conduziu à publicação da Lei nº 12-A/2008 em 27/2/2008 e determinou a negociação de novos diplomas das carreiras dos vários sectores profissionais.

Um dos objetivos apresentados para esta nova legislação foi a redução substancial do número de carreiras profissionais na Administração Pública.

No caso dos médicos, passaram a designar somente “carreira médica especial” e não a menção habitual às 3 carreiras, substituindo-as pela designação de “áreas de exercício profissional”.

As anteriores três carreiras (hospitalar, clínica geral e saúde pública) passaram a 5 com a inclusão da medicina do trabalho e da medicina legal, mas como ficou tudo englobado na chamada “carreira médica especial” ajudou, é curioso, a cumprir o objetivo de reduzir o número de carreiras.

Mais uma vez, o contexto reivindicativo e negocial era muito adverso a que se somava um governo com maioria absoluta.

Esta nova negociação, confrontou-se também com um dado novo, ou seja, a multiplicidade de contratos individuais de trabalho, já em número muito substancial e fora do enquadramento das carreiras médicas, para os médicos mais jovens que iam adquirindo o grau de especialista, como uma das consequências da aplicação dos estatutos jurídicos SA e EPE aos serviços públicos de saúde.

Assim, a recusa perentória de uma situação deste tipo, impunha uma solução jurídico-legal que salvaguardasse as carreiras médicas para todos os médicos.

Deste modo, foram negociados o DL nº 176/2009, para os médicos a trabalhar em serviços de saúde EPE e PPP, e o DL nº 177/2009 para os médicos com contrato de trabalho em funções públicas e já abrangidos pelas carreiras médicas, ambos diplomas publicados em 4/8/2009.

O conteúdo destes diplomas, na sua quase totalidade coincidente, apenas diferindo pontualmente nas referências ao enquadramento laboral geral, conforme eram contratos individuais ou contratos em funções públicas.

Em seguida, foram negociados o Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos abrangidos pelo contrato em funções públicas, que foi publicado em Diário da República a 13/10/2009 com o número 2/2009, e o Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos com contratos individuais de trabalho publicado no Boletim de Trabalho e Emprego nº 41, a 8/11/2019.

Do conteúdo destes atuais diplomas importa sublinhar que: garantem as carreiras médicas para todos os médicos; consagrou como carreiras em pé de igualdade com as anteriormente existentes a Medicina Legal e a Medicina do Trabalho; adequou à nova realidade a designação da carreira de clínica geral passando a designá-la medicina geral e familiar; manteve os 2 graus e 3 categorias; alterou a designação da categoria de chefe de serviço passando para assistente graduado sénior, de modo a não confundir categorias da carreira com cargos de gestão/nomeação; e na definição do perfil profissional foi inserida uma adequada formulação de ato médico apresentada pela delegação sindical na base de um texto sujeito a referendo cerca de 5 anos antes pelo conselho regional norte da Ordem dos Médicos aos que trabalham no seu âmbito geográfico e que obteve uma votação favorável esmagadora.

Além da Lei nº 12-A/20008 ter eliminado o regime de dedicação exclusiva opcional com majoração salarial, o governo de então desencadeou uma revisão do enquadramento legal do regime de aposentação e do cálculo das reformas na Administração Pública que veio a revelar-se uma violenta machadada direta e indireta na estrutura funcional da Carreira Médica e no seu nível de qualidade.

Ao adotar medidas de profundo agravamento das condições e montantes das reformas possibilitando a aposentação antecipada para contornar a sua aplicação imediata, teve como consequência facilmente previsível que uma importante percentagem dos médicos mais diferenciados tenha optado por essa via para não ser vítima dessas medidas.

Essa situação privou a generalidade dos serviços de saúde da experiência e do saber acumulado de muitos médicos que no auge dos seus conhecimentos clínicos deixaram de efetuar o enquadramento técnico-científico das gerações mais jovens de médicos e de dinamizar a sua formação contínua.

De 1982 até hoje, aquilo que podemos verificar factualmente é que sempre que o Poder político pretendeu, num dado momento, limitar e desarticular o funcionamento do SNS, começou por desencadear uma prévia ofensiva contras as carreiras médicas.

Ou seja, é o próprio Poder político que reconhece implicitamente esta ligação indissolúvel entre um SNS de qualidade e o desenvolvimento das Carreiras Médicas

Nos últimos 5 anos, a situação não melhorou em nada.

Continuamos a verificar a existência de uma gritante Incapacidade de compreensão do papel insubstituível das Carreiras Médicas por parte dos sectores governamentais e têm-se acentuado factos altamente preocupantes, nomeadamente:

- Manutenção dos princípios do comissariado político nas nomeações para cargos de gestão dos serviços públicos de saúde, sem qualquer mecanismo de responsabilização pelas abundantes más práticas gestionárias.
- Desvalorização técnico-científica do trabalho médico.

- Violações sistemáticas da autonomia e independência técnicas das atividades profissionais médicas.
- Degradação acentuada das condições de trabalho.
- Perda progressiva da capacidade atrativa e de fixação dos médicos na carreira médica e no SNS.
- Insatisfação generalizada entre os médicos e, também, nos outros sectores de profissionais de saúde.
- A desmotivação, a ausência de reconhecimento institucional e salarial do trabalho médico e a acentuação extrema dos ritmos de trabalho, além da desorganização dos serviços, têm levado um razoável número de médicos a abandonar o SNS.
- Grande fluxo migratório de médicos para outros países, beneficiando do prestígio e da qualidade da escola médica portuguesa pré e pós-graduada.
- Recurso alargado à contratação de empresas de cedência de mão- de- obra médica baseadas sobretudo em médicos sem qualquer especialidade, pagando-lhes montantes muito mais elevados do que os praticados para os médicos de cada estabelecimento de saúde.

Em suma, atingimos já, de novo, uma situação de bloqueio do desenvolvimento da profissão médica com diversos aspetos que prefiguram uma rotura clara e que tornam inevitável uma situação de conflito generalizado a prazo.

A crescente desorganização dos serviços de saúde, a contínua degradação salarial e a ausência de perspectivas de solução dos graves problemas existentes são aspetos característicos dessa situação de rotura que se avizinha e que constitui o desenlace incontornável.

Os médicos portugueses, ao longo dos tempos, souberam sempre tomar a iniciativa na definição de linhas de ação reivindicativa e na formulação de objetivos realistas e exequíveis, em função das condições concretas de cada momento.

Em momentos conflituais mais agudos, a defesa das Carreiras Médicas inseriu-se num movimento plural, integrando médicos dos vários sectores políticos, com a criação de pontes entre diferentes visões dos problemas, mas convergindo em amplas plataformas de intervenção reivindicativa.

As Carreiras Médicas tomaram sempre a iniciativa de serem muito exigentes consigo próprias, impondo padrões de elevada qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Os médicos têm tomado sempre a iniciativa de exporem os seus problemas profissionais, ligando intimamente a sua solução com a defesa da saúde das populações. Nesta perigosa situação pandémica, os médicos, e naturalmente os outros profissionais de saúde, já demonstraram a sua abnegação à profissão que exercem e aos valores humanistas que lhe são inerentes, não recuando mesmo perante o risco de vida pessoal e da sua família mais direta.

O facto de vivermos uma situação preocupante em que os valores essenciais da nossa profissão voltam a estar em causa pelas ações e omissões do Poder político nos últimos anos, determinou que o Bastonário da Ordem dos Médicos, Dr. Miguel Guimarães, tivesse tomado a decisão de constituir uma comissão de redação do Novo Relatório sobre a Carreira Médica, entendido como plataforma programática geral, visando contribuir decisivamente para que esta grave situação de “asfixia” do trabalho médico possa ser ultrapassada para bem da saúde dos portugueses.

4. Formação médica

FORMAÇÃO MÉDICA

A formação médica tem constituído ao longo de sucessivas gerações de médicos uma preocupação nuclear do desenvolvimento contínuo dos conhecimentos técnico-científicos da profissão médica.

A formação médica foi acompanhando a evolução dos serviços de saúde e da sua capacidade assistencial, enquanto foi ela própria o fator impulsionador da modernização e crescente diferenciação destes serviços.

Deste modo, a formação médica pré e pós-graduada em Portugal adquiriu um enorme prestígio internacional, reconhecido em múltiplas iniciativas científicas e de organizações médicas, ao que se juntou, sobretudo nos últimos anos, a facilidade com que médicos portugueses vieram a ocupar diversos cargos em serviços de saúde no estrangeiro e em estruturas científicas internacionais.

No conjunto de países europeus a nossa formação médica é, desde há largas décadas, considerada muito avançada, organizada e uniformizada.

Até há alguns anos, por exemplo em Itália, a aquisição do grau de especialista era validada pela Ordem dos Médicos italiana apenas pela avaliação de um diretor de serviço ou de professor de medicina que, de modo discricionário, podia afirmar que o médico em causa dispunha de treino suficiente na respetiva especialidade

Por outro lado, em alguns países europeus, a definição, duração e avaliação da formação da especialidade eram definidos pelos diretores de serviço.

No nosso país, essas matérias têm sido sempre muito claras e as regras do seu funcionamento focadas na equidade formativa dos médicos.

Nesse sentido, importa referir diversos diplomas legais que iniciaram a estruturação da formação médica, de modo a possibilitar um claro conhecimento sobre as etapas evolutivas da nossa formação médica.

Decreto-Lei nº 48358, de 27 de Abril de 1968

Aprovou e publicou o “Regulamento Geral dos Hospitais”.

Relativamente à carreira médica hospitalar, estavam estipulados os seguintes graus:

Nos hospitais centrais

- 1) Interno geral;
 - 2) Interno complementar;
 - 3) Graduado;
 - 4) Assistente;
 - 5) Diretor de serviço.
- b) Nos hospitais regionais:
- 1) Assistente do hospital regional;
 - 2) Diretor de serviço do hospital regional.

Além disto, este decreto era muito objetivo ao estabelecer que “A carreira hospitalar começa pelo internato, que funciona como processo de aperfeiçoamento pós-escolar e constitui, para todos os efeitos, exercício médico hospitalar”.

Quanto à sua estrutura definia que “internato deve ter estrutura idêntica em todos os estabelecimentos e serviços onde for autorizado e é constituído por dois períodos: o geral, com a duração de 2 anos, e o complementar, com a duração de 3 anos. O internato geral pode ir até 27 meses, enquanto não funcionar em regime de tempo completo”.

Portaria nº 23903, de 6 de Fevereiro de 1969

Aprovou, a título experimental e para vigorar no ano de 1969, o “Regulamento do Internato Médico”.

Importa lembrar algumas disposições aí contidas, nomeadamente:

- O internato médico tem dois períodos: o geral e o complementar.
- O período de internato geral terá a duração de dois anos.
- O período de internato complementar tem a duração de três anos.
- O internato geral, como início da carreira médica hospitalar, destina-se ao aperfeiçoamento clínico geral, nos seus aspetos preventivo, curativo e de reabilitação e, bem assim, à preparação elementar em saúde pública.
- A admissão ao internato complementar depende de concurso de provas práticas de clínica.
- O aproveitamento obtido pelos internos, quer no período de internato geral, quer no de internato complementar, é apurado por meio de exames finais.

Portaria 240/70, de 14 de Maio

“Aprovou o Regulamento do Internato Médico - Revoga a Portaria n.º 23903.”

Esta portaria estabeleceu que o internato médico tinha dois períodos:

- A - O geral, com a duração de dois anos;
- b - O complementar, com a duração de três anos.

A avaliação do aproveitamento obedecia à seguinte classificação:

- Muito bom.
- Bom.
- Suficiente.
- Insuficiente.

Decreto –lei nº414/71, de 27 de Setembro

Estabeleceu o “regime legal que permitiu a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e

Assistência, de acordo com o estabelecido no n.º 2 do artigo 63.º do seu diploma orgânico”.

Relativamente à carreira médica de saúde pública foram definidas as categorias: subdelegado de saúde, delegado de saúde e diretor de saúde.

Quanto à carreira médica hospitalar era sublinhada a questão que ela se iniciava pelo internato.

O internato compreendia dois graus: Internato de policlínica; Internato de especialidades.

O internato de policlínica tinha uma limitação incompreensível: o seu acesso não era possível aos licenciados em Medicina com idade superior a 35 anos de idade.

A carreira médica hospitalar possuía as seguintes categorias: especialista, chefe de serviço e diretor de serviço.

Portaria n.º 610/71, de 6 de novembro

“Providências destinadas a regular a transição para o novo regime do internato médico aprovado pelo Decreto-Lei n.º 414/71”

Estabeleceu o tipo de exames finais e de classificações para os internatos de policlínica e das especialidades da carreira médica hospitalar, bem como as constituições dos respetivos júris.

Portaria n.º 760/73, de 3 de Novembro

Aprovou o “Regulamento do Internato Médico”.

Estabeleceu as finalidades, estrutura e duração do Internato Médico.

Algumas das suas disposições que importa referir são:

- O internato médico com dois graus - Internato de policlínica e Internato de especialidades.
- As durações dos internatos uniformes em todos os estabelecimentos em que os mesmos se realizem.
- O exame final do internato de policlínica iniciando-se com a prova prática de clínica, baseada na observação de um doente, pertencente ao foro da medicina interna, e constituída de duas fases, das quais a primeira correspondia à observação e elaboração do respetivo relatório, enquanto a segunda correspondia à leitura deste e subsequente discussão.
- O doente a observar era tirado à sorte para cada examinando imediatamente antes do início da sua prova, de entre os previamente escolhidos pelo júri.

- O examinando dispunha de noventa minutos para a elaboração da história clínica e observação do doente.

- Após um intervalo de quinze minutos, os examinandos dispunham de mais duas horas para elaboração de um relatório sobre o doente observado, relatório esse em que tinha de constar a anamnese, os resultados da observação efetuada, a discussão do diagnóstico, a terapêutica proposta e o prognóstico.

- O exame final do internato de especialidades era constituído pela discussão do curriculum vitae, uma prova prática e uma prova teórica.

Decreto-Lei n.º 33/73, de 6 de Fevereiro

Fixou as normas a que devia obedecer a carreira médica nos hospitais escolares.

- A carreira médica nos hospitais escolares tinha os seguintes graus:

- a) Interno de policlínica;
- b) Assistente eventual;
- c) Assistente;
- d) Professor auxiliar;
- e) Professor extraordinário;
- f) Professor catedrático.

1. A carreira médica dos hospitais escolares era equiparada à dos hospitais centrais não escolares, nos termos seguintes:

- a) Interno de policlínica dos hospitais escolares - interno de policlínica dos hospitais centrais;
- b) Assistente eventual - interno do internato de especialidades;
- c) Assistente - especialista contratado;
- d) Professor auxiliar - especialista do quadro permanente;
- e) Professor extraordinário - especialista do quadro permanente ou chefe de serviço;
- f) Professor catedrático - diretor de serviço ou de departamento.

2. As equiparações referidas no número antecedente conferem direito de transferência e acesso para funções hospitalares de um hospital escolar para outro hospital central, ou inversamente, desde que os candidatos tenham exercício classificado pelo menos de suficiente no lugar de origem e sejam respeitadas as regras estabelecidas no presente diploma e as normas por que se rege a carreira docente e a carreira médica nos hospitais não escolares.

- Os internos de policlínica exerciam as suas funções em regime de tempo completo e dedicação exclusiva.

- O regime de trabalho dos assistentes eventuais, dos assistentes, dos investigadores e dos médicos técnicos será o de tempo completo.

- O tempo completo tinha a carga horária semanal de trinta e seis horas de serviço.

Portaria 329/74, de 24 de Abril

Alterou a redação de várias disposições do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria n.º 760/73, de 3 de Novembro.

Portaria n.º 1223/82

Aprovou o Regulamento do Internato Geral.

- O internato geral tinha a duração de 18 meses, com início em 1 de Janeiro de cada ano e fim em 30 de Junho do ano seguinte.
- Estabelecia os critérios para a atribuição da idoneidade formativa dos serviços.
- O programa deste internato era constituído por 6 meses num centro de saúde, 6 meses na área da Medicina e 6 meses na área da cirurgia.
- Período semanal na urgência de 12 horas.
- Avaliação em cada estágio era efetuada em termos de Apto ou Inapto.

Decreto-lei nº 128/92, de 4 de Julho

Definiu o regime de formação profissional após a licenciatura em Medicina.

Aspetos fundamentais:

- A formação profissional assente no Internato Geral e no Internato Complementar.
- Definiu a remuneração suplementar a atribuir aos membros dos órgãos dos internatos.
- Definiu os estabelecimentos de formação.

Portaria nº 695/95, de 30 de Junho.

Aprovou o Regulamento dos Internatos Complementares. Revogou várias portarias.

Aspetos fundamentais contidos neste regulamento:

- Definição de uma nova “figura” funcional designada de “orientador de formação” e das suas respetivas funções.
- Definição de serviços idóneos.
- Estrutura da avaliação.
- Constituição dos júris de concurso.

- Inclusão de vogais dos júris de concurso designados pela ordem dos Médicos, ao abrigo da criação da titulação única de especialistas.

Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto

Definiu o regime jurídico da formação médica, após a licenciatura em Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo processo.

Este decreto-lei estabeleceu as seguintes medidas fundamentais:

- Criação de um único internato médico.
- Existência de um “ano comum” com a duração de 12 meses.
- Definição dos órgãos do Internato.

Portaria n.º 183/2006, de 22 de Fevereiro

Aprovou o Regulamento do Internato Médico.

Esta Portaria procedeu à regulamentação especificado Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 60/2007, de 13 de Março

Alterou e republicou em anexo o Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, que aprovou o regime jurídico da formação médica após a licenciatura em Medicina.

Decreto-lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro.

Procedeu à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto (define o regime jurídico da formação médica, após a licenciatura em Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respetivo processo) e procedeu à sua republicação em anexo, na redação atual.

Portaria n.º 251/2011, de 24 de Julho

Aprovou e publicou em anexo o Regulamento do Internato Médico. Dispõe sobre os órgãos, competências e funcionamento do internato médico, nomeadamente: Conselho Nacional do Internato Médico, órgão de consulta do membro do Governo

responsável pela área da saúde, comissões regionais do internato médico, direções e coordenações de internato médico.

Despacho nº 16696/2011, de 12 de Dezembro

Criou um grupo de trabalho para a revisão do internato médico.

Decreto-lei nº 86/2015, de 21 de Maio

Procedeu à definição do regime jurídico da formação médica especializada com vista à obtenção do grau de especialista e estabeleceu os princípios gerais a que devia obedecer o respetivo processo.

Portaria nº 224-B/2015, de 29 de Junho

Aprovou o novo Regulamento do Internato Médico, na sequência do Decreto-Lei nº 86/2015, de 21 de Maio.

Decreto-Lei nº 13/2018, de 26 de Fevereiro

Definiu o regime jurídico da formação médica pós-graduada, designada de internato médico, e estabeleceu os princípios gerais a que devia obedecer o respetivo processo.

Portaria nº 79/2018, de 16 de Março

Estabeleceu em anexo um novo regulamento do internato Médico.

Ao longo das últimas décadas, a estrutura e o modelo do Internato Médico teve diversas alterações, umas vezes ditadas pelo maior ou menor número de novos médicos que acabavam a licenciatura e outras por opções políticas de equipas ministeriais da saúde por vezes sem qualquer fundamentação para essas decisões de circunstância.

A classe médica tomou sempre a iniciativa na identificação dos problemas que afetavam a sua formação clínica, científica e profissional, apresentando sucessivamente soluções para os ultrapassar.

Foram também os médicos através das suas organizações profissionais que estabeleceram padrões de rigor e de elevado grau de exigência da avaliação de conhecimentos, criando com esta atitude de princípio a necessidade de haver uma qualidade cada vez maior na prestação dos cuidados médicos às populações.

Estes padrões de rigor e exigência foram sempre independentes do regime político vigente em dados períodos da nossa história.

Mesmo em tempo de ditadura, os médicos mostraram sempre empenhamento e coragem para procurarem influenciar as decisões governamentais desse regime, sensibilizando os seus interlocutores para as soluções mais adequadas a empreender neste campo da formação profissional.

O Decreto-lei nº 48358, de 27 de Abril de 1968, no que se refere ao internato médico, estabelecia no seu artigo 43º que “a carreira hospitalar começa pelo internato que funciona como processo de aperfeiçoamento pós escolar e constitui, para todos os efeitos, exercício médico hospitalar”.

O Decreto –lei nº 414/71, estabelecia no seu artigo 11º que “a carreira médica hospitalar se iniciava pelo internato”.

De notar que nessa altura só estavam consagradas legalmente a carreira médica hospitalar e a carreira médica de saúde pública que não dispunha de internato.

A Portaria nº 760/73, no seu artigo 1º, estabelecia que “o internato médico constituía a 1.ª fase da carreira médica hospitalar e é regido pelo disposto no [Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro](#), no [Decreto-Lei 33/73, de 6 de Fevereiro](#), e no presente Regulamento”.

Após a implantação da democracia e com os sucessivos processos negociais para edificar o complexo edifício legal das carreiras profissionais da saúde e da organização do sistema de saúde, a consagração do internato médico como primeiro grau da carreira deixou de estar presente nos vários diplomas legais, culminando com a eliminação, na segunda metade da década de 1980, do vínculo conferido pelo internato complementar desde que concluído com aproveitamento.

Esta medida do X Governo constitucional (sendo ministra da saúde a Dr.ª Leonor Beleza) motivou grandes mobilizações dos médicos mais jovens que na Assembleia da República estiveram presentes em protesto contra essa situação de eliminação do vínculo e também contra as alterações profundas na gestão democrática dos hospitais.

Múltiplos e sucessivos diplomas legais têm vindo a alterar a nomeação dos internatos (médico, policlínica, geral, complementar e da especialidade), o que demonstra, mais uma vez, a existência de alterações circunstanciais sem significado profundo no objetivo central deste período de formação.

O mesmo se pode afirmar sobre as provas de avaliação que tiveram também estruturas diferentes na sua forma (provas práticas com doentes internados, provas práticas, teóricas e discussão curricular, somente discussão curricular, provas meramente documentais, etc.) e quantificação do resultado (muito bom, bom, suficiente, insuficiente; apto e inapto; apto e não apto; com aproveitamento e sem aproveitamento; de 0 a 20 valores).

No que se refere aos regimes de trabalho importa mencionar o Decreto-lei nº 90/88, de 19 de Março que impôs o regime de dedicação exclusiva ao internato complementar na vigência do XI Governo.

Neste percurso evolutivo da formação médica existe um momento crucial que deve estar sempre presente na sua análise global.

Na sequência de disposições da então CEE que estabeleciam a impossibilidade legal de existirem processos formativos sem a adequada remuneração, o então Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde emitiu a Circular Normativa nº 18/92 (30/4/1992) onde se impedia a existência de internatos voluntários à Ordem dos Médicos.

Nessa altura, e aproveitando a proximidade das eleições estatutárias para esta instituição médica, gerou-se uma ampla motivação de médicos em defesa da “titulação única”.

O Dr. Carlos Santana Maia, um dos candidatos a bastonário, corporizou essa reivindicação e venceu as eleições com larga maioria.

Com a tomada de posse do Dr. Paulo Mendo como ministro da saúde em 1993, esta reivindicação teve claro acolhimento político que se materializou na Portaria nº 186/94, de 31 de Março, que estabeleceu a inclusão formal de representantes da Ordem dos Médicos nos júris de concursos.

Em 2011, foi criado um grupo de trabalho para a revisão do enquadramento legal do Internato Médico, na dependência direta da Secretaria de Estado da Saúde, que foi constituído por representantes da ACSS, Ordem dos Médicos, Faculdades de Medicina, Sindicatos Médicos, ARS, e governos regionais, mostrando que é possível encontrar métodos de diálogo que alarguem a participação institucional e que permitam uma maior perceção da realidade quotidiana do funcionamento dos serviços de saúde.

Apesar da forma transparente como se processou a discussão e a circulação de toda a documentação de trabalho, o esforço desenvolvido na discussão para encontrar “denominadores comuns” a nível das conclusões finais, verificaram-se matérias onde subsistiram diferenças de opinião e de perspetivas de abordagem quanto ao desenvolvimento do Internato Médico e sobre as questões da real capacidade formativa pós-graduada nos serviços do SNS, o modelo de definição dos *numerus clausus* das escolas médicas, bem como a hipotética inclusão da prova de acesso ao internato na média do curso de medicina.

Já nessa altura, se considerou que existia um preocupante risco de degradação da qualidade da formação pré e pós-graduada devido ao elevado número de alunos.

Em 2015, a legislação aprovada veio permitir a cessação do contrato dos médicos que não tiveram vaga no internato da formação especializada, com o conseqüente aumento do número de médicos sem acesso à especialidade, situação que em 2021 já atingia milhares de médicos.

No concurso de acesso à especialidade de 2021, pela primeira vez ficaram vagas por ocupar, com claras assimetrias regionais, verificando-se um número mais elevado de vagas por ocupar na região Sul do país, incluindo num centro hospitalar de Lisboa.

Tal situação reflete o aumento da tendência para abandono do SNS, a par de uma perceção da degradação da qualidade de formação e condições de trabalho durante a formação médica especializada.

Sendo o internato médico a base das carreiras médicas, urge inverter esta tendência.

É fundamental que sejam encontradas medidas que permitam o acesso à formação especializada, e garantam a permanência de médicos internos no SNS durante o seu período de formação, combatendo a tendência crescente e instalada de precarização do trabalho médico e exercício indiferenciado da prática médica, pelos riscos que comporta para a população, para a estrutura do SNS e para os próprios médicos.

Neste contexto geral, colocam-se aos desafios incontornáveis à formação médica, que exigem a definição imediata de uma abordagem integrada que tenha presente determinados pressupostos como:

- A adaptação da formação médica às novas realidades, com a integração da relação Médico-Doente, o incremento da atividade digital, menos suporte em papel e consultas não presenciais.

- A incorporação permanente de novas tecnologias e o desenvolvimento impetuoso do conhecimento científico na saúde determinam a reformulação dinâmica dos programas formativos.
- A implementação urgente de componentes formativas em gestão da saúde.
- O aumento da esperança de vida com a consequente alteração dos padrões das doenças.

A nível do ensino pré-graduado importa, desde logo, ter presente que existem novos paradigmas da formação pré-graduada em medicina que apostam num curriculum core (centrada na aquisição de competências clínicas – cognitivas, técnicas e comportamentais) e em formação em áreas complementares.

Esta tendência permite “personalizar” a formação médica e abrir horizontes aos estudantes de medicina para outros percursos complementares na sua carreira profissional.

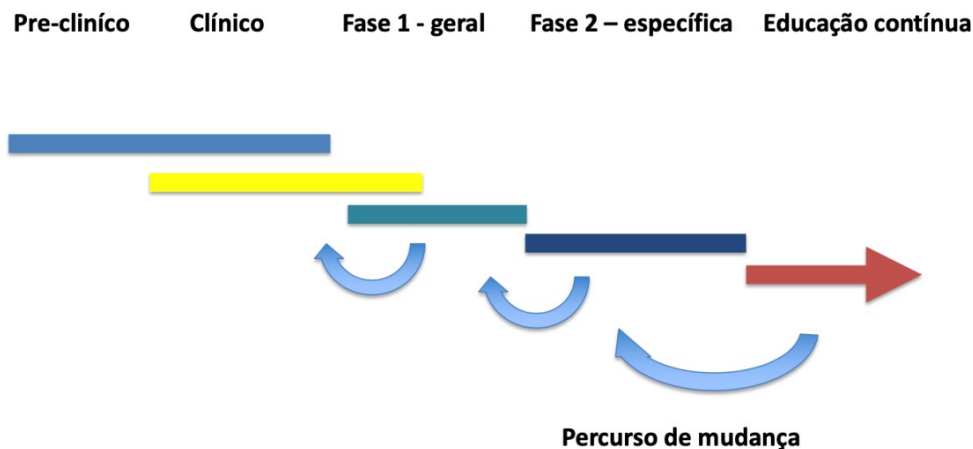
Assim, defende-se a virtude destes modelos formativos sobretudo em contextos de mudança tão acelerados como os que vivemos e que obrigam a grande flexibilidade.

E esta aposta permite valorizar outras competências que podem ser essenciais (porque aumentam as escolhas) nas transições nas diferentes fases dos percursos profissionais. Propõe-se um percurso educacional deliberadamente planeado, integrado (horizontal e verticalmente) e baseado na aquisição e demonstração contínua de competências em conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamento.

Este currículo deve:

- Centrar-se nas necessidades dos sistemas de saúde (doentes, famílias, comunidades e populações).
- Centrar-se nas necessidades e ambições de todos e de cada aluno.
- Incentivar o desenvolvimento de pensamento crítico e motivar aprendizagem ao longo da vida.
- Preservar a riqueza das humanidades.
- Promover e recompensar a investigação e a inovação.
- Permitir uma variedade de vias de entrada e flexibilidade para mudar de direção durante e após a formação.
- Permitir novos caminhos para treinar médicos para o futuro.

Percursos de formação médica



Um percurso rígido desencoraja aqueles que não têm certeza sobre as escolhas de carreira ou não podem correr o risco de fracassar.

Alguns desses alunos podem descobrir que suas competências individuais não são adequadas para o currículo médico.

A opção de seguir outras carreiras, sem penalidade ou preconceito, deve estar disponível, bem como para aqueles que desejam optar em paralelo por percursos profissionais complementares à prática clínica.

Um aspecto central nos percursos formativos com múltiplas etapas, que importa valorizar a propósito do redesenhar a formação médica, relaciona-se com a necessidade de aumentar o número de escolhas e de planejar de forma mais apropriada as necessidades da força de trabalho para o futuro. As decisões de hoje vão refletir-se apenas uma década depois, mas mais importante é que vão impactar a capacidade dos sistemas de saúde durante as quatro décadas seguintes.

Ora, isto implica capacidade de: i) antecipar necessidades, ii) capacidade de formar, atrair e reter talento onde é necessário, iii) garantir flexibilidade para os percursos individuais e iv) coragem política para assumir as decisões necessárias.

Antecipar necessidades – a este respeito importa que se crie um mapeamento de necessidades para todo o país e para as diferentes especialidades, tendo em consideração as necessidades assistenciais atuais e antecipadas para as próximas décadas, bem como a saída de especialistas (reformas, mudança de carreira/instituição) e a mudança de opções de especialidade. Mais, o atual “portfólio” de especialidades médicas não é necessariamente adequado para assegurar as necessidades assistenciais futuras e pode, e deve, ser revisto.

Capacidade de formar, atrair e reter talento – a partir do mapeamento anterior, a entrada para um programa de IFC deverá ser baseada na escolha do candidato, mas também da instituição a que esta se candidata e ter em conta o perfil do programa formativo. Só assim se poderá assegurar um binómio interno/instituição que é o garante de atração e de retenção de talento para cada instituição/região.

Flexibilidade para percursos individuais - não é razoável supor que uma decisão de carreira tomada aos 24 ou 25 anos proporcionará uma vida de satisfação profissional e pessoal para sempre. Atualmente, não há caminho para mudança. Uma abordagem mais flexível deve ser desenvolvida para permitir que os indivíduos voltem a uma fase anterior do continuum formativo e dessa forma estar em condições de fazer novas opções.

Coragem política – as definições anteriores devem ser assumidas com grande transparência e coragem pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior e pela Ordem dos Médicos.

Como a capacidade formativa deverá ser definida por múltiplas instituições, a criação de uma comissão nacional independente, com composição representativa, que possa emitir recomendações neste capítulo.

A formação médica pós-graduada, enquanto período de formação especializada em área individualizada da medicina e que habilita os médicos ao exercício autónomo e tecnicamente diferenciado nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas levou à regulamentação de diversos aspetos relativos aos internatos complementares/da especialidade, nomeadamente sobre orientadores de formação, idoneidade formativa dos serviços, avaliação final dos internatos em articulação com a avaliação contínua, a constituição dos júris e o tipo de classificação.

Nos últimos anos, registaram-se modificações e enormes desenvolvimentos da medicina, o que implicou inevitavelmente alterações na formação médica, desde logo no ensino médico pré-graduado com as reformas dos cursos de medicina.

Em termos gerais, a formação pós-graduada impõe uma permanente atualização do ensino e uma acrescida capacidade de investimento profissional contínuo, visando a melhoria da qualidade e a excelência da formação médica individual.

A formação de formadores constitui uma medida nuclear na formação pós-graduada. A formação tem de ser assegurada por profissionais empenhados e competentes, mas também com treino nessas competências que estimulem o melhor ambiente formativo para os internos.

Este desígnio não pode ser assegurado sem: i) um programa formativo para os internos, com uma avaliação condigna e ii) um programa formativo para os orientadores de formação.

Em vários países existem programas formativos bem definidos para a formação de internos nas diferentes especialidades.

Estes programas formativos, respeitando recomendações nacionais, podem/devem ser ajustados a cada instituição, mantendo sempre um mínimo denominador comum.

Estes programas devem, idealmente, agregar várias instituições para serem mais eficientes.

Obviamente, as competências mais relevantes nesta fase da formação, devem estar centradas na aquisição de competências técnicas, de comportamentos/attitudes, que precisam de ser asseguradas e verificadas.

Assim, a introdução de ferramentas de avaliação em ambiente de trabalho que assegurem, com frequência apropriada e por múltiplos profissionais, a demonstração e uma avaliação dessas competências pelos internos é fundamental.

Mais, a avaliação dos diferentes domínios de competências deve ser assegurada de forma profissional e independente (por forma a terminar com a situação vergonhosa que atualmente se verifica nomeadamente ao nível das classificações do final da formação especializada).

Por outro lado, é também fundamental implementar um programa de formação para orientadores de formação de médicos internos.

Atualmente não é aceitável que a formação pré-graduada seja assegurada por profissionais que não façam provas de formação específica na área de educação médica. Do mesmo modo, é difícil aceitar que os orientadores de formação de médicos internos não tenham acesso a um programa de desenvolvimento pessoal que inclua a formação orientada para essa tarefa.

Este programa, idealmente nacional, deve ser assegurado em parceria por várias instituições (Ordem dos Médicos, escolas médicas).

Esta tarefa que é pedida aos Especialistas que asseguram a formação de médicos internos, deve ser reconhecida em termos de horário, de remuneração e de progressão na carreira.

Adicionalmente, admitindo que é assegurado o acesso a programas de formação para orientadores, a par da adequada valorização desta atividade, será legítimo contemplar a possibilidade de, à semelhança dos meios de avaliação a que os internos estão sujeitos, serem igualmente criados mecanismos que avaliem construtivamente o modo como os orientadores cumprem esta missão tão importante, numa ótica de melhoria contínua da qualidade de formação que é prestada aos médicos internos.

Todos estes pressupostos contribuiriam, sem dúvida, para melhorar a organização e desempenho da capacidade formativa de cada unidade.

O Internato Médico deve ser urgentemente definido como a etapa inicial da Carreira Médica, ou seja, o seu primeiro grau.

O período da Formação Geral continua a cumprir um papel insubstituível, apesar de amputado em 12 meses relativamente ao anterior Internato Geral.

A reposição destes meses seria seguramente uma mais-valia formativa nesta fase do percurso profissional dos médicos.

A prova final do internato de formação especializada deveria estar sujeita a um número máximo de cinco candidatos por cada júri.

As atuais fórmulas e grelhas de classificação deverão ser mais objetivas, no sentido de diminuir as diferentes interpretações de cada júri.

Os colégios da especialidade da Ordem dos Médicos, devem desempenhar um papel determinante nesta matéria, tendo autonomia alargada para assegurarem a equidade e a seriedade na avaliação.

5. As Carreiras Médicas e a Gestão das Unidades de saúde

AS CARREIRAS MÉDICAS E A GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

O Relatório sobre as Carreiras Médicas de 1961 referiu numas das suas abordagens que “as carreiras não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial, tanto mais que todo ele tem por ponto de apoio a clínica” e ainda que “as carreiras constituem uma estrutura fundamental do serviço de saúde: sem elas não haverá assistência de boa qualidade; só com elas, a situação presente não melhorará”.

Estas considerações mantêm toda a sua atualidade.

Quando foi desencadeada a grande movimentação dos médicos na segunda metade da década de 1950, a Saúde era uma mera Subsecretaria de Estado do Ministério do Interior.

Só depois dessa movimentação é que o governo ditatorial no poder se viu obrigado a criar o Ministério da Saúde como resposta política a uma situação que começava a fugir-lhe do seu férreo controlo.

É a partir desse momento que se desenvolve a abordagem legislativa desta delicada área.

Nesse sentido, é por se reconhecer a estreita relação entre as Carreiras Médicas e a gestão e organização dos serviços de saúde, que se torna indispensável ter presente a evolução legislativa dos diplomas relativos à gestão dos serviços de saúde, ainda antes da publicação do Relatório sobre as Carreiras Médicas em 1961, para podermos avaliar melhor a experiência acumulada e os resultados concretos obtidos ao longo destas décadas.

Em 2 de Abril de 1946, foi publicada no então “Diário do Governo” a **Lei 2011, sobre a Organização Hospitalar**”, num momento político em que a Saúde era tutelada pelo Ministério do Interior.

A Base I

Para efeitos de organização hospitalar o país é dividido em zonas, regiões e sub-regiões.

Base II

Em cada zona haverá pelo menos um hospital central; em cada região um hospital regional; e em cada sub-região um hospital sub-regional.

As Bases VI, VII e VIII estipulavam os tipos de serviços que cada zona hospitalar e que os hospitais centrais e regionais asseguravam.

No ponto nº 5 da Base VIII era referido que “O Ministro do Interior poderá ampliar os serviços enunciados nesta base ou criar outros, sempre as necessidades de assistência regional o determinem”.

Na Base XVI estava estipulado que “os hospitais sub-regionais serão providos de um número de camas correspondente, em princípio, a 2 por mil do número de habitantes da sua área.”.

A Base XIX estabelecia que “os encargos da assistência hospitalar competem ao Estado, nos seus estabelecimentos próprios, e são custeados em regime de cooperação, nos

pertencentes a outras entidades ou por elas mantidos. Em qualquer dos casos incumbe às autarquias locais e ao Estado tomar as providências necessárias para que os hospitais funcionem com plena eficiência”.

A Base XXI criou a Comissão de Construções Hospitalares.

A Base XXII, no seu ponto nº 1, estabelecia que “o recrutamento do corpo clínico dos hospitais centrais e regionais, com exceção do que está presentemente no exercício de funções, será feito por concurso, segundo critério de competência especializada, de forma que aqueles hospitais garantam os serviços gerais e de especialidades que lhes competem”.

Na Base XXIV estava estabelecido que “o Governo determinará urgentemente as condições necessárias para a obtenção do título de médico especialista e promoverá as facilidades impostas pela necessidade de provimento dos lugares criados pela organização hospitalar”.

Assim, a 19 de Julho de 1963 foi publicada a Lei nº 2120 contendo **“As bases da política de saúde e assistência”**.

O diploma efetuou uma abordagem muito elementar e com conceitos que, mesmo para esse momento histórico, se encontravam em contradição com as políticas sociais do pós - II Guerra Mundial.

A título de exemplo, vejamos o que diziam as seguintes bases:

BASE I

1. A política de saúde e assistência tem por objetivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais.
2. O combate à doença abrange a ação preventiva, curativa e recuperadora.

BASE II

1. Na execução da política de saúde e assistência deverá ter-se presente:
 - a) A natureza unitária da pessoa humana e a necessidade de respeitar a sua dignidade e integridade moral;
 - b) A missão fundamental da família, como meio mais adequado à vida e ao desenvolvimento integral do homem e primeiro responsável pelo bem-estar dos seus membros;
 - c) A necessidade de formação moral e cívica e de educação social e sanitária dos indivíduos e seus agrupamentos;
 - d) O dever do trabalho, como base da sustentação e dignificação do homem.
2. Na organização e prestação dos serviços de saúde e assistência conceder-se-á preferência à ação preventiva.

BASE III

Compete ao Estado:

- a) Estabelecer planos gerais para as atividades de saúde e assistência;

- b) Orientar, coordenar e fiscalizar estas atividades;
- c) Organizar e manter os serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada;
- d) Fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam as condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins;
- e) Exercer ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer sempre que estejam nas condições referidas na alínea antecedente.

BASE XXV

O pessoal dos serviços do Ministério constará de quadros de funcionários técnicos e administrativos.

Serão estabelecidas para os médicos a carreira de saúde pública e a carreira hospitalar. Serão igualmente estabelecidas carreiras para o pessoal farmacêutico, auxiliar de medicina, de serviço Social, de enfermagem e administrativo de hospitais e outros estabelecimentos de saúde e assistência.

BASE XXXII

Quando os assistidos não puderem satisfazer, no todo ou em parte, os encargos com o pagamento de serviços de saúde e assistência, responderão, por ordem sucessiva, os descendentes, ascendentes e cônjuge, salva a hipótese prevista na parte final da base anterior, e, ainda, os irmãos e sobrinhos que com aqueles tenham economia comum.

BASE XL

Até à publicação dos regulamentos definitivos, o Ministro da Saúde e Assistência elaborará os regulamentos provisórios indispensáveis à boa execução da presente lei. Os referidos regulamentos carecem de aprovação do Ministro das Finanças sempre que contenham matéria financeira.

Em 27/4/1968, foi publicado o Decreto-Lei nº 48357 estabelecendo o “Estatuto Hospitalar”.

A organização hospitalar foi constituída pelos seguintes estabelecimentos ou serviços:

- a) Hospitais gerais e especializados;
- b) Centros médicos especializados;
- c) Centros de reabilitação;
- d) Hospitais de convalescentes e de internamento prolongado;
- e) Postos de consulta e de socorros.

Definiu que “a colaboração dos estabelecimentos e serviços hospitalares na prevenção da doença inclui a obrigação de promoverem a educação sanitária dos doentes e dos seus familiares, sobretudo através dos serviços ambulatorios e domiciliários, bem como a do pessoal ao seu serviço, podendo também abranger o encargo de executarem ou auxiliarem a executar exames periódicos da população, nos termos estabelecidos pelo Ministro da Saúde e Assistência”.

E que podiam “ser criados centros de saúde junto dos hospitais, dentro das suas disponibilidades financeiras”.

O Decreto nº 48358 de 27/4/1968, aprovou o Regulamento Geral dos Hospitais.

Estabeleceu como hospitais centrais gerais:

- a) Em Lisboa: os Hospitais Civis de Lisboa e o Hospital de Santa Maria;
- b) No Porto: o Hospital Escolar de S. João e o Hospital Geral de Santo António;
- c) Em Coimbra: os Hospitais da Universidade de Coimbra.

Estabeleceu nos hospitais centrais os seguintes órgãos de administração:

- a) O provedor;
 - b) O conselho de administração;
 - c) O administrador.
2. São órgãos de direção técnica:
- a) O diretor clínico;
 - b) O conselho técnico;
 - c) A comissão médica.

“O provedor dos Hospitais Civis de Lisboa conserva o título de enfermeiro-mor”.

O Decreto-lei nº 413/71, de 27 de Setembro, promulgou a organização do Ministério da Saúde e Assistência, sendo nessa altura Ministro da Saúde o Dr. Baltasar Rebelo de Sousa e Secretário de Estado da Saúde o Prof. Dr. Gonçalves Ferreira.

Tratou-se do diploma legal nuclear na estruturação da reforma da saúde.

No seu preâmbulo referia-se o seguinte:

1. Pelo presente diploma são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência, a fim de se ajustar a sua orgânica aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência, aprovado pela Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963, e atender à instante necessidade de intensificação e desenvolvimento das atividades de saúde pública e de promoção social, criando condições mais favoráveis à sua realização, mediante a integração dos serviços públicos e a condenação das iniciativas e instituições particulares que devem assegurar a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações.

O princípio enunciado na base I da referida lei, de que a política de saúde e assistência tem por objetivo o combate à doença e a prevenção e reparação das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais, para além de assinalar o firme propósito de assegurar o bem-estar social das populações, constitui a consagração do reconhecimento do direito à saúde implícito na própria Constituição e que tem como únicos limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias.

Ao alargamento de funções e objetivos pretendidos não pode deixar de corresponder a renovação dos meios de ação, o aperfeiçoamento dos métodos de trabalho, o desenvolvimento dos serviços, a preparação do pessoal necessário e consequente instalação de carreiras profissionais, cobrindo os serviços centrais e locais, e a unidade de planeamento e direção das atividades por que se efetiva a política de saúde, com vista ao estabelecimento de um sistema nacional de saúde e à integração da política de assistência no contexto mais vasto da política social globalmente considerada.

A complexidade dos problemas de saúde e de ação social não se compadece com improvisações de índole administrativa ou técnica, nem permite soluções definitivas a partir de esquemas rígidos. É forçosa a prudência na escolha dos caminhos que se reputam tecnicamente mais perfeitos, sem prejuízo de, nos sectores já estudados e experimentados, se adotarem as medidas de execução adequadas.

O Estatuto da Saúde e Assistência fixou as bases gerais em que deve assentar a política naqueles domínios e o seu regime jurídico. O presente diploma, que estabelece a orgânica dos serviços, parte dos seguintes corolários fundamentais:

a) Os princípios e os métodos de administração da saúde pública e da estratégia sanitária, informadores da estruturação dos serviços, condicionam o funcionamento destes à disciplina do planeamento e à verificação regular da eficiência do trabalho realizado;

b) A reconversão da orgânica atual, de acentuadas características individualistas, deve conduzir a uma estrutura de serviços subordinados a uma política unitária de saúde e assistência com capacidade bastante para, progressivamente, por si e em ligação com outros serviços e instituições, assegurar a toda a população um nível aceitável de cuidados médicos e de apoio social;

c) O aperfeiçoamento e a intensificação das medidas atinentes à preparação do pessoal técnico, a incluir em quadros devidamente hierarquizados sob a forma de carreiras profissionais, constituem meio indispensável para a eficiência dos serviços;

d) Em correlação com a ação de saúde pública, os serviços assistenciais têm por objetivo a integração social da infância, juventude e população idosa ou diminuída carecidas de auxílio e o incremento da promoção comunitária e social da população, sempre atendendo à dignidade da pessoa humana e à família como agrupamento social imprescindível ao desenvolvimento integral do homem.

2. Os serviços de prevenção da doença e de promoção da saúde, apesar da importância fundamental que têm para o desenvolvimento social e económico da Nação, não ocupam ainda a posição que lhes compete no conjunto dos serviços de saúde, tanto no Ministério da Saúde e Assistência como noutros Ministérios. O facto torna-se ainda mais assinalável por ser nestes serviços que o índice de rendimento é maior e, por conseguinte, ser neles que importa investir com carácter prioritário, para mais rápida melhoria das atuais condições sanitárias do País.

Por virtude do seu já assinalado carácter complexo, quer no aspeto das modalidades que reveste, quer das entidades que a prestam, a ação médico-social, sanitária e assistencial carece de ser planificada, orientada e executada com a preocupação fundamental de evitar gastos desnecessários e duplicações de esforços, de maneira a conseguir o rendimento máximo dos meios disponíveis.

3. Ao Ministro da Saúde e Assistência compete dirigir a política do sector, definindo as suas diretrizes e planos gerais de atuação e coordenando as respetivas atividades.

Dado, porém, que esta coordenação transcende o próprio Ministério da Saúde e Assistência, pois engloba muito especialmente o das Corporações e Previdência Social, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 446/70, de 23 de Setembro, o Conselho Superior de Ação Social, ao qual cabe promovê-la, no âmbito dos dois Ministérios, na base da consideração dos problemas que lhes são comuns.

4. Além do Conselho Superior de Ação Social, instituem-se, no âmbito do próprio Ministério, dois órgãos de excepcional importância, com funções de estudo, investigação e planeamento, a fim de habilitar as entidades responsáveis a tomarem as suas decisões

baseadas nos conhecimentos científicos e técnicos mais evoluídos em cada momento e na orientação que a metodologia da administração de saúde pública recomenda.

A função científica e técnica, completada por estudos de campo, é confiada ao Instituto Nacional de Saúde, ao qual incumbe uma nova e mais ampla atuação do que a do atual Instituto Superior de Higiene do Dr. Ricardo Jorge. As atribuições deste passam, assim, a ter âmbito mais vasto, de forma a abarcar problemas novos ou agravados na época atual. Ficarà a caber-lhe não só a investigação - a empreender e coordenar, no âmbito de todo o Ministério, nos diversos ramos da epidemiologia, e não apenas no domínio laboratorial, para o que se preveem vários centros de investigação e de estudo -, mas ainda a ação de laboratório de saúde pública e de controle de medicamentos, bem como a prospeção, recolha e inventário de toda a informação científica e técnica e a sua divulgação pelos diferentes serviços que hão de aplicar esses conhecimentos.

O planeamento dos programas e das estruturas de saúde pública e assistenciais, a sua permanente atualização e a proposta de soluções que permitam harmonizar os serviços em convenientes integrações aos vários níveis competirão a um gabinete de estudos e planeamento. Dele se exigem as maiores responsabilidades na conceção e na colheita e ordenamento dos dados que hão de servir de base às decisões e à orientação superior das atividades do Ministério, para o que se lhe facultam os meios e as colaborações necessárias.

5. Mantêm-se, na nova orgânica, as três Direcções-Gerais, uma vez que, apesar do desenvolvimento que se pretende no campo da saúde pública, a necessidade de enquadramento em técnicas de atuação diferenciadas dos hospitais e de algumas modalidades de assistência não aconselha, por agora, a integração dos diferentes serviços num mesmo órgão, sem embargo de a Direcção-Geral de Saúde vir a ocupar lugar relevante na direcção das atuações periféricas.

6. Na região, esta direcção será, em princípio, assegurada por uma inspeção coordenadora, constituída por representantes das Direcções-Gerais de Saúde, dos Hospitais e da Assistência Social, com vista às tarefas de coordenação e vigilância indispensáveis na área geográfica, que dispõe de todos os serviços gerais e especializados.

Por seu turno, no distrito, idêntico objetivo de unidade na atuação se pretende atingir por meio de conselhos distritais de coordenação, com representação dos serviços hospitalares e dos diversos serviços médico-sociais, a que se poderão juntar representantes de outro departamento.

Finalmente, no concelho, a unidade de execução obtém-se por via de uma comissão coordenadora e assenta na competência genérica dos centros de saúde, organismos polivalentes que, dirigidos pela autoridade sanitária, coordenarão as atuações dos vários sectores, hoje dispersos e individualizados, que a evolução previsível indique deverem manter-se interligados ou ser por eles progressivamente abrangidos.

7. Procura-se, por outro lado, quer no concelho, quer no distrito, coordenar as atividades dos serviços que devam ainda manter autonomia orgânica com as atividades nucleares dos centros de saúde. Constituem-se, para isso, unidades de trabalho (unidades de saúde) para a disciplina das atividades dos centros, atuais dispositivos hospitalares, dispensários ou afins e serviços de apoio administrativo, e comete-se à autoridade sanitária a responsabilidade pela orientação e funcionamento harmónico de tais unidades.

8. Estes objetivos implicam considerável reforço de estruturas, que a orgânica agora decretada opera na Direcção-Geral de Saúde.

Não poderia, aliás, deixar de assim suceder, na medida em que é a essa Direcção-Geral que correspondem, capitalmente, as funções, consideradas prioritárias, de prevenção da doença e promoção da saúde, exercidas no contacto direto com as populações.

Ponderou-se, aliás, com o devido cuidado, a redistribuição de competências entre as três Direcções-Gerais, de forma a completar-se o conjunto de medidas orgânicas que se destina a garantir a equilibrada e harmoniosa cooperação entre serviços.

9. Chegou a admitir-se que, para respeitar o rigor da lógica e as subordinações tecnicamente acertadas, se houvesse de extinguir a Direcção-Geral dos Hospitais, englobando os seus serviços na Direcção-Geral de Saúde. É, porém, necessário conjugar as orientações que em teoria se poderiam afigurar as melhores com os condicionalismos e exigências de ordem prática; e a análise da situação presente - sobretudo pelo que toca ao estado atual da organização e administração das estruturas hospitalares - conduziu a considerar prematura tal fusão. Onde, contudo, se entendeu vantajoso e possível observar, desde já, aquela orientação, como é o caso dos pequenos estabelecimentos hospitalares ao nível concelhio, tomaram se, entretanto, as medidas aconselháveis.

Confinou-se, com efeito, a competência da Direcção-Geral dos Hospitais às fronteiras dos hospitais centrais e regionais, estes agora denominados «distritais». Transferem-se para a órbita da Direcção-Geral de Saúde as funções de tratamento que possam ser exercidas pelos centros de saúde. Com esta libertação de responsabilidades e a valiosa cooperação dos serviços médico-sociais da Previdência, que podem ser encaminhados no sentido de trabalharem coordenadamente com os do Ministério da Saúde e Assistência, tal como vem acontecendo com a colaboração das beneméritas Misericórdias, ganha a Direcção-Geral dos Hospitais maior possibilidade de desempenhar as funções que se lhe assinalam como adequadas e, do mesmo passo, obtém-se uma mais funcional prestação dos serviços médicos extra-hospitalares.

10. Em lugar da atual Direcção-Geral da Assistência, cria-se a Direcção-Geral da Assistência Social. Não é, porém, uma mera mudança de designação o que se tem em vista. Pretende-se, antes, abranger e disciplinar algumas importantes funções do domínio da política social que não se encontram cobertas por outros departamentos do Estado. Procura-se, mais concretamente, contribuir para a integração social dos indivíduos, pela sua educação e participação na vida da comunidade, tendo em especial atenção a infância e a juventude, e a população idosa, ocorrendo às suas carências e diminuições, e aproveitando, sempre que possível, o enquadramento familiar para o fomento do bem-estar individual e coletivo. Tais atividades implicam, em grau acentuado, além da coordenação com todos os serviços de desenvolvimento comunitário e promoção social, a sua conjugação com as dos sectores médico-sociais. Sem que esse motivo seja bastante para deixarem de ser exercidas pelos correspondentes órgãos ou pessoal especializados, reconhecer-se-á a vantagem da sua íntima ligação com as atividades exercidas, tanto no âmbito da Direcção-Geral de Saúde e da Direcção-Geral dos Hospitais como, ainda, no dos serviços correspondentes ou afins do Ministério das Corporações e Previdência Social e de outros departamentos do Estado. Dada a progressiva expansão do âmbito e atividades da Previdência e as óbvias inter-relações, é de prever mesmo que a assistência social venha no futuro a constituir com aquele sector um conjunto de serviços nitidamente definido e diferenciado.

A competência básica de promoção das referidas medidas de política social ficará a ser exercida por um instituto da família e ação social.

11. Por este diploma é criada uma secretaria-geral, a que competem funções de orientação, coordenação e apoio técnico-administrativo, designadamente no âmbito da reforma administrativa e das técnicas de organização e métodos de trabalho. Compreende serviços de contencioso, inspeção, aprovisionamento, instalações e equipamento, organização e métodos de trabalho e administrativos.

Tem-se em vista, com esta criação, preencher uma importante lacuna da atual orgânica do Ministério, relativa à coordenação ao nível dos serviços centrais. E pretende-se, do mesmo passo, no seguimento da orientação estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 622/70, dispor do necessário «instrumento propulsor da reforma administrativa no respetivo Ministério e simultaneamente principal ponto de apoio da ação ministerial».

12. Sob a rubrica de serviços especiais, englobam-se os órgãos jurisdicionais, constituídos pelas comissões arbitrais de assistência e os serviços sociais do Ministério.

13. A organização dos quadros do pessoal obedeceu ao princípio de que este deverá estar integrado em carreiras profissionais devidamente hierarquizadas, que constem de diploma próprio.

A instituição destas será progressiva, atentas as dificuldades de recrutamento, por carência quantitativa ou qualitativa de pessoal necessário, sendo certo, porém, que virá a ser importante motivo de atracção de candidatos, a todos os níveis dos serviços, com especial relevância para os afastados dos grandes centros, presentemente os mais desprovidos e que devem considerar-se com prioridade. Nos anos próximos, mercê do esforço que vai continuar a conceder-se à intensiva formação de pessoal, e com o estímulo que se espera conferir, pelas condições das carreiras, ao recrutamento de novos elementos, ir-se-á, certamente, obtendo maiores disponibilidades de técnicos das várias categorias, cuja colocação fica assegurada ou em lugares de carreiras já criadas ou por virtude do progressivo desenvolvimento dos centros de saúde, nos quais igualmente se adota o princípio da integração em carreiras profissionais. Findo o período de instalação dos centros, os respetivos quadros virão a integrar-se no quadro geral dos serviços locais (distritais e concelhios).

14. O impulso e a disciplina que a nova orgânica imprimirá aos serviços e os consequentes benefícios de ordem geral a esperar das medidas agora promulgadas justificam plenamente o esforço financeiro progressivo resultante da sua aplicação, o qual não deixará de traduzir-se também num maior índice de rendimento dos recursos empregados pela Nação no sector da saúde e assistência social.

Consagrou a criação de centros de saúde, entendidos como “serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência, responsáveis pela integração e coordenação das atividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objetivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponda”.

E definiu que “os centros de saúde serão criados, em todos os concelhos, incluídos os das sedes dos distritos, por portaria do Ministro da Saúde e Assistência.

Em relação às suas atividades, estabeleceu as seguintes:

a) Higiene do meio ambiente, higiene do trabalho e medicina do trabalho;

b) Higiene materno-infantil, pré-escolar e escolar;

c) Profilaxia das doenças evitáveis, com centros de vacinação;

- d) Saúde mental;
- e) Enfermagem de saúde pública, com visitação domiciliária polivalente;
- f) Seleção e cuidados médicos elementares, incluindo os domiciliários;
- g) Educação sanitária;
- h) Serviço social;
- i) Registos estatísticos.

O Decreto-lei nº 129/77, de 2/4/1977, aprovou a Lei Orgânica Hospitalar, e tornou-se no primeiro diploma sobre gestão hospitalar publicado no regime democrático pós 25 de Abril de 1974, sendo o governo presidido pelo Dr. Mário Soares, tendo como Ministro dos Assuntos Sociais o Dr. Armando Bacelar e como secretário de estado da saúde o Dr. Paulo Mendo.

No seu preambulo é afirmado que:

“A Constituição da República Portuguesa reconhece de forma inequívoca o direito de toda a população à proteção da saúde, afirma como via de realização desse direito a criação de um serviço nacional de saúde e reserva para o Estado a incumbência prioritária, e não já meramente supletiva, como sucedia na vigência anterior, de garantir uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar do País.

“Compete, pois, ao Governo criar condições que, no mais breve prazo, permitam pôr à disposição de toda a população um autêntico serviço nacional de saúde, apto a responder às suas solicitações e capaz de dar conteúdo ao direito à saúde, que constitui uma conquista fundamental dos povos civilizados.”

Decreto regulamentar nº 30/77, de 20/5/1977, aprovou o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direção dos Hospitais.

Definiu como órgãos colegiais de gestão, o conselho geral e o conselho de gerência.

O conselho de gerência era constituído por um médico eleito pela respetiva assembleia do setor, com pelo menos sete anos de carreira, por um enfermeiro eleito pela respetiva assembleia do setor, com categoria não inferior a enfermeiro subchefe e com, pelo menos, cinco anos de serviço no hospital e um administrador.

O conselho de gerência era presidido pelo médico que era designado diretor do hospital.

Este diploma consagrou a gestão democrática dos hospitais públicos.

O Decreto Regulamentar nº 97/83, de 22/4, aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, durante a vigência de um governo presidido pelo Dr. Francisco Pinto Balsemão, tendo como ministro dos Assuntos Sociais o Dr. Luís Barbosa e como secretário de estado da saúde o Dr. Paulo Mendo.

O Decreto-Lei n.º 19/88, de 21/1/1988, aprovou a Lei de Gestão Hospitalar, que alterou radicalmente a gestão nos hospitais, abolindo a participação democrática.

A publicação deste diploma legal aconteceu na vigência de um governo presidido pelo Dr. Aníbal Cavaco Silva e tendo como Ministra da Saúde a Dr.ª Leonor Beleza (6/11/1985 a 5/1/1990).

O Decreto regulamentar n.º 3/88 foi publicado no dia seguinte, 22/1/1988, referindo no seu sumário que “introduz substanciais alterações no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços”

O Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto, publicado durante a vigência de um governo presidido pelo Eng.º António Guterres e tendo como Ministra da Saúde a Dr.ª Maria de Belém Roseira (28/10/1995 a 25/10/1999) introduziu alterações pontuais à anterior lei de gestão hospitalar e estabeleceu a eleição dos diretores clínicos e dos enfermeiros-diretores.

No seu preambulo afirmou que:

“A lei de gestão hospitalar carece de profunda reformulação em função da evolução do sistema de saúde e da própria sociedade, e dos ensinamentos da experiência entretanto recolhida, o que poderá levar à redefinição da natureza jurídica dos hospitais e consequentemente dos meios de gestão de que dispõem.

Até que tal se concretize importa, contudo, introduzir desde já algumas alterações à regulamentação em vigor, na sequência de aspirações há muito manifestadas pelas associações de classe.

Reconhece-se a importância da participação dos profissionais envolvidos no processo de designação dos órgãos de direção técnica dos hospitais, como garantia do seu maior envolvimento, adesão e responsabilização, na prossecução dos objetivos dos estabelecimentos hospitalares.

Considera-se grande o impacto desta medida na gestão hospitalar e na atividade dos profissionais do sector, razão pela qual foram ouvidas a Ordem dos Médicos e as organizações sindicais representativas.

Importa ainda esclarecer o acervo de competências dos conselhos de administração dos hospitais e dos outros órgãos máximos das restantes pessoas coletivas de direito público integradas no Serviço Nacional de Saúde, no sentido de lhes ser reconhecida a disponibilidade dos meios necessários à eficaz prossecução das suas atribuições e maior eficiência da gestão exigida quer pela sua natureza, quer pela modernização e desburocratização que se impõe no âmbito da prestação de cuidados de saúde.”

No seu primeiro artigo este diploma referiu que o seu objetivo era estabelecer “o regime de nomeação dos diretores clínicos e dos enfermeiros-diretores do serviço de enfermagem dos estabelecimentos hospitalares, bem como dos Centros Regionais de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra, e define as competências dos órgãos dirigentes máximos dos hospitais e das restantes pessoas coletivas de direito público integradas no Serviço Nacional de Saúde”.

O Decreto-Lei nº 374/99, publicado em 18/9/1999, visou estabelecer o regime geral a que deveria obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrados (CRI).

No seu preâmbulo é afirmado que: "...os fins sociais que os cidadãos têm direito a esperar dos hospitais não se compadecem com a atual inoperacionalidade do seu sistema de organização, pelo que no presente diploma se pretende conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e defender o melhor uso dos recursos, com a essência e os valores que o hospital público deve defender.

Assim, sendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde um objetivo estratégico fundamental, torna-se imperativo redefinir a estrutura funcional dos hospitais, através de soluções que permitam identificar ganhos em saúde, assim como aumentar o grau de satisfação dos utilizadores e dos profissionais.

Concretamente a organização interna dos estabelecimentos hospitalares em centros de responsabilidade integrados tem como objetivo atingir uma maior eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição.

Os centros de responsabilidade integrados agrupam serviços e ou unidades de dimensão gestonária adequada segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, visando a articulação operativa entre as diferentes especialidades médicas, a redução de custos e a maior capacidade competitiva.

Os centros de responsabilidade integrados visam também a assunção de um processo de reengenharia hospitalar reconhecendo a necessidade de alterar a atual estrutura dos cuidados, de acordo com lógicas assistenciais direcionadas para a globalização dos cuidados, aproveitando sinergias e complementaridade de funções e especialidades, prosseguindo a maior efetividade e utilidade social das prestações.

Por outro lado, pretende-se que os centros de responsabilidade integrados constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão nos termos e no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o conselho de administração do hospital...".

O Decreto-lei nº 218/96, de 20 de Novembro, criou o Hospital de S. Sebastião na cidade de Santa Maria da Feira, na vigência da ministra da saúde, Dr.ª Maria de Belém Roseira.

O Decreto-lei nº151/98, de 5 de Junho, alterou o estatuto jurídico do Hospital de S. Sebastião (Santa Maria da Feira) atribuindo-lhe uma natureza empresarial e colocando-o sob a tutela simultânea dos ministros da saúde das finanças.

Este decreto-lei inaugurou a introdução dos contratos individuais de trabalho nos hospitais e à revelia de qualquer enquadramento da carreira médica.

Neste novo estatuto jurídico, os diretores clínicos deixavam de ser eleitos pelos seus pares no hospital.

O preâmbulo referiu que:

"O Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de Novembro, tendo sido incumbida a comissão instaladora da

formulação dos estudos e propostas necessários à adoção de um modelo de gestão adequado à prossecução dos fins da instituição.

De facto, o atual modelo de gestão, determinando a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, revela-se incompatível com a verdadeira natureza dos hospitais, ou seja, com a sua natureza de estabelecimentos de carácter social, orientado e aberto para o público e para a prestação de cuidados diferenciados de saúde.

Esta natureza exige a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, a que os hospitais devem obedecer para a otimização da sua atividade, conforme determinado já na Lei de Bases da Saúde, que igualmente previu a realização de experiências inovadoras de gestão.

É a experimentação de uma dessas formas inovadoras de gestão que se pretende criar no Hospital de São Sebastião, possibilitando-lhe, como hospital público, gerido em nome e na lógica do interesse público e nos termos da Lei de Bases da Saúde, a utilização de meios de gestão maleáveis e adequados - que, paradoxalmente, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde apenas admitiu para o caso da gestão por outras entidades -, como é o caso da contratualização do financiamento em função das atividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.

A atribuição do novo estatuto ao Hospital de São Sebastião foi proposta pela comissão instaladora e antecedida de cuidadoso estudo prévio de avaliação, que concluiu pela utilização dos novos meios de gestão, a fim de propiciar aumento de eficiência com redução de custos unitários das prestações de cuidados de saúde.

Esta experiência assenta ainda nos princípios do respeito pelas linhas orientadoras da política de saúde superiormente definidas, do enquadramento do Hospital na unidade de saúde respetiva, do incremento da qualidade das atividades a desenvolver, do seu acompanhamento pela administração regional de saúde competente através da Agência de Acompanhamento dos Serviços de Saúde, do respeito pelos direitos e expectativas dos profissionais de saúde nos aspetos essenciais dos respetivos estatutos e das imposições comunitárias sobre compras públicas.

Instituem-se ainda mecanismos que asseguram uma maior transparência e ligação à comunidade em que o Hospital se insere, fazendo-a intervir na definição das linhas de atuação e na apreciação dos respetivos planos e relatórios.

Da avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos da experiência, e verificada que seja a sua adaptação às necessidades do sistema de saúde e da sociedade, poderá concluir-se pela institucionalização deste modelo de gestão”.

Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de saúde.

Este diploma criou pela primeira vez as unidades de saúde familiar (USF) e estabeleceu a eleição democrática do Conselho Técnico, à semelhança da eleição dos diretores clínicos nos hospitais com gestão pública.

O preambulo referiu que:

“Os centros de saúde, criados pelo Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, foram reformulados com a institucionalização das primeiras administrações regionais de saúde pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, e regulamentados pelo Despacho

Normativo n.º 97/83, de 28 de Fevereiro, mantendo-se, até à data, na dependência orgânica e funcional das administrações regionais de saúde.

Ora, a evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a atual exigência de instituições e serviços de saúde que, numa perspetiva multidisciplinar e de forma efetiva e eficiente, sejam centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde tornaram, entretanto, obsoleto o enquadramento normativo dos centros de saúde, designadamente pela inexistência de autonomia e pelo não reconhecimento de uma hierarquia técnica.

Por outro lado, a solução de concretizar a autonomia dos centros de saúde através da sua integração em grupos dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, conforme previsto no artigo 13.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, mostrou-se inadequada, por redutora, a nível nacional, para além de significar a criação de novas estruturas intermédias entre os centros de saúde, as administrações regionais de saúde e os seus serviços de âmbito sub-regional.

Nestes termos, reconhecendo os centros de saúde como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, considera o Governo ter-se tornado prioritária a reformulação do respetivo quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local, com base numa matriz organizacional, simultaneamente flexível e funcional, no respeito de uma hierarquia técnica efetiva.

Na verdade, a prossecução da missão dos centros de saúde, com qualidade e eficiência, exige uma gestão institucional rigorosa e uma hierarquia técnico-assistencial capazes de influenciar o desempenho dos profissionais e das equipas por eles formadas, numa base de autonomia e de corresponsabilização.

Por seu turno, a atribuição de personalidade jurídica aos centros de saúde permitir-lhes-á um nível de autonomia equivalente ao já detido pelos hospitais, possibilitando interações e diálogo mais equilibrados no processo de articulação interinstitucional já iniciado nas unidades de saúde, num processo evolutivo para a integração, com outras entidades, em sistemas locais de saúde.

Reconheça-se, todavia, que o processo de reestruturação dos centros de saúde não pode ser universal nem uniforme, devendo antes fazer-se de modo progressivo, flexível e consensual, otimizando os recursos disponíveis, designadamente através da criação de serviços comuns a vários centros de saúde.

Por isso, ao invés de um modelo rígido, aplicável, por igual, a todos os centros de saúde, o presente diploma consagra as linhas orientadoras gerais a que devem subsumir-se as soluções mais adequadas a cada situação concreta”.

O Decreto-lei nº 207/99, de 9 de Junho, criou a Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos ainda na vigência do mandato da Dr.ª Maria de Belém Roseira como ministra da saúde.

Esta ULS foi também inserida num regime jurídico empresarial, os seus diretores clínicos também não eram eleitos e a contratação dos profissionais de saúde baseava-se na legislação dos contratos individuais de trabalho.

O seu preambulo referiu que:

“A melhoria da prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde assenta, em parte, na criação de condições que possibilitem a melhor gestão das suas instituições

e a melhor articulação dessas instituições entre si e com outras instituições na mesma área geográfica.

Podendo este desiderato ser atingido através de várias formas consideradas mais adequadas à especificidade das várias situações e instituições, conforme possibilita o n.º 1 da base XXXVI da Lei de Bases da Saúde, entendeu-se instituir no município de Matosinhos uma experiência inovadora que se consubstanciasse, por um lado, na possibilidade de utilização dos meios próprios de uma gestão pública de tipo empresarial tal como definida no Hospital de São Sebastião através do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, e, por outro, na integração numa única entidade pública dos vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde que, naquele município, prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis.

Leva-se assim às últimas consequências, através da criação de uma nova figura, o espírito que presidiu à criação das unidades de saúde pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e cujo desenvolvimento nos sistemas locais de saúde atualmente se encontra em curso, ou seja, o funcionamento integrado das várias instituições.

De facto, as exigências cada vez maiores das populações em matéria de acesso e satisfação das suas necessidades em saúde, com níveis de qualidade acrescidos, impõem uma gestão integrada dos recursos existentes numa determinada circunscrição geográfica. Torna-se, por isso, indispensável proceder a uma reengenharia do sistema de saúde numa perspetiva organizacional, criando as condições de integração dos cuidados, coletivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos.

Simultaneamente, facultou-se a essa nova entidade a possibilidade de utilização dos instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, que esta entidade, como estabelecimento de carácter social, deve utilizar para a otimização da sua atividade de prestação de cuidados de saúde”.

O Decreto-lei nº 76/2001, de 27 de Fevereiro, estabeleceu o estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio e fez cessar o seu regime de instalação.

Este diploma manteve os novos parâmetros da natureza empresarial, a não eleição do diretor clínico e do enfermeiro-diretor, bem com os contratos individuais de trabalho sem acesso às carreiras profissionais.

Nesse momento, existia um novo governo presidido, tal como o anterior, pelo Eng.º António Guterres e tendo agora como ministra da saúde a Dr.ª Manuela Arcanjo (25/10/1999 a 3/7/2001).

O seu preâmbulo referiu o seguinte:

“O Hospital do Barlavento Algarvio foi criado em Portimão pelo Decreto-Lei n.º 370/98, de 23 de Novembro, que o colocou em regime de instalação até 31 de Dezembro de 1999, incumbindo o conselho de administração do Hospital Distrital de Portimão do exercício das competências de comissão instaladora e da formulação dos estudos e propostas necessários à adoção de um modelo de gestão adequado à prossecução dos fins da instituição.

De facto, é reconhecido por todos que o atual modelo de gestão, determinando a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, necessita de inovação, no sentido de se imprimir modernidade às várias vertentes da gestão hospitalar.

Esta natureza exige a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis e ágeis, próprios de uma gestão de tipo empresarial, a que os hospitais devem obedecer para a otimização da sua atividade, conforme determinado já na Lei de Bases da Saúde, que igualmente previu a realização de experiências inovadoras de gestão.

É a experimentação de uma dessas formas inovadoras de gestão que se pretende criar no Hospital do Barlavento Algarvio, possibilitando-lhe, como hospital público, gerido em nome e na lógica do interesse público e nos termos da Lei de Bases da Saúde, a utilização de meios de gestão maleáveis e adequados - que, paradoxalmente, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde apenas admitiu para o caso da gestão por outras entidades -, como é o caso da contratualização do financiamento em função das atividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.

A atribuição do novo estatuto a este Hospital foi proposta pela comissão instaladora e antecedida de cuidadoso estudo prévio, que concluiu pela utilização de novos meios de gestão, a fim de propiciar aumento de eficiência com redução de custos unitários das prestações de cuidados de saúde, induzindo-se estritamente o modelo aplicado no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira.

Esta experiência assenta ainda nos princípios do respeito pelas linhas orientadoras da política de saúde superiormente definidas, do enquadramento do Hospital na unidade de saúde respetiva, do incremento da qualidade das atividades a desenvolver, do seu acompanhamento pela administração regional de saúde competente através da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde, do respeito pelos direitos e expectativas dos profissionais de saúde nos aspetos essenciais dos respetivos estatutos e das imposições comunitárias sobre compras públicas.

Instituem-se ainda mecanismos que asseguram uma maior transparência e ligação à comunidade em que o Hospital se insere, fazendo-a intervir na definição das linhas de atuação e na apreciação dos respetivos planos e relatórios.

Da avaliação dos resultados qualitativos e quantitativos da experiência, e verificada que seja a sua adaptação às necessidades do sistema de saúde e da sociedade, poderá concluir-se pela institucionalização deste modelo de gestão”.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002, de 7 de Março, estabeleceu as medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE).

Nessa altura, na sequência de uma remodelação ministerial, o ministro da saúde passou a ser o Dr. António Correia de Campos (3/7/2001 a 6/4/2002).

A Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procedeu à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

Na sequência de um novo governo resultante de eleições legislativas antecipadas, foi nomeado primeiro-ministro o Dr. Durão Barroso, sendo o ministro da saúde o Dr. Luís Filipe Pereira (6/4/2002 a 12/3/2005).

É a partir desta lei que são criados os Hospitais SA (Sociedades Anónimas).

Tratou-se de um diploma cujo objetivo fundamental foi o aprofundamento da lógica privatizadora dos serviços públicos hospitalares.

O Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril, visou criar uma nova rede de cuidados de saúde primários.

Este decreto-lei foi entendido pelas várias organizações médicas como representando a liquidação da rede de cuidados de saúde primários e da medicina geral e familiar, com o objetivo de proceder à privatização dos centros de saúde.

Nesse sentido, este diploma deu origem a uma ampla contestação da grande maioria dos seus profissionais que culminou na greve dos médicos que trabalham nos centros de saúde com a maior adesão a esta forma de luta até hoje verificada nestas unidades de saúde.

Os trabalhadores administrativos também efetuaram uma greve na mesma altura por convocatória da Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública.

Face a esta forte contestação, o seu conteúdo acabou por não ser aplicado.

No seu preâmbulo foi referido que este diploma se norteava “pelo princípio da diversidade na oferta e pela liberdade de escolha dos cidadãos, como melhor forma de assegurar e promover a avaliação dos cuidados de saúde, a nova rede de prestação de cuidados de saúde primários tem como missão constituir a primeira linha e a base de toda a rede de cuidados de saúde em geral, tendo como principal referência a ação dos centros de saúde e dos médicos de família, sem prejuízo de incentivos a novos modelos de gestão e de organização”.

Num dos seus primeiros artigos era expressamente assumido que “...o disposto do número anterior não prejudica a gestão de serviços do SNS por outras entidades, públicas, privadas, com ou sem fins lucrativos, cooperativas ou outras entidades, mediante a celebração de contratos de gestão, contratos-programa, convenções e acordos para a prestação de cuidados de saúde primários, nos termos dos artigos 33.º e 34.º do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, e do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto”.

Noutro artigo, estava estabelecido que “o Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração da ARS, pode autorizar a celebração de contratos de gestão de centros de saúde, suas extensões ou partes funcionalmente autónomas, com cooperativas de profissionais de saúde”.

O Decreto-lei nº 188/2003, de 20/8, regulamentou os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Este diploma aplicou-se aos hospitais do sector público administrativo (SPA) integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, referidos na alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, sem prejuízo do disposto no artigo 41.º

O Decreto-lei nº 88/2005, de 3 de Junho, revogou o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que criou a rede de cuidados de saúde primários e reprimou o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

Nesse momento, estava em funções um novo governo presidido pelo Eng.º José Sócrates, tendo como ministro da saúde o Dr. António Correia de Campos (12/3/2005 a 30/1/2008).

Este novo decreto-lei representou o início do processo de reforma dos cuidados de saúde primários com a criação das primeiras Unidades de Saúde Familiar (USF).

O seu conteúdo foi o seguinte:

“O Programa do XVII Governo Constitucional para a saúde atribui uma particular relevância à reestruturação dos centros de saúde, pela proximidade ao cidadão e pelo contributo que dão à melhoria dos níveis de vida dos Portugueses. Por outro lado, o Programa aponta para um esforço acentuado nos «ganhos em saúde», que passam pela concretização de uma série de medidas, nomeadamente pela criação de unidades de saúde familiar.

Daqui decorre a necessidade de, ao nível da saúde, se proceder a um diagnóstico das opções positivas e negativas até agora tomadas. Ora, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários, constituiu, em boa verdade, uma tentativa falhada de melhorar o acesso dos Portugueses à saúde, visto não ter tido aplicação prática à realidade do País. Aliás, nem podia tê-la tido, já que o respetivo normativo não tem em conta a enorme diversidade das dimensões dos centros de saúde, nem lhes confere qualquer autonomia. Além do mais, o Plano Nacional de Saúde pretende intensificar a abordagem da gestão integrada da saúde, não sendo, portanto, compatível com o diploma referido, o qual se baseia num obsoleto conceito de verticalização dos sectores, diminuindo, assim, a natureza multidisciplinar e integradora dos cuidados de saúde que devem ter no seu centro o utente.

Urge, pois, reconhecer a falha e abolir o diploma do nosso sistema jurídico de modo que se possa delinear uma nova forma de organizar a acessibilidade do utente à saúde.

Repõe-se assim em vigor o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e que consagra uma matriz organizativa com base em unidades de saúde familiar, embora em termos insuficientes.

Constituindo, para o cidadão, um regime de melhor conceção que o agora revogado, será aquele diploma repristinado até à entrada em vigor de um novo e definitivo diploma, que reflita a integridade dos conceitos acima mencionados.

Esta repristinação será, pois, de aplicação temporária, já que se encontra criado um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários, o qual tem como objetivo estabelecer um plano, identificar medidas operacionais e atividades a executar, que irão permitir a formulação de um novo instrumento normativo, consentâneo com a política do Governo.

Artigo 1.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril.

Artigo 2.º

Norma repristinatória

É repristinado o regime jurídico criado pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro.

O Decreto-lei nº 93/2005, de 7/6, transformou os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

Este diploma legal eliminou o estatuto jurídico de hospitais SA e passou estas unidades para o estatuto EPE.

O Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, aprovou o regime jurídico da organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

O preâmbulo referiu o seguinte:

“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 fator 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, reprimou 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, com a redação introduzida pelo Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro, regulamentou o lançamento e a implementação das USF enquanto estruturas constituídas por uma equipa 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, adotada 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 impacte 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 elementos das equipas multiprofissionais.

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 ativo e a mais-valia estratégica das USF e, conseqüentemente, são os intérpretes mais qualificados para conduzir a reforma dos CSP.

Perante os resultados obtidos, e dado o objetivo 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 coletivo, 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 características, com a contratualização anual de atividades 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, a níveis de satisfação dos utilizadores e dos profissionais, bem como à implementação de programas de qualidade e de processos de acreditação.”

O Decreto-lei nº 18/2017, de 10/2, regulou o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.

Neste momento, estava em funções um governo presidido pelo Dr. António Costa, tendo como ministro da saúde o Dr. Adalberto Campos Fernandes (26/11/2015 a 15 /10/2018).

O preâmbulo referiu o seguinte:

“O XXI Governo Constitucional estabelece, no seu Programa, a prioridade às pessoas e no que concerne à área da Saúde, entre outros, o objetivo de melhorar a governação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Neste âmbito visa-se obter mais e melhores resultados face aos recursos disponíveis, ou seja, aumentar a eficiência do SNS, tendo em vista a melhoria dos instrumentos de governação do SNS, através de medidas como: (i) o reforço da capacidade do SNS através da alocação dos recursos humanos, técnicos e financeiros adequados; (ii) o aperfeiçoamento do atual modelo de contratualização dos serviços, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão; (iii) o reforço da autonomia e da responsabilidade dos gestores do SNS e das unidades prestadoras de serviços; e (iv) a clarificação das funções de acionista, financiador, regulador e prestador dentro do SNS, terminando com as ambiguidades derivadas de sobreposições de várias funções. Neste âmbito, a [Lei n.º 27/2002](#), de 8 de novembro, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, tem cerca de 14 anos, importando proceder à sua revisão para o adequar à realidade atual.

O [Decreto-Lei n.º 188/2003](#), de 20 de agosto, veio desenvolver o regime jurídico dos hospitais do setor público administrativo, integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, justifica igualmente a sua revisão, pese embora o número reduzido de entidades no universo do SNS a que é atualmente aplicado.

Também ao abrigo do regime constante daquela lei o [Decreto-Lei n.º 233/2005](#), de 29 de dezembro, aprovou o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais. Este decreto-lei foi, ainda, objeto de

sucessivas alterações salientando-se a operada pelo [Decreto-Lei n.º 12/2015](#), de 26 de janeiro, que nele incorporou os estatutos das Unidades Locais de Saúde com a natureza de entidades públicas empresariais (ULS, E. P. E.), e que carece igualmente de revisão. Nestes termos, entende o Governo ser necessário concentrar num único diploma o regime jurídico das entidades que integram o SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprovar as especificidades estatutárias daquelas entidades.

Assim, em cumprimento do previsto no programa do Governo, com vista entre outros aspetos, a melhorar a articulação entre os diferentes níveis de cuidados, designadamente os cuidados de saúde hospitalares, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados integrados e paliativos, bem como a necessidade de gerar ganhos de eficiência e de eficácia no sistema e uma maior profissionalização e capacitação das equipas o presente decreto-lei constitui um instrumento fundamental para a reforma da prestação de cuidados de saúde que aposte no relançamento do SNS, salientando-se os seguintes aspetos: (i) a nível organizativo a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados; (ii) a nível da gestão uma maior capacitação dos conselhos de administração e dos órgãos de gestão intermédia cujos membros deverão possuir formação específica relevante em gestão em saúde e experiência profissional adequada; (iii) o conselho de administração passa a integrar um elemento proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças; (iv) a integração no conselho de administração, no caso das unidades locais de saúde, de um vogal proposto pela respetiva Comunidade Intermunicipal, ou pela respetiva área Metropolitana; (v) os processos com vista à nomeação de diretores de serviço devem ser alvo de aviso público, de modo a permitir a manifestação de interesse individual em nome da transparência e da igualdade de oportunidades.”

No seu articulado, um dos aspetos principais foi a definição de uma nova modalidade de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) a nível hospitalar.

A Portaria nº330/2017, de 31 de Outubro, definiu o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que se organizem em Centros de Responsabilidade Integrados (CRI).

A Portaria nº 71/2018, de 8 de Março, procedeu à primeira alteração à [Portaria n.º 330/2017](#), de 31 de outubro.

A legislação publicada em 1988, durante a vigência de um governo presidido pelo Prof. Dr. Aníbal Cavaco Silva e tendo por ministra da saúde a Dr.ª Leonor Beleza, visando uma profunda alteração da gestão hospitalar em estreita consonância com a posterior Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90), publicada a 24/8/90, iniciou uma abordagem dos sucessivos governos quase exclusivamente focalizada em torno do estatuto jurídico dos serviços de saúde, em particular dos hospitais, como se a alteração desse estatuto fosse

a “varinha mágica” capaz de resolver os múltiplos e complexos problemas com que os serviços de saúde se debatem há largos anos.

Os factos e os resultados concretos tornaram evidente ao longo dos anos que esses diplomas legais sobre a gestão da saúde, não só não obtiveram quaisquer ganhos para o mais adequado desempenho dos serviços públicos de saúde, como constituíram fatores de desorganização e de indefinição institucional.

Em nenhum caso, houve qualquer abordagem estruturada visando tornar a organização dos serviços de saúde mais adequada às crescentes solicitações dos cidadãos e aos novos e complexos desafios surgidos a nível dos cuidados de saúde.

O modelo dos hospitais SA tornou particularmente evidente que os seus autores tinham o objetivo claro de enveredar pela privatização posterior dos serviços públicos de saúde. Como a experiência histórica mostrou nos últimos dois séculos, sempre que se verificaram revoluções tecnológicas num dado sector económico houve a necessidade incontornável de introduzir mudanças radicais nos modos de organização do trabalho e da produção.

Ora, o sector da saúde é amplamente referenciado por conhecer há largas décadas uma permanente revolução tecnológica, com a incorporação sucessiva de novos e mais sofisticados meios técnicos e o desenvolvimento contínuo dos conhecimentos científicos a nível diagnóstico e terapêutico.

Neste contexto, é difícil compreender que a organização dos serviços públicos de saúde, em particular os hospitais, dado que é neles que essa incorporação tecnológica é mais marcante, se mantém, no essencial, intacta ao longo dos últimos 40/50 anos.

A evolução acelerada da Medicina, adquire cada vez mais um carácter multidisciplinar e multidisciplinar.

Os serviços de saúde são instituições orientadas para prestar cuidados aos cidadãos com a máxima qualidade possível, através da melhoria contínua de todas as atividades que desenvolvem, adequando-as às necessidades e expectativas da população e ao seu contexto envolvente.

As instituições de saúde caracterizam-se historicamente por disporem de uma estrutura vertical segundo um esquema funcional compartimentado e com uma visão orientada para as unidades e serviços.

Esta estrutura verticalizada origina com muita frequência uma repercussão negativa na atividade organizacional em termos de menor rapidez de abordagem dos problemas, duplicidade de procedimentos, ineficiências e, naturalmente, insatisfação dos doentes. A gestão constitui um processo de tomada de decisões com vista à concretização dos objetivos da organização.

A gestão e a organização são o substrato onde se desenvolvem as carreiras profissionais.

Esta ligação tão estreita mostra que fazer gestão é, sobretudo, conduzir pessoas e sincronizar vontades.

Uma organização, é um mosaico diverso no qual se desenvolvem perceções e valores distintos que não tornam possível uma só ordem laboral.

A ordem de uma organização terá sempre de ser concebida como uma ordem negociada na qual se confrontam valores por vezes divergentes.

Fazer gestão implica articular os profissionais com a organização.

Uma função básica do processo de gestão é o controlo do desempenho institucional através da sua avaliação e comparação com os objetivos previamente estabelecidos e, se necessário, tomar as medidas corretivas oportunas.

A premissa fundamental que se coloca para o êxito da concretização dos objetivos da organização é a criação de condições para que os interesses de desenvolvimento dos profissionais, os seus valores, estejam alinhados com a missão da organização. Caso contrário, mais cedo ou mais tarde produzir-se-á a rotura.

No caso concreto do desenvolvimento do modelo de gestão clínica, trata-se de gerir as atividades e unidades assistenciais numa perspetiva de participação ativa dos profissionais na concretização dos objetivos.

As mudanças ocorridas nas últimas décadas a nível da organização do trabalho nos serviços de saúde são reflexas das mudanças globais nos fluxos económicos, sociais e laborais.

As suas formas de manifestação deram-se através da incorporação permanente de novas e cada vez mais sofisticadas tecnologias, de novos métodos de trabalho e de organização, bem como de procedimentos hierárquicos distintos.

Um dos objetivos incontornáveis de qualquer organização deverá ser a sua permanente evolução para se adaptar às necessidades em mudança na sociedade.

Desde 1988, as nomeações governamentais para os diversos órgãos de gestão dos serviços públicos de saúde, têm sido frequentemente norteadas por critérios clientelares ou partidários.

Uma medida urgente e enquadradora de uma mudança vital para revitalização do SNS, é a implementação da gestão/governança clínica nos serviços públicos de saúde.

As mudanças nas organizações não podem ser impostas, nem se realizam por decreto.

A gestão clínica tem como objetivo principal atingir elevados graus de eficiência, dotando os profissionais da responsabilidade e autonomia de gestão necessárias para conseguir o seu máximo grau de envolvimento na melhoria da gestão da saúde.

De forma progressiva, os vários serviços terão de se organizar em função de parâmetros que permitam medir e comparar as suas atividades através da implementação de um programa global de qualidade que permita planificar, realizar, ajustar e remunerar essas atividades com critérios de excelência.

A gestão clínica visa também facilitar a tomada de decisões em benefício dos doentes, gerindo a procura a partir de critérios éticos, epidemiológicos e científicos, promovendo

uma descentralização efetiva do processo de decisão e autonomizando os níveis intermédios de gestão.

Partindo destes aspetos gerais de gestão, a Comissão do Novo Relatório sobre a Carreira Médica entende apresentar as seguintes propostas concretas:

- 1- Denunciar a frequente instrumentalização político-partidária da constituição dos diversos órgãos de gestão dos serviços públicos de saúde (SNS) e do respetivo sistema dessas nomeações.
- 2- Adoção de medidas que impeçam em todos serviços de saúde intromissões limitativas da autonomia técnico-científica do desempenho profissional dos médicos.
- 3- Focalizar a intervenção na reestruturação organizativa dos serviços públicos de saúde e não em modelos jurídicos ao sabor de agendas políticas de quem episodicamente ocupa a tutela ministerial.
- 4- Os serviços de saúde devem ter quadros de recursos humanos definidos.
- 5- O desenho organizativo e funcional deve estar baseado em programas de melhoria contínua da qualidade assistencial.
- 6- Os serviços de especialidades complementares devem estar articulados e serem desenvolvidas medidas de departamentação.
- 7- Adoção de esquemas organizativos simples, com poucos níveis hierárquicos e desburocratizados.
- 8- A existência de direções de serviço únicas com amplos poderes e responsabilidades.
- 9- A existência de uma coordenação do programa de melhoria contínua da qualidade.
- 10- Avaliação global dos serviços através do cumprimento dos objetivos fixados e do volume assistencial contratualizado.
- 11- A nomeação dos diretores de serviço na base de um contrato-programa onde estejam estabelecidos, entre outros:
 - a) a carteira de serviços.
 - b) os objetivos da unidade clínica em causa.
 - c) o volume assistencial.
 - d) os objetivos da qualidade.
 - e) O orçamento clínico.
- 12- O cargo de diretor de serviço deve ser exercido por um período de 3 anos, podendo ser renovado por mais 2 vezes desde que o contrato-programa anterior tenha sido cumprido nos seus diversos parâmetros.
- 13- O diretor clínico deve fazer parte integrante do órgão máximo de gestão do estabelecimento de saúde, à semelhança do que tem acontecido até aqui, ao contrário de outras opiniões que ao longo do tempo se têm manifestado esporadicamente, considerando que o diretor clínico não deveria ser membro efetivo do órgão de gestão, de modo a assegurar a autonomia e independência da profissão médica face aos nomeados na base de critérios político-partidários. Ora, essa autonomia e independência só é possível de assegurar se o diretor clínico estiver no órgão de gestão onde se tomam as decisões concretas sobre os problemas concretos, em pé de igualdade com os outros membros.

- 14- O diretor clínico deve ser objeto de prévia eleição pelos médicos da instituição que possuam pelo menos a categoria de assistente.
- 15- Os candidatos a diretor clínico têm de apresentar um programa de desenvolvimento da atividade assistencial e da melhoria contínua dos cuidados prestados.
- 16- Os membros do conselho de administração devem ser nomeados na base de uma equipa de gestão e após apreciação do contrato-programa focado na instituição respetiva por um júri constituído por representantes do ministério da saúde, ARS, diretores de serviço e de outras áreas funcionais da instituição.
- 17- As administrações, no final de cada ano terão de apresentar um relatório das atividades e respetivas contas ao Ministério da Saúde e ARS, e efetuar posteriormente a sua divulgação junto dos vários serviços da instituição de saúde e junto das entidades da população que é servida pela sua atividade.
- 18- Deve ser criado um sistema de incentivos (remuneratórios e outros) aos serviços que cumpram com mérito acrescido os objetivos previamente definidos.

6. A Carreira Médica, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e os concursos

A CARREIRA MÉDICA, A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE E OS CONCURSOS

Embora as questões da qualidade tenham surgido inicialmente nos sectores industriais e comerciais, a partir da década de 1970 verificaram-se em alguns países experiências mais estruturadas na área da saúde, mas numa lógica inicial de replicação dos modelos industriais.

As especificidades do sector da saúde e da prestação dos cuidados de saúde rapidamente mostraram que eram necessários programas próprios e adaptados à realidade deste sector.

De uma forma geral, o conceito da Qualidade assenta na combinação de efetividade (poder de um procedimento ou tratamento para melhorar o nível de saúde), custo e satisfação.

Os programas da melhoria contínua da Qualidade na saúde procuram definir conceitos e estabelecer critérios com o objetivo de produzir melhores cuidados, um maior volume de produção e uma redução dos desperdícios.

As instituições de saúde não possuem produtos concretos, definidos para colocar no mercado e não têm possibilidade de “fabricar” em cada dia o seu serviço, com os mesmos níveis de qualidade do dia anterior.

A produtividade neste sector, dadas as suas características peculiares, torna mais difícil a sua “medição” como um todo.

Os serviços de saúde geram produtos não materiais, que não podem ser armazenados. O trabalho na saúde deixou o âmbito individual e passou há largo tempo a processar-se em equipa, ocupando espaços institucionais e reunindo um número crescente de trabalhadores que produzem em cooperação.

Tratando-se de um sector onde se verifica uma contínua incorporação tecnológica, esta incorporação na saúde não produz economia da força de trabalho, mas, ao contrário,

passa a solicitar novas ocupações, configurando este sector como de mão de obra intensiva.

Por outro lado, a decomposição do trabalho em tarefas parciais tornou-se a tônica da produção na saúde.

Nos serviços de saúde, o conceito de produto é pouco definido.

Na saúde, a sua atividade comporta diversificados processos de trabalho que incluem ações que podem permitir padronizações e outras onde isso seja de difícil execução.

Existe uma profunda divisão do trabalho na saúde, concebida como uma forma de definir funções e responsabilidades profissionais, bem como um meio de distribuir recursos, poder e possibilidades de comunicação.

As equipas médicas devem constituir bons exemplos de construção coletiva do conhecimento, tornando os seus membros crescentemente qualificados para o exercício profissional.

O conceito de produtividade na saúde agrega além dos aspetos quantitativos, aspetos qualitativos que envolvem, além de aspetos individuais, as dimensões de um determinado grupo populacional e o seu contexto social ao longo do tempo.

A mensuração da produtividade nos serviços de saúde tem de estar, em grande medida, ligada à organização, devido aos aspetos diversos e complexos deste sector.

A dificuldade de se trabalhar com generalizações na saúde tem sido um obstáculo para o desenvolvimento de métodos muito rigorosos de medida da sua produtividade.

A divisão do trabalho na saúde apresenta as seguintes particularidades:

- A horizontalidade, que articula os diversos serviços.
- Trabalho dividido entre os médicos e outros sectores profissionais.
- Verticalidade, que subdivide o trabalho dentro de uma unidade funcional, integrando tarefas hierarquizadas no mesmo campo técnico-científico.

Assim, a produtividade na saúde tem nos dias de hoje uma ligação cada vez maior à Qualidade.

A gestão da Qualidade deve aumentar a produtividade dos serviços de saúde sem elevação dos custos e assegurando os graus adequados de equidade e universalidade.

Vuori (1991) referiu que eficácia, eficiência, efetividade, equidade, aceitabilidade, adequação e qualidade técnico-científica compõem o amplo conjunto de características indispensáveis para a prestação dos cuidados de saúde.

No nosso país, durante várias décadas, os Hospitais Cívicos de Lisboa foram a grande escola médico-cirúrgica que atingiu o seu apogeu em meados do século XX.

Um dos seus aspetos mais marcantes foram os concursos quer para acesso quer para progressão na Carreira Médica.

Os concursos de admissão dos médicos, a começar, desde logo, por aqueles que se candidatavam a poder realizar os respetivos internatos de formação nas várias especialidades, constituíam provas de muito elevada exigência e impunham uma preparação com grande antecedência.

Para duas ou três centenas de candidatos existia um número escasso de vagas.

Grande parte dos candidatos não obtinha êxito na primeira tentativa de apresentação a concurso.

Estes concursos tinham um elevado prestígio quer no plano científico quer a nível social.

As salas onde decorriam as provas estavam repletas de uma assistência onde se encontravam muitos médicos que procuravam com a sua presença acompanhar as discussões, muitas vezes polémicas, e transmitir o seu apoio a colegas amigos

candidatos ao concurso, mas também a presença de senhoras da elite lisboeta da altura que com trajes de cerimónia e chapéu se sentavam na primeira fila.

As provas duravam várias semanas e nelas se procuravam escolher os melhores entre os melhores candidatos.

As provas clínicas escritas realizavam-se após a observação de dois doentes internados com o tempo limite de 3 horas, seguindo-se a leitura e interrogatório pelo júri.

As provas teóricas constavam de um interrogatório pelo júri de 5 membros e outras provas em que a mais difícil era a chamada “prova de caras”: em frente de todo o júri eram observados dois doentes durante 1 hora e na hora seguinte era efetuada a exposição respetiva.

Em algumas situações era ainda efetuada a considerada terrível “prova do cadáver.

Os concursos constituíram um mecanismo dinâmico de garantia da qualidade profissional dos médicos.

Em 1961, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas em Portugal” afirmou no seu texto que “... sem reabrir o debate ponderam-se dois factos: o primeiro é que, bom ou mau, é por via do concurso que se têm selecionado os médicos dos hospitais e se tem mantido o nível profissional à altura dos cargos e das funções; o segundo é que o concurso constitui uma linha de defesa contra a intromissão de estranhos na escolha das competências.”

Esta abordagem é de crucial importância para a garantia da identidade específica da profissão médica e da sua independência e autonomia técnico-científica.

Quanto à evolução da estrutura dos concursos médicos e dos seus parâmetros de avaliação, torna-se indispensável ter conhecimento dos aspetos fundamentais de vários diplomas legais publicados nas últimas décadas.

Portaria 24132, de 23/6/1969

Aprovou, a título experimental, para vigorar durante um ano, o Regulamento dos Concursos Médicos nos Hospitais Centrais.

Definiu a constituição das provas dos concursos nas várias especialidades para assistentes.

Para cada especialidade estava definida uma constituição específica da prova de avaliação.

Por exemplo, na medicina e na cirurgia as provas consistiam na “observação perante o júri, de dois doentes no tempo máximo de duas horas. Imediatamente a seguir, o candidato apresentará oralmente o primeiro caso clínico, indicando o diagnóstico provisório e sua justificação. Também oralmente requisitará, fundamentando o pedido, os exames complementares que entender necessários e que lhe serão facultados, se os houver feitos. Exporá seguidamente o diagnóstico, prognóstico, terapêutica e dietética. Em seguida, procederá da mesma forma relativamente ao segundo caso clínico. Para exposição dos dois casos, o candidato terá o tempo máximo de uma hora”.

“Será desde logo eliminado o concorrente que, em qualquer das provas teóricas ou práticas, seja classificado com menos de dez valores.

A classificação final de cada um dos candidatos será constituída pela média das classificações obtidas em cada uma das provas, apurada até às centésimas”.

Portaria nº 455/73, de 3 de Julho

Aprovou o Regulamento dos Concursos Médicos dos Hospitais Distritais.

A constituição dos júris:

“Durante o mês de Dezembro de cada ano, a Direcção-Geral dos Hospitais designará os hospitais onde, no ano seguinte, deverão ser realizadas as provas dos concursos.

“Compete às direcções dos hospitais designados organizar e propor ao diretor-geral dos Hospitais a constituição nominal dos júris respetivos”.

“Os júris são nomeados pelo diretor-geral dos Hospitais e serão constituídos por um presidente e quatro vogais”.

Portaria nº 548/73, de 11 de Agosto

Aprovou o Regulamento dos Concursos para os Lugares dos Quadros do Pessoal Médico Permanente dos Hospitais Centrais.

O concurso constava das seguintes provas:

- Discussão do curriculum vitae.
- Prova tórica.
- Prova prática.

A prova teórica, escrita, consistia de dois de três temas escolhidos por sorteio de entre um conjunto de trinta temas da especialidade.

Tinha a duração de três horas.

A prova prática consistia na observação de dois doentes perante o júri.

Portaria nº 1103/82, de 23 de Novembro.

Regulamentou os concursos para os graus e lugares dos quadros de pessoal da carreira médica hospitalar.

Colocou a possibilidade de os concursos para provimento de assistentes hospitalares poderem ser exclusivamente curriculares ou incluírem provas práticas de competência.

Os concursos com provas práticas eram obrigatórios nos hospitais centrais.

Os candidatos que, na fase de apreciação curricular, fossem excluídos pelo júri da discussão pública por terem um curriculum vitae manifestamente insuficiente, estavam impedidos de candidatar-se de novo durante 2 anos.

Portaria nº 599/84, de 11 de Agosto.

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Provimento para Assistentes Hospitalares.

Portaria nº 147/85, de 13 de Março

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Provimento dos Lugares de Assistente Hospitalar da Carreira Médica Hospitalar dos quadros e mapas de pessoal dos estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde.

Portaria nº 211/88, 4 de Abril

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Provimento dos Lugares de Assistente Hospitalar da Carreira Médica Hospitalar. Revogou a **Portaria** n.º 147/85, de 13 de Março.

Portaria nº 114/91, de 7 de Fevereiro

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Médica Hospitalar e dos Concursos de Provimento para Chefe de Serviço da referida carreira.

Os concursos podiam ser internos ou externos.

Aos concursos internos podiam concorrer os médicos já vinculados à função pública.

Estes concursos podiam, ainda, ser gerais e condicionados.

Nos gerais podiam concorrer os médicos vinculados à função pública, independentemente do serviço a que pertenciam.

Os concursos condicionados eram restritos aos médicos do estabelecimento onde eram abertos os concursos.

Os concursos externos eram abertos aos médicos possuidores dos requisitos da admissão, estando ou não vinculados à função pública.

Portaria nº 117/91, de 11 de Fevereiro

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Habilitação e de Provimento da Carreira Médica de Clínica Geral. Revogou a Portaria n.º 611/86, de 20 de Outubro.

Portaria nº 833/91, de 14 de Agosto

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Provimento dos Lugares de Assistente da Carreira Médica Hospitalar dos quadros e mapas dos estabelecimentos do Ministério da Saúde. Revogou as **Portarias** nºs 116/91, de 11 de Fevereiro, e 505/91, de 5 de Junho.

Portaria nº 881/91, de 27 de Agosto

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Habilitação e de Provimento da Carreira Médica de Clínica Geral dos quadros ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços de saúde dependentes do Ministério da Saúde. Revogou as **Portarias** nºs 117/91 e 504/91, respetivamente de 11 de Fevereiro e 5 de Junho.

Portaria nº 177/97, de 11 de Março

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Habilitação ao Grau de Consultor e de Provimento na Categoria de Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar. Revogou as **Portarias** nºs 114/91, de 7 de Fevereiro, e 502/91, de 5 de Junho.

Portaria nº 44/98, de 27 de Janeiro

Aprovou o Regulamento dos Concursos de Habilitação ao Grau de Consultor e de Provimento nas Categorias de Assistente e de Chefe de Serviço da Carreira Médica de Saúde Pública. Revogou as Portarias nºs 880/91, de 27 de Agosto, e 237/96, de 29 de Junho.

Portaria nº 207/2011, de 24 de Maio

Regulamentou a tramitação do procedimento concursal de recrutamento para os postos de trabalho em funções públicas, no âmbito da carreira especial médica.

Como podemos verificar, ao longo das últimas décadas o tipo de provas nos concursos médicos e o seu grau de exigência tiveram alterações sucessivas nos respetivos diplomas legais, muitas vezes ditadas pelas oscilações das políticas governamentais na maior ou menor valorização da política de Saúde.

Desde a observação de doentes perante o júri, com doente tirado à sorte, provas práticas obrigatórias, discussão curricular, provas teóricas, concursos documentais e apresentação de trabalhos, tivemos um razoável leque de modelos de concursos.

A dignificação do trabalho médico e a melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional continuam a colocar a necessidade de existirem concursos de habilitação e de provimento com níveis adequados de exigências de conhecimentos técnico-científicos, bem como da sua capacidade de inserção nos projetos de desenvolvimento da atividade assistencial dos serviços médicos nas unidades de saúde.

Os concursos devem ter sempre como objetivo central escolher os melhores e efetuar o justo reconhecimento do trabalho desenvolvido por cada candidato na sua formação contínua e no seu desempenho institucional em benefício dos doentes.

Vivemos há largo tempo uma fase da vida das sociedades onde a evolução dos conhecimentos e a produção científica se processam a ritmos impetuosos, atingindo particularmente a Saúde e a profissão médica.

Por outro lado, o sector da saúde, nomeadamente as instituições hospitalares, é aquele onde se verifica uma permanente incorporação tecnológica, o que coloca novas exigências de rigor e objetividade nas provas de avaliação dos concursos médicos.

Os concursos médicos, tal como foi muito bem expresso no Relatório de 1961, têm de constituir “uma linha de defesa contra a intromissão de estranhos na escolha das competências.”

A partidarização de múltiplos aspetos da vida institucional dos serviços públicos de saúde desde a legislação publicada em 1988, torna ainda mais premente a firme aplicação desta linha de defesa.

Aliás, nos anos seguintes à publicação dessa legislação, assistiu-se a múltiplas tentativas de perversão dos concursos médicos, quer por via de valorização excessiva do

desempenho de cargos de nomeação, quer por disposições legais que estabeleciam que os júris de concurso seriam presididos nos hospitais pelo presidente do conselho de administração desde que fosse médico (Portaria nº 114/91).

Com base nesta disposição verificou-se uma situação grave num dos hospitais de Lisboa onde o presidente era médico com a categoria de assistente e foi nomeado presidente de um júri de concurso para chefe de serviço.

Tendo a clara consciência que a questão dos regulamentos de concursos é matéria de negociação sindical e de participação e audição da Ordem dos Médicos, suscitam-se as seguintes questões concretas:

- As provas práticas com doentes devem ser retomadas? Em que moldes?
- Devemos continuar a assistir a uma situação delicada que tem vindo a marcar alguns concursos nos últimos anos e que consiste numa inflação extrema de notas da quase totalidade dos candidatos em torno dos 19 valores?
- A atividade assistencial e a sua caracterização qualitativa e quantitativa deve ser uma matéria central na discussão curricular.
- O desempenho regular das funções de formação contínua deve ser objeto de maior valorização curricular.
- O desempenho de cargos institucionais só deve ser valorizado se não derivar de nomeações políticas.
- As atividades e projetos de investigação devidamente credenciados devem ser mais valorizados na avaliação curricular.
- Os candidatos ao grau de consultor e à categoria de assistente graduado sénior devem apresentar um projeto de desenvolvimento organizacional e gestor para o serviço onde se encontram a trabalhar.
- A ACSS deve assegurar apoio jurídico aos júris para evitar que imprecisões possibilitem impugnações a partir de meros aspetos processuais/jurídicos.

7. Incentivos à fixação dos médicos

INCENTIVOS À FIXAÇÃO DOS MÉDICOS

A política de gestão dos recursos humanos na cobertura médica do país assume uma importância nuclear na garantia da acessibilidade e da equidade consagradas na Constituição Portuguesa, não tendo sido objeto, ao longo dos anos, de um programa específico destinado a colmatar as insuficiências na prestação dos cuidados de saúde à população.

A colocação dos médicos/as nas zonas interiores do continente e regiões autónomas ficou sempre condicionada ao livre-arbítrio dos candidatos aos diversos concursos médicos.

Podemos considerar que a única grande ação organizada de colocar, ainda que transitoriamente, médicos nas diferentes zonas do país foi o Serviço Médico à Periferia.

O DL nº 310/82, que foi o primeiro decreto específico relativo às Carreiras Médicas, estabeleceu um suplemento adicional ao montante salarial em função de 4 grupos de concelhos (A, B, C, D) consoante a sua maior ou menor interioridade somente aplicável à então Carreira de Clínica Geral.

Posteriormente foram adotadas medidas pontuais, desinseridas de qualquer estratégia geral, em torno de prorrogações de contratos administrativos de provimento para recém- especialistas, mas sem impactos significativos numa maior capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Em 1989, um Comité da OMS sobre gestão dos recursos humanos emitiu um relatório onde referiu as seguintes questões fundamentais:

- “A análise global permite concluir que alguns dos grandes problemas nesta área se verificam por toda a parte, nomeadamente a má distribuição dos profissionais, com défices ou excedentes numa ou em várias categorias, uma má utilização ou uma fraca produtividade dos profissionais, perfis de carreira ou sistemas de promoção pouco satisfatórios, uma formação permanente e uma supervisão ineficazes e, ainda, más condições de vida e de trabalho”.

- “Os problemas mais urgentes foram agrupados em categorias como o desperdício dos recursos humanos, a má utilização dos profissionais, a ausência de motivação, a debilidade da produtividade e a dicotomia entre o sector público e o privado”.

- Na Estratégia 10 desse relatório foi referido que os profissionais colocados nas zonas mais distantes deveriam dispor de uma progressão mais rápida, de prioridade nas ações formativas e de compensações financeiras.

De referir que no Canadá existe uma política nacional estruturada para a fixação de médicos nas várias zonas do país e consignando as seguintes medidas:

- Reembolso pelo Ministério da Saúde das despesas de instalação nas zonas mais distantes.
- Financiamento da formação científica.
- Maior número de dias de férias anuais.
- Acréscimo remuneratório.
- “Prémio” de fixação/retenção.

Em França, esta questão é designada como “deserts médicaux” e tem sido alvo de crescentes preocupações do poder político não só pelas dificuldades em definir medidas de para a sua rápida superação, mas também pelos sensíveis impactos no plano humano e social.

Entre 2010 e 2017 o número de “deserts médicaux” duplicou e as medidas discutidas e/ou aplicadas incluem:

- Majoração salarial.
- Atribuição de bolsas para formação.
- Facilidade e benefícios de instalação.
- Promoção da medicina geral.

- Incentivar a colocação de médicos internos para efetuarem aí a sua formação.
- Benefícios fiscais.

Entendemos que não existe um conjunto generalizável de incentivos a todos os locais ou zonas mais distantes que promova a efetiva fixação dos médicos.

No caso dos incentivos, coloca-se a questão da sua aplicação adaptada às condições concretas de cada zona e a possibilidade de cada instituição pública de saúde poder aplicar incentivos adicionais em função da maior premência em colmatar carências mais graves.

Os incentivos não devem ser apenas de carácter pecuniário, sendo que neste caso devem dispor de um mecanismo de progressividade nos seus valores.

Nesse sentido, as medidas que consideramos essenciais para promover a fixação dos médicos nas zonas mais distantes e mais carenciadas bem como ao próprio SNS, são as seguintes:

- Atribuição de uma verba específica para a instalação do médico e agregado familiar.
- Medidas de progressão mais rápida nas várias categorias da carreira.
- Maior número de dias de férias anuais.
- Majoração salarial fixa e variável (p.e. horas extraordinárias)
- Comparticipação nas ações de formação científica com pertinência para a especialidade e para o desenvolvimento da atividade do serviço de saúde onde trabalha.
- Assegurar a colocação do cônjuge em organismo público, desde que tenha vínculo à função pública, na mesma área geográfica de colocação.
- Garantia de transferência dos dependentes menores, para estabelecimento de ensino público localizado, na área geográfica de colocação.
- Benefícios fiscais.
- Elaboração anual de um mapa das zonas e especialidades carenciadas pelo Ministério da Saúde em articulação com a Ordem dos Médicos.
- Implementar os incentivos para os médicos internos que optem por efetuar a sua formação em zona ou especialidade carenciada.
- Definir os ratios de especialistas em cada região de saúde.
- Cada instituição de saúde deve contemplar nas verbas contratualizadas com a tutela ministerial o montante a atribuir aos incentivos de fixação dos médicos.
- Envolvimento das autarquias nas medidas de fixação, nomeadamente a possibilidade de disponibilização de alojamento e a redução de IMI para quem optar pela aquisição casa própria

8. As Carreiras Médicas, o SNS e outros serviços de saúde

AS CARREIRAS MÉDICAS, O SNS E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE

O primeiro diploma legal que abordou as Carreiras Médicas, ainda que em conjunto com outros sectores de profissionais de saúde, colocando já aspetos definidores do que deveriam ser as carreiras dos profissionais da saúde, em particular as Carreiras Médicas, e do seu papel central na qualidade da prestação dos cuidados de saúde, foi o Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro.

A leitura dos preâmbulos deste e dos diplomas legais seguintes permite ter uma noção clara das perspectivas políticas e da filosofia laboral relativas ao trabalho médico por parte do Poder político, por um lado, e das maiores ou menores capacidades reivindicativas e de luta dos médicos, por outro, no período político da publicação de cada um deles.

A leitura do preâmbulo do Decreto-Lei nº 414/71, permite verificar as seguintes questões fundamentais:

- As carreiras são o método mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos.
- A instituição de carreiras estruturadas e hierarquizadas para não privar o serviço público dos seus elementos mais qualificados.
- A íntima relação das carreiras profissionais com a organização e gestão dos serviços, ao considerá-las um meio importante para reordenar e funcionalizar as estruturas, bem como corrigir os seus vícios mais importantes.
- Referência à criação dos centros de saúde, o que constituiu um dado novo na organização assistencial.
- Destaque para as Carreiras Médicas e a sua implementação na base de duas carreiras (hospitalar e de saúde pública), à semelhança do que tinha sido anteriormente formulado no Relatório sobre as Carreiras Médicas de 1961.
- Estabeleceu a primeira definição de Carreira Médica, considerando-a “uma sequência de graus, que são patamares de conhecimento e diferenciação técnico-científica, de responsabilidade crescente, obtidos mediante períodos de formação, cursos e provas públicas de competência”.

Estas provas públicas de grande exigência e rigor, eram já uma metodologia em desenvolvimento há largos anos nos Hospitais Civis de Lisboa.

- O papel nuclear da formação profissional.
- E, finalmente, a afirmação de que o Estado deve honrar quem o honra, trabalhando nas suas estruturas”.

Nesse sentido, importa reproduzir o referido Preâmbulo:

“1. O presente diploma estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência, de acordo com o estabelecido no n.º 2 do artigo 63.º do seu diploma orgânico.

Embora corresponda, no essencial, a um princípio de organização do trabalho, a medida não pretende esgotar as iniciativas que, por outras vias, ajudem a encaminhar os serviços para a atuação plena e eficaz. Insere-se, antes, num conjunto de providências interdependentes, por meio das quais o Governo deseja efetivar uma política de saúde e assistência social que, obedecendo aos modernos princípios de administração de saúde pública, comporte a possibilidade de franca adaptação evolutiva e tenha em conta as condições existentes.

A experiência mostra que, quando se quer concretizar aquela política e passar da fase de planos ou de programas à fase de execução, não se podem ignorar as limitações impostas pelos condicionalismos humanos e materiais, nem a dificuldade de remover aquelas ou adequar estes em curto prazo de tempo.

2. Aceitou-se o princípio da organização de carreiras profissionais por corresponder ao método que se afigura mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos aos funcionários, a desejável justiça nos respetivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento.

Frente ao desenvolvimento da ciência e ao progresso das técnicas, as atividades a promover no campo da saúde e da assistência social não se compadecem já com improvisações nem, por isso mesmo, com o preenchimento incondicionado dos cargos. Reclamam-se habilitações apropriadas à diferenciação de tarefas e uma atualização permanente, aliás segundo ritmos cada vez mais acelerados. Entretanto, as oportunidades oferecidas pela multiplicidade de opções patentes numa sociedade em crescimento conduzem, quase como regra, a privar o serviço público dos seus elementos mais qualificados ou, quando menos, a afetarem-no por um fator de inércia que importa, a todo o custo, evitar.

Daí pensar-se que a instituição de carreiras profissionais devidamente estruturadas e hierarquizadas, mercê do fator de segurança que o próprio método confere, permitindo a satisfação das legítimas expectativas até pela certeza antecipada da meticulosidade das escolhas a que dá lugar, designadamente pela imposição da observância de normas certas e conhecidas no recrutamento e promoção de funcionários, constitua meio importante para o aliciamento dos necessários valores e dinamização dos existentes, bem como para a reordenação e funcionalização das atuais estruturas e correção dos seus vícios mais importantes.

Esboço de carreiras encontra-se, sem dúvida, desde longa data, no domínio do que habitualmente se designa saúde pública. Com uma organização local cheia de tradições, primeiro arrimada às instituições municipais, tem mantido, ao longo do tempo, a sua tradição essencial, a despeito das alterações de vária orientação que sucessivas reformas foram, de década a década, introduzindo. Os serviços de saúde pública - precisamente aqueles a que maiores responsabilidades não de ser exigidas no quadro das decisões políticas tomadas - necessitam, inequivocamente, de institucionalizar as regras de recrutamento, acesso e hierarquização de cargos de que, na ordem dos fatores ou em virtude de disposições legais não dirigidas especificamente a este fim, já, de alguma maneira, dispõem.

Acrescentar-se-á que idêntica situação se observa, também, embora em menor grau, pelo que se refere aos serviços centrais da correspondente Direcção-Geral de Saúde.

Não existem tradições similares quanto aos serviços dos hospitais, com exceção dos Hospitais Civis de Lisboa, mas, em contrapartida, tem o legislador ensaiado, a esse respeito, tentativas diversas de ordenação. É exemplo recente a instituição da carreira médica hospitalar.

Num momento em que a juventude parece interessada em participar mais intimamente na causa social, convém, sobretudo, que se lhe não neguem as possibilidades de atuação no quadro das instituições da sociedade organizada, as quais, por isso mesmo, não de abrir-se-lhe e oferecer-lhe as devidas oportunidades.

A revisão das carreiras hospitalares - em especial da carreira médica hospitalar - é encarada neste contexto como um dos aspetos a que se deve dedicar maior atenção. As

intenções que a inspiraram resultam claras e desejar-se-ia que os processos adotados pudessem mostrar-se, se não já como os mais válidos, pelo menos como os de maiores virtualidades, no sentido de encaminharem para a oportuna adoção de soluções que, sendo as melhores, se mostrem também exequíveis.

A par dessas duas carreiras fulcrais - a carreira médica de saúde pública e a carreira médica hospitalar -, incorporam-se no presente diploma os regimes aplicáveis a outras carreiras que há necessidade urgente de instituir nos diferentes sectores do Ministério.

3. De acordo com a perspectiva que orientou a reforma orgânica do Ministério da Saúde e Assistência e que inspirará os seus futuros planos, centra-se a programação de base nas atividades nucleares de saúde pública, em que se compreendem as formas de promoção da saúde e prevenção da doença e os tratamentos que, pela sua natureza, não carecem de serviços hospitalares diferenciados e, por isso, não devem ser-lhes entregues. Esta estratégia determina a criação de órgãos de trabalho unificado, promotores das integrações, gradualmente recomendáveis, de serviços locais de saúde e assistência e coordenadores das respetivas atividades - os centros de saúde -, que irão constituir os núcleos do novo sistema de cobertura médico-sanitária.

Justifica-se, por isso mesmo, que a aplicação da carreira médica de saúde pública fique dependente, quanto aos serviços locais, da constituição dos referidos centros. Manifesta-se, assim, o propósito de fazer aplicação das carreiras apenas onde outras medidas complementares, de reestruturação de serviços, permitam retirar delas o desejado proveito. Na mesma ordem de ideias, considerou-se que, a outros níveis territoriais - mais concretamente ao nível de distrito -, a existência imediata de adequadas estruturas poderia, desde já, conjugar-se com a aplicação também imediata dos correspondentes graus da carreira. Teve-se, ainda, em conta o facto de os funcionários atualmente colocados no escalão possuírem já, por exigência legal anterior, os requisitos que se consideram suficientes.

Pelo que respeita aos serviços centrais da Direcção-Geral de Saúde, foi igualmente ponderado este último aspeto, enquanto, por outro lado, atenta a natureza própria das funções a desempenhar nesse âmbito, a graduação foi gizada, tanto quanto possível, em paralelo com as hierarquizações observáveis de acordo com as regras gerais da Reforma Administrativa.

Formulam-se as mais fundadas esperanças de que o sistema geral adotado concorra fortemente para a obtenção dos fins visados pela reforma orgânica.

4. A carreira médica hospitalar aparece dividida em dois grandes escalões, assegurando um os quadros permanentes e respeitando o outro a quadros provisórios de preparação. Faz-se, no novo regime, corresponder os quadros provisórios apenas aos períodos do internato - ou seja da preparação pós-licenciatura, que habilita ao exercício especializado. Admite-se, entretanto, uma graduação menor que a da especialização e, por isso, mediante preenchimento de requisitos adequados ao caso, facilitam-se, aos médicos que apenas hajam concluído o internato policlínico, atividades profissionais que não requeiram maior preparação. Extingue-se a categoria, até à data também não permanente, de «graduado», por se entender que, terminada a referida fase de preparação, o médico não deve mais continuar em situações precárias, cabendo-lhe optar pelo exercício de clínica livre da especialidade, o ingresso na carreira de saúde pública e o acesso na carreira hospitalar. Estabelecem-se condicionamentos para a permanência nos quadros dos hospitais e igualmente se condiciona a entrada na carreira de saúde pública; são limitações que, evidentemente, não deveriam ser ignoradas. É

deixado, em contrapartida, aos organismos profissionais o estabelecimento das exigências que se lhes afigurem indispensáveis quanto ao exercício da profissão liberal ou de atividades por conta de outrem.

Atento o facto de estar em vigor um regime relativo à carreira hospitalar, houve que regular situações transitórias. Assegura-se a passagem dos médicos dos atuais quadros permanentes para as novas situações criadas pelo regime agora decretado e adota-se, relativamente aos quadros provisórios, o processo que maiores oportunidades de formação parece oferecer aos internos, com o máximo de facilidades de trânsito do anterior regime para o novo, mas sem prejuízo de, se assim o entenderem, continuarem a regular-se pelo que, à data deste diploma, lhes era aplicável. Tem-se, porém, a convicção de que os benefícios do novo regime rapidamente farão desaparecer as situações transitórias.

Não se proporcionou idêntica regalia aos «graduados» por não pertencerem a quadros permanentes nem lhes corresponder completa equiparação no novo sistema de graus, nem - o que pareceu ainda mais importante - lhes ficar vedado que concorram aos quadros permanentes dos hospitais centrais e dos hospitais distritais.

Em obediência ao mesmo critério seguido na aplicação dos primeiros graus da carreira médica de saúde pública, também quanto à carreira médica hospitalar se faz depender da sua plena execução do facto de os serviços serem considerados aptos para o efeito. É uma linha de orientação que permite, para mais, conciliar a justiça e eficácia das novas medidas com o necessário escalonamento, no tempo, de inevitáveis e muito pesados encargos financeiros. Irão, pois, estes sendo assumidos à medida que a produtividade dos serviços, criteriosamente apreciada, torne justificável que o País os suporte.

Esclarece-se, entretanto, que foi programada já uma reestruturação por via da qual vão atingir-se as condições que permitam, dentro de poucos anos, considerar aptos, pelo menos, todos os serviços dos hospitais centrais.

Ainda quanto à carreira médica hospitalar, refere-se que houve a intenção de respeitar o espírito de corpo dos vários hospitais, sem prejuízo de procurar introduzir-se a conveniente normalização que os encaminhe para padrões unitários de funcionamento.

5. Em ligação indispensável com os serviços de atuação médica, quer no campo hospitalar, quer no da saúde pública, encontram-se os correspondentes serviços de enfermagem. Considera-se, na verdade, de primordial importância o papel do enfermeiro em todos os serviços preventivos ou curativos, e importa promover a atracção do maior número possível de elementos válidos para as carreiras de enfermagem, bem como o aperfeiçoamento permanente dos respetivos profissionais.

A reorganização de serviços atende a essa complementaridade e, por isso, julgou-se imprescindível que, paralelamente, fosse a situação profissional da enfermagem revista na oportunidade do presente diploma. Corrigem-se, assim, níveis de vencimentos que não tenham sido recentemente revistos e introduz-se maior perfeição no regime de recrutamento e acesso, trazendo, com essas medidas, prestígio e maiores atrativos às carreiras de enfermagem de saúde pública e de enfermagem hospitalar.

6. Foram, igualmente, consideradas as carreiras de outros técnicos de diversos níveis, cujas funções, na maior parte predominantemente complementares ou auxiliares, é preciso assegurar para completo e harmonioso funcionamento do conjunto sistemático do trabalho nos campos da saúde pública, dos hospitais e da assistência, incluindo a do serviço social.

Estabelecem-se ainda as normas para a criação de outras carreiras, à medida que estas se tornem aconselháveis.

7. O regime do presente diploma comporta a possibilidade de sucessivos aperfeiçoamentos. Observou-se, para cada carreira, o grau de estruturação definida que a experiência permitiu ou aconselhou. Nos casos de profissões auxiliares, prescreveram-se, por isso, esquemas mais maleáveis, a aplicar e desenvolver em paralelo com os avanços que se obtenham de medidas de formação de pessoal dessa natureza. Pretendeu-se, contudo, salvaguardar, ainda nesta hipótese, o devido respeito por critérios de graduação que não alterem o equilíbrio do conjunto.

8. Do que fica exposto infere-se ainda que, de facto, não se conferiu ao regime do presente diploma o carácter de uma medida rígida isolada, que deve ele ser interpretado à luz de uma política de saúde e assistência social progressiva, com mais vastos propósitos, e que também apenas nesse contexto, de iniciativas concertadas, pode obter-se da sua execução gradual o mais amplo resultado”.

O primeiro diploma legal, específico, das Carreiras Médicas em Portugal foi o Decreto-Lei nº 310/82, no momento político em que era Secretário de Estado da Saúde o Dr. Paulo Mendo e o Ministro dos Assuntos Sociais, na designação da altura, era o Dr. Luís Barbosa.

O processo negocial deste diploma obedeceu aos critérios da negociação sindical, efetuada com os sindicatos médicos regionais, então em atividade.

Transcreve-se o Preâmbulo desse decreto-lei:

“1. No conjunto das atividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde. Resulta daqui a profunda responsabilidade destes profissionais e a grande delicadeza de que se reveste a elaboração dos diplomas legais que enquadrem a respetiva atividade nos serviços de saúde que o Estado deve assegurar.

Não poderá o Estado alienar a responsabilidade que lhe incumbe de garantir à população cuidados médicos de qualidade, e os responsáveis não pretendem fazê-lo sem interessar nessa preocupação os referidos profissionais.

2. A carreira médica é definida como uma sequência de graus, que são patamares de conhecimento e diferenciação técnico-científica de responsabilidade crescente, obtidos mediante períodos de formação, cursos e provas públicas de competência.

3. A formação profissional tem, naturalmente, um lugar de relevo na atividade dos serviços de saúde, quer sob a forma de períodos de formal aprendizagem (os internatos) quer sob a forma de formação permanente, mas sempre com o enquadramento próprio do treino em serviço. Os períodos de aprendizagem formal ou internatos serão desenvolvidos tendo em conta padrões de qualidade internacionalmente aceites e não constituirão, por si só, qualquer grau da carreira profissional; serão antes uma situação transitória para a obtenção daquele grau que corresponde à plena diferenciação e responsabilidade técnicas dentro da área profissional respetiva.

4. Muito importante é acentuar a inovação constituída pelo facto de o exercício de cargo ou funções em lugares dos quadros dos serviços poder ser independente do grau entretanto obtido, sendo certo que este é pressuposto necessário para a ocupação de lugares cuja responsabilidade corresponde aquela que é por ele conferida.

5. Tratando-se de uma atividade muito particular, diretamente relacionada com a saúde e, conseqüentemente, com o bem-estar da população, justo é que se encontre para ela um regime particular de trabalho que, para além de um cada vez maior e melhor aproveitamento das instituições e dos profissionais, dê também a estes o necessário aliciente ao respetivo exercício, que deve ser, afinal, um paradigma de dedicação e humanidade.

6. Teve-se ainda em conta a atividade médica pré-existente nos serviços públicos, quer já enquadrada em carreira profissional quer sem tal enquadramento nos casos em que a lei o não previa; a estes médicos é dada agora ampla possibilidade de trânsito dignificado para o novo sistema dentro do princípio, que se aceita, de que o Estado deve honrar quem o honra trabalhando nas suas estruturas.

7. Considera o Governo que é possível e até desejável que se criem condições para que os clínicos gerais possam optar, dentro da sua carreira, por formas variáveis de remuneração. Por isso se consigna no articulado que novas formas de pagamento possam ser implantadas, nomeadamente a do pagamento por ato médico, prevendo mesmo a composição da comissão especializada que estudará tal questão.

Não pode o Governo, para já, face à indefinição do trabalho profissional inerente a uma carreira que se inicia, ao desconhecimento do «perfil médico» estabilizado dentro da carreira, às limitações orçamentais que não permitem ter zonas de custos aleatórios, implementar o pagamento por ato médico.

Vai, por isso, o Governo proceder a uma análise segura dos custos e a uma recolha persistente de informação sobre esta carreira para que, com segurança, se possam estabelecer e fomentar novas formas de remuneração, se tal se verificar conveniente, desejável e economicamente exequível.

8. Encontra-se, neste momento, já bastante dispersa e nalguns aspetos desatualizada a legislação que institucionaliza e regulamenta a carreira médica. É assim que se entende, neste momento, muito conveniente não só atualizar princípios e normas de procedimento como também reunir num único diploma o essencial sobre o assunto, sem descurar a relativa flexibilidade que a especial delicadeza do problema vem a exigir. Crê-se que o presente diploma contém, em si, suficiente clareza de princípios e normas para permitir opções conscientes e esclarecida perspetivação do futuro”.

Desde logo, é possível verificar que a definição de carreira médica foi repetida do Decreto-Lei nº 414/71, tendo sido igualmente repetida a ideia de que “o Estado deve honrar quem o honra trabalhando nas suas estruturas”.

Outros aspetos que importa sublinhar são:

- Foi estabelecida, pela primeira vez, a carreira médica de clínica geral, carreira decisiva na consolidação e expansão da rede de centros de saúde e na implementação da medicina geral e familiar.

Esta carreira surgiu a par das anteriores carreiras hospitalar e da saúde pública.

- Sublinhou o papel determinante da profissão médica no conjunto das atividades relativas à saúde.

-Sublinhou também aquilo que designou como “a posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde”.

- Atribuiu à formação profissional um lugar de relevo na atividade dos serviços de saúde.

Nos anos de 1987, 1988 e 1989, o governo presidido pelo Prof. Dr. Cavaco Silva e tendo como ministra da saúde a Dr.ª Leonor Beleza, desencadeou uma violenta ofensiva política na área da saúde, com várias fases de desenvolvimento e tendo três objetivos capitais: a formação médica pós-graduada, a gestão hospitalar e as carreiras médicas. Nesse sentido, o internato da especialidade, concluído com aproveitamento, deixou de assegurar a inserção nas carreiras médicas.

A Lei de gestão hospitalar desse governo traduziu-se na liquidação da gestão democrática e na instauração do que ficou conhecido como comissariado político, baseado na escolha de pessoas, em muitos casos, sem qualquer formação em gestão ou ligação às questões da saúde.

Em seguida foi divulgado um projeto de revisão do DL nº 310/82 que, de forma muito clara, visava destruir as carreiras médicas e impor um regime de dedicação exclusiva a todos os médicos.

Nesses anos assistimos às mais amplas e enérgicas movimentações reivindicativas dos médicos, com a realização de várias greves nacionais com níveis de adesão elevadíssimos e a realização de assembleias com a participação de milhares de médicos. As várias organizações médicas souberam encontrar plataformas de convergência reivindicativa que foram a chave para o êxito das formas de luta empreendidas.

Assim, o então ministério da saúde viu-se obrigado a desencadear um processo negocial em torno de um novo regime das carreiras médicas em Setembro de 1989.

Essas negociações conduziram a múltiplas e substanciais alterações ao projeto governamental inicial e coincidiram com a implementação da reforma das carreiras profissionais da Administração Pública, que ficou conhecida como a “Reforma Sousa Franco”, bem como com o designado “Novo Sistema Retributivo”.

Como resultado direto das enérgicas formas de luta reivindicativa e da ampla plataforma de unidade entre os médicos, foi possível impedir que esse projeto de destruição das carreiras médicas fosse por diante e inclusive concretizar um acordo negocial que se traduziu num diploma legal, Decreto-Lei nº 73/90, cujo conteúdo representou um avanço global relativamente às disposições do DL nº 310/82.

O preâmbulo do DL nº 73/90 referia o seguinte:

“O presente diploma reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, enquadrando-se no objetivo prioritário do Governo de modernização da Administração Pública, através de um projeto de desenvolvimento e valorização dos seus profissionais, com vista à melhoria da rentabilidade e qualidade dos serviços a prestar.

A medida legislativa é ditada pela necessidade de reconverter o sistema remuneratório das carreiras médicas, de as dotar de um modelo mais dinâmico e de as adequar a uma nova forma de perspetivar e conceber a organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

Na reforma em curso do sistema retributivo da função pública, os médicos, a par de outros técnicos de saúde, pelo reconhecimento da sua preparação técnico-científica, especificidade e autonomia funcionais, passam a constituir um corpo especial de funcionários, a retribuir por escala indiciária própria.

Essa escala é concebida em articulação com a escala indiciária geral e estruturada em moldes semelhantes, em obediência aos princípios gerais sobre remunerações estabelecidos no Decreto-Lei n.º 184/89, de 2 de Julho.

Na reformulação do regime das carreiras, sem modificar a sua filosofia ou introduzir alterações substanciais, dá-se-lhe nova estruturação e desenvolvimento, estabelecem-se novas regras, designadamente quanto aos regimes de trabalho, atualizam-se ou aperfeiçoam-se alguns aspetos e reúne-se, quanto possível, o regime num único diploma.

Às carreiras é dada uma estruturação e modelo de promoção idênticos.

A introdução de uma categoria intermédia possibilitará progressão económica e promoção profissional mais alargadas e uma diferenciação técnico-funcional, tendo em atenção a experiência e qualificação adquiridas.

A carreira médica de clínica geral é já adaptada, mormente quanto às regras de ingresso e às exigências da CEE atinentes à preparação técnica específica dos médicos generalistas, ficando preparada para a cabal aplicação antecipada da Diretiva n.º [86/457/CEE](#).

Nos regimes de trabalho, para além da fixação de uma duração semanal de trabalho igual à da maioria dos funcionários, admite-se e motiva-se a prática do regime de dedicação exclusiva, sem condicionamentos e com possível alargamento da duração semanal do trabalho.

Procede-se à normalização e regularização, na medida do possível, da situação de todos os médicos que trabalham no Serviço Nacional de Saúde, mediante a fixação de regras de transição que viabilizem a integração, imediata ou futura, em carreira dos casos atípicos que ainda se mantêm.

A formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras.

Sem perder o seu carácter vestibular, também das carreiras médicas, passa a ser regulada por diploma próprio.

Pretende-se dignificá-la, melhorando as condições de acesso e de frequência e aproveitamento, e alargar o âmbito da validade da qualificação a obter e do exercício profissional a que habilita.

O presente diploma é resultado, numa importante medida, de diálogo com organizações representativas dos médicos, revelando a eficácia do espaço de comunicação criado pelos mecanismos legais de negociação e participação.

Acolheram-se propostas de alteração, objeções e comentários, de natureza substancial e formal.

Crê-se que traz incentivo e transparência ao exercício da profissão médica no Serviço Nacional de Saúde, para além de propiciar maior e melhor aproveitamento das instituições e dos seus recursos, e que contém clareza de princípios e de normas”.

Este decreto-lei estabeleceu a carga horária máxima de trabalho semanal nas 42 horas enquanto no DL nº 73/90 eram 45 horas correspondente ao designado regime de trabalho de tempo completo prolongado.

Quanto ao **regime de dedicação exclusiva**, ficou definido na base da opção do médico e com o seguinte enquadramento específico:

“Não envolve quebra de compromisso de renúncia a percepção de remunerações decorrentes de:

a) Direitos de autor;

- b) Realização de conferências, palestras, cursos breves e outras atividades análogas;
- c) Atividades docentes previstas no n.º 4;
- d) Atividades privadas ou em regime de profissão liberal exercidas em instalações do respetivo serviço ou estabelecimento de saúde, nos termos do artigo 32.º deste diploma;
- e) Participação em órgãos consultivos de instituição com fins semelhantes àquela a que o médico pertença, desde que com a anuência prévia desta última e quando a forma de remuneração seja exclusivamente a de senhas de presença;
- f) Elaboração de estudos ou pareceres mandados executar por despacho do Ministro da Saúde ou no âmbito de comissões constituídas por sua nomeação;
- g) Atividades exercidas, quer no âmbito de contratos entre a instituição a que o médico pertence e outras entidades, públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, quer no âmbito de projetos subsidiados por quaisquer dessas entidades, desde que se trate de atividades de responsabilidade da instituição e os encargos com as correspondentes remunerações sejam satisfeitos através de receitas provenientes dos referidos contratos ou subsídios, nos termos de regulamento aprovado pela própria instituição de saúde;
- h) Ajudas de custo;
- i) Despesas de deslocação”.

No final do ano de 1990, iniciou-se a negociação do primeiro Acordo de Empresa (A.E.) para médicos no nosso país, a nível do subsistema de saúde dos SAMS do então Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas entre este sindicato e o Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

Este processo negocial, sofrendo uma forte influência das disposições do DL nº73/90, foi concluído em 1992 e este novo A.E. foi publicado no Boletim de Trabalho e Emprego (BTE) nº 31, de 22 de Agosto de 1992, instituindo as carreiras médicas neste subsistema de saúde.

Em meados de 1999, foi concluída a negociação de um novo Acordo de Empresa entre a então sociedade gestora privada (Mello Saúde) do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra) e o Sindicato Independente dos Médicos, tendo o respetivo acordo sido publicado no BTE nº 39, de 22 de Outubro de 1999.

Em 2014 realizou-se uma negociação sobre a implementação do sistema das carreiras médicas no Hospital de Braga cuja gestão estava concessionada a um grupo económico privado (Mello Saúde).

O Acordo de Empresa entre essa entidade privada, o Sindicato dos Médicos do Norte e o Sindicato Independente dos Médicos foi publicado no BTE nº 33, de 8/9/2014.

Com a implementação de uma nova reforma da Administração Pública através da Lei nº 12-A/2008, foi desencadeado novo processo de revisão das carreiras médicas, bem como de todas as outras carreiras profissionais.

Este processo adquiriu uma enorme complexidade face a uma realidade sem precedentes e que era o resultado do número crescente de médicos com contratos individuais de trabalho, sem acesso às carreiras médicas e impedidos de efetuar qualquer progressão no plano salarial, por via da prévia criação dos Hospitais EPE e dos Hospitais SA, bem como das ULS com o estatuto de EPE.

Nesse sentido, tornou-se necessário desenvolver um intenso trabalho de negociação por parte das organizações sindicais médicas e de uma articulação muito dinâmica com os respetivos advogados na elaboração das propostas negociais.

Assim, foram negociados dois decretos-lei, um para os médicos que já se encontravam inseridos nas carreiras médicas, o Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de Agosto, e outro para os médicos abrangidos pelos contratos individuais de trabalho nos estabelecimentos de saúde EPE, o Decreto-Lei nº 176/2009, de 4 de Agosto.

O conteúdo destes dois decretos-lei é coincidente apenas diferindo nas referências ao enquadramento legal geral a nível laboral, ou seja, a legislação dos contratos de trabalho em funções públicas (DL nº 177/209) e ao Código do Trabalho (DL nº 176/2209).

Aliás, foram publicados no mesmo dia.

Um aspeto resultante desta nova situação legal foi remeter para posterior contratação coletiva as questões regulamentadoras da agora chamada Carreira Médica.

Deste modo, foram posteriormente negociados o Acordo Coletivo da Carreira Médica Especial nº 2/2009 publicado em DR a 13/10/2009 e o Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos dos estabelecimentos de saúde EPE, publicado no Boletim de Trabalho e Emprego nº 42 de 8/11/2009.

Um dos objetivos apresentados pelo governo de então para proceder a nova reforma da Administração Pública por via da Lei nº 12-A/2008, foi diminuir aquilo que considerava ser um número exagerado de carreiras profissionais.

Nesse sentido, a nível dos médicos, as sempre chamadas carreiras médicas hospitalar, clínica geral e saúde pública passaram a designar-se “áreas de exercício profissional”.

A estas três “áreas de exercício profissional” juntaram-se mais duas: medicina do trabalho e medicina legal.

Pela primeira vez, a carreira médica até então chamada de “clínica geral” passou a dispor da correta designação de “medicina geral e familiar”.

Outro aspeto importante e muito gravoso foi a eliminação do regime específico de dedicação exclusiva, passando a considerá-lo inerente ao trabalho na Administração Pública e sem ser objeto de qualquer remuneração adicional.

Apesar desta imposição, foi possível na negociação dos Acordos Coletivos de Trabalho limitar esta encapotada imposição generalizada da dedicação exclusiva através de uma cláusula onde ficou definido que:

(Atividade privada e incompatibilidades)

1 - Nos termos do n.º 3 da Base XXXI da lei de Bases da Saúde, aos trabalhadores médicos é permitido exercer a atividade privada, em regime de trabalho autónomo, mediante a mera apresentação à entidade empregadora pública de compromisso de honra de que por esse motivo não resulta qualquer condição de incompatibilidade.

2 - A acumulação com funções privadas, em regime de trabalho subordinado, depende de autorização da entidade empregadora pública e não pode determinar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.

3 - A autorização para a acumulação de funções privadas, em regime de trabalho subordinado, é concedida a requerimento do trabalhador médico interessado, nos termos legais, devendo mediar um intervalo de tempo não inferior a uma hora entre o exercício das funções a acumular.

4 - Não depende de autorização da entidade empregadora pública, o exercício pelo trabalhador médico, em regime de trabalho autónomo, a título remunerado ou não, das seguintes atividades:

- a) Criação de obras do domínio literário, científico e artístico;
- b) Realização de conferências, palestras e cursos breves;
- c) Elaboração de estudos e pareceres médicos.

5 - São consideradas atividades privadas e condições incompatíveis, nomeadamente, o exercício de funções de direção técnica de entidades da área da saúde, convencionadas ou não, bem como a titularidade de participação superior a 10 % no capital social de entidades convencionadas, por si ou por cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes do 1.º grau.

Importa transcrever os preâmbulos respetivos dos dois decretos-lei:

Decreto-Lei n.º 177/2009

“O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, é a entidade pública que garante a todos os cidadãos o direito constitucional à proteção e à promoção da saúde. É o núcleo essencial do sistema de saúde português, constituindo-se como um serviço solidário e universal, decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde de toda a população e contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida. É, também, um fator de coesão social na sociedade portuguesa.

Um dos fatores críticos do sucesso do SNS é o da qualificação e desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais, designadamente dos médicos. Para estes, tradicionalmente, as carreiras médicas têm sido um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcados por etapas exigentes, com avaliação inter pares e reconhecimento institucional. Para o SNS, este processo tem possibilitado o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados medidos por vários indicadores de saúde populacional. Torna-se, por isso, necessário preservar e aperfeiçoar este património em todas as instituições e estabelecimentos integrados no SNS, independentemente da sua natureza jurídica.

No seguimento do disposto na base XII da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a Lei de Bases da Saúde, foi revisto, em 1993, o estatuto inicial do SNS, pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprovou um novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de criar unidades integradas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos. Dada a relevância social do direito à proteção da saúde, adotaram-se mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, com o intuito de compensar as desigualdades de acesso e de cobertura geodemográfica, bem como cumprindo a obrigação constitucional de universalidade do acesso à prestação de cuidados de saúde. Com as alterações de gestão e organização que têm prefigurado uma aposta na qualidade e na estruturação das carreiras médicas desde 1982, mormente pelo Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, ora revogado, desenvolveu-se e valorizou-se a prestação médica no SNS, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projeto sustentável.

Na presente legislatura, encetou-se a reforma da Administração Pública, tendo estabelecido a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, novos regimes de vinculação, de

carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais. Neste contexto, a carreira médica, a natureza da prestação de cuidados médicos, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua integração numa carreira geral, impondo, por isso, a criação de uma carreira especial. Deste modo, ao abrigo do disposto no artigo 101.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, o presente decreto-lei revoga o Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, que aprovou o regime das carreiras médicas, e define o regime legal da carreira médica, enquanto carreira especial da Administração Pública.

A presente carreira especial, implementando um modelo de referência em todo o SNS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços, pretende refletir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos.

O presente decreto-lei institui uma carreira médica única, embora organizada por áreas de exercício profissional, fundando-se em deveres funcionais comuns para todos os médicos e num conteúdo funcional de prestação de cuidados de saúde, investigação e formação profissional”.

Decreto-Lei n.º 176/2009

“O Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, é a entidade pública que garante a todos os cidadãos o direito constitucional à proteção e à promoção da saúde. É o núcleo essencial do sistema de saúde português, constituindo-se como um serviço solidário e universal, decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde de toda a população e contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida. É, também, um fator de coesão social na sociedade portuguesa.

Um dos fatores críticos do sucesso do SNS é o da qualificação e desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais, designadamente dos médicos. Para estes, tradicionalmente, as carreiras médicas têm sido um requisito e um estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação inter pares e reconhecimento institucional. Para o SNS, este processo tem possibilitado o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e nos resultados medidos por vários indicadores de saúde populacional. Torna-se, por isso, necessário preservar e aperfeiçoar este património em todas as instituições e estabelecimentos integrados no SNS, independentemente da sua natureza jurídica.

No seguimento do disposto na base XII da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, a Lei de Bases da Saúde, foi revisto, em 1993, o estatuto inicial do SNS, pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, que aprovou um novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no sentido de criar unidades integradas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos. Dada a relevância social do direito à proteção da saúde, adotaram-se mecanismos especiais de mobilidade e de contratação de pessoal, com o intuito de compensar as desigualdades de acesso e de cobertura geodemográfica, bem como cumprindo a obrigação constitucional de universalidade do acesso à prestação de cuidados de saúde. Com as alterações de gestão e organização que têm prefigurado uma aposta na qualidade e na estruturação das carreiras médicas desde 1982, mormente, pelo

Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, ora revogado, desenvolveu-se e valorizou-se a prestação médica no SNS, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projeto sustentável.

Num passado recente, através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, iniciou-se um processo de reforma da gestão hospitalar, mediante o aprofundamento das formas de natureza empresarial e de gestão de recursos humanos.

Esta reforma, encetada com a alteração da natureza jurídica dos hospitais para sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, determinou, posteriormente, em finais de 2005, a transformação das instituições de saúde em entidades públicas empresariais (EPE).

Conforme previsto no Programa de Estabilidade e Crescimento da República Portuguesa, o estatuto de entidade pública empresarial será progressivamente alargado a todos os hospitais e unidades locais de saúde, incluindo os que atualmente se encontram integrados no sector público administrativo e que mantêm a natureza jurídica de instituto público.

Importa também ter em conta, no seio do SNS, a realidade das parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados. Em 2001, no mandato do XIV Governo Constitucional, foi criada a Estrutura de Missão Parcerias. Saúde, tendo em vista executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no âmbito do SNS, nomeadamente através da criação de parcerias público-privadas (PPP), instituídas pelo Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto. A característica mais marcante do referido modelo foi o sector privado dever também assegurar a vertente da gestão clínica que, pela utilização de regras de gestão empresarial a aplicar por um parceiro privado, se esperava que conduzissem a uma maior economia, eficiência e eficácia.

Neste âmbito, encontram-se cinco processos em fases diferentes de aplicação, nomeadamente o Centro de Reabilitação de São Brás de Alportel, o Hospital de Cascais, o Hospital de São Marcos - Braga, o Hospital de Vila Franca de Xira e o Hospital de Loures. No que concerne aos recursos humanos, tem revelado ser linha condutora dos regimes do sector empresarial do Estado, sucessivamente aprovados em 1999 e 2007, fazer aplicar aos respetivos trabalhadores o Código do Trabalho, enquanto sede legal do respetivo estatuto de pessoal.

Na presente legislatura, iniciou-se a reforma da Administração Pública, estabelecendo a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais.

No âmbito da reformulação do regime de carreiras da Administração Pública, criou-se um patamar de referência para as carreiras dos profissionais de saúde nos EPE e nas PPP integradas no SNS, pelo que adquire particular importância, neste contexto, a intenção de se replicar o modelo no sector empresarial do Estado e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados.

Efetivamente, a padronização e identidade de critérios de organização e valorização de recursos humanos, contribui para a circularidade do sistema e sustenta o reconhecimento mútuo de qualificação e categorização, independentemente do local de trabalho e da natureza jurídica da relação de emprego.

No âmbito das parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, a importância desta estratégia é relevante, em função da exigência que deve ser tida com as entidades gestoras, nomeadamente em matéria de qualidade e equidade na

prestação de cuidados médicos, defesa do interesse dos utentes, standardização das práticas médicas e possibilidade de circularidade dos profissionais, impondo rigor e coerência ao modelo.

Para alcançar este desiderato, torna-se imperativo alterar, em conformidade, o regime do pessoal médico dos estabelecimentos E. P. E. e das parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, no domínio do SNS. Esta alteração não condiciona a aplicação do Código do Trabalho, nem a liberdade de negociação reconhecida às partes no âmbito da contratação coletiva.

Em síntese, através do presente decreto-lei, o Governo pretende garantir que os médicos das instituições de saúde no âmbito do SNS possam ter um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, o que possibilita também a mobilidade interinstitucional, sem subverter a autonomia de gestão do sector empresarial do Estado ou das PPP.”

Acordo Coletivo de Trabalho n.º 2/2009

Acordo coletivo da carreira especial médica, entre as entidades empregadoras públicas e a Federação Nacional dos Médicos e o Sindicato Independente dos Médicos.

Preambulo:

Na senda da entrada em vigor da Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, que aprovou o Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas (RCTFP), e do Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto, que estabeleceu o regime da carreira especial médica, o presente Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica (ACCE) Constitui o primeiro instrumento de regulamentação coletiva celebrado do sector da saúde...

... Procede-se no presente ACCE à adoção do regime semanal do período normal de trabalho de 40 horas, o qual será a modalidade típica, em substituição do período normal de trabalho de 35 horas, após a determinação de nova grelha salarial, sem prejuízo da manutenção dos regimes de trabalho de 35 e 42 horas semanais, vindos do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, nos termos do previsto no Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de Agosto...

... Os suplementos remuneratórios devidos pela prestação de trabalho noturno, extraordinário e pelos regimes de prevenção e chamada são regulados pela legislação especial aplicável ao regime de trabalho do pessoal hospitalar do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de Março”.

Ata de entendimento do Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos dos estabelecimentos de saúde EPE

Preambulo

Na sequência da entrada em vigor do diploma legal que estabeleceu o regime legal da carreira médica nas entidades públicas empresariais (Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de Agosto), foi encetado processo de negociação coletiva entre os representantes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) e um representante indicado e credenciado pelas entidades públicas empresariais. Tal processo teve por escopo a celebração de um acordo coletivo de trabalho (adiante ACT),

destinado a ser aplicado nas entidades públicas empresariais inseridas no Serviço Nacional de Saúde, bem como aos trabalhadores médicos a elas vinculados...

...As entidades públicas empresariais e os sindicatos ora outorgantes reconhecem o esforço mútuo desenvolvido no processo negocial e congratulam -se pela existência de consenso em matérias consideradas essenciais constantes do ACT. O presidente da comissão negociadora das entidades públicas empresariais e das associações sindicais contraentes declaram, para os devidos efeitos, que o grupo de negociação, reunido, pelas 17 horas, nas instalações do Ministério da Saúde, sitas na Avenida de João Crisóstomo, 9, em Lisboa, obteve acordo completo, integral e sem reservas de todas as partes envolvidas em relação à proposta de articulado do acordo coletivo de trabalho. O conteúdo do ACT, em relação ao qual se obteve acordo, é junto em anexo à presente acta de entendimento, fazendo parte integrante desta.

Lisboa, 23 de Setembro de 2009. Pelas entidades empregadoras: O Presidente da Comissão Negociadora: Cílio Pereira Correia. Pelas associações sindicais: Pela Federação Nacional dos Médicos: Mário Jorge dos Santos Neves. Pelo Sindicato Independente dos Médicos: Fernando Carlos Cabral Lopes Arroz.”

Um aspeto que merece particular referência foi a redação conseguida para o designado “perfil profissional “do médico, quer nos 2 acordos coletivos, quer previamente nos DL nº 176 e 177 e que na sua essência não era mais do que a definição do “ato médico”. Aliás, a redação do respetivo articulado baseou-se na definição colocada a referendo pelo Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos aos médicos do seu âmbito geográfico alguns anos antes.

A redação é a seguinte:

“Perfil profissional

1 - Considera-se médico o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico, tratamento, prevenção ou recuperação de doenças ou outros problemas de saúde, e apto a prestar cuidados e a intervir sobre indivíduos, conjuntos de indivíduos ou grupos populacionais, doentes ou saudáveis, tendo em vista a proteção, melhoria ou manutenção do seu estado e nível de saúde.

2 - A integração na carreira médica determina o exercício das correspondentes funções.

3 - O médico exerce a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício correto das funções assumidas, coopera com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua e coordena as equipas multidisciplinares de trabalho constituídas.”

Na sequência destas negociações, tornou-se inevitável estender a estrutura das carreiras médicas aos hospitais geridos ao abrigo do modelo das PPP (Parcerias Público-Privadas).

Após alguns anos de negociações, foram gradualmente concluídos vários Acordos de Empresa com cada um desses hospitais, envolvendo o Sindicato dos Médicos da Zona Sul e o Sindicato Independente dos Médicos

O Acordo de Empresa com o Hospital de Cascais foi publicado no BTE nº36 de 29/9/2016.

O Acordo de Empresa do Hospital de Vila Franca de Xira foi publicado no BTE nº4 de 29/1/2018.

O Acordo de Empresa do Hospital de Loures foi publicado no BTE nº 11 de 22/3/2020. Devido às especificidades do trabalho médico nos serviços de saúde dependentes da tutela do Ministério da Justiça, caso da especialidade da Medicina Legal, a negociação sindical conjunta das duas organizações médicas de âmbito nacional concretizou a publicação do Acordo Coletivo de Trabalho nº 106/2019 no DR de 27/11/2019.

Relativamente aos serviços de saúde sob a tutela do Ministério da Defesa, concretamente a nível das Forças Armadas, a negociação sindical conjunta concretizou o Acordo Coletivo de Trabalho nº 10/2020, publicado no DR de 31/8/2020.

Nenhuma das unidades privadas que gere estabelecimentos hospitalares alguma vez se mostrou disponível para negociar acordos de empresa, de modo a proceder à aplicação da carreira médica.

Tendo em conta esta realidade, consideram-se indispensáveis as seguintes medidas:

- 1- A designação tradicional de Carreiras Médicas na nossa linguagem e terminologia médica deve ser mudada para Carreira Médica, acompanhando a definição legal em vigor nos últimos anos e, desse modo, evitando confusões que não são úteis na nossa intervenção em prol da dignificação do trabalho médico. Esta alteração deve figurar já na impressão deste Relatório e no seu título final.
- 2- Sendo inquestionável que a carreira médica devidamente estruturada e hierarquizada constitui um mecanismo de garantia da qualidade do exercício da profissão médica, devem ser desenvolvidos todos os esforços para que todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, tenham em funcionamento a organização do trabalho médico assente na carreira médica.
- 3- A atribuição da idoneidade formativa a um serviço deve estar dependente da existência prévia da carreira médica nesse estabelecimento de saúde.
- 4- A carreira médica deve dispor de mais uma categoria no seu topo, ou seja, a seguir a Assistente Graduado Sénior deve voltar a figurar a categoria de Chefe de Serviço. O conteúdo funcional desta categoria deve estar vocacionado para o desempenho de tarefas de gestão dos serviços de saúde.
- 5- Devem ser aplicadas medidas de extrema urgência na melhoria generalizada das condições de trabalho.
- 6- Não devem ser toleradas quaisquer intromissões político-partidárias dos órgãos de gestão ou de interesses comerciais no desenvolvimento quotidiano da prática clínica assistencial.
- 7- A autonomia e independência técnico-científica da profissão médica tem de constituir um princípio sagrado sempre presente em todas as intervenções laborais e reivindicativas nas várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.
- 8- Tem de ser elaborado e negociado um programa imediato de fixação dos médicos no SNS, através de uma redinamização da Carreira Médica, melhores perspetivas de formação contínua e de investigação clínica, bem como de uma reformulação salarial e dos regimes de trabalho que os tornem atrativos e compensadores no plano de desenvolvimento pessoal e profissional.
- 9- Deve ser “repristinado” o regime de dedicação exclusiva nos moldes em que estava estabelecido no DL nº 73/90.

SEGUNDA PARTE

Relatório do Conselho Nacional Consultivo para o Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas (liderado pelo Dr. Jorge Seabra, presidente do CNC para o SNS e Carreiras Médicas)

Contributos para um Debate sobre as Carreiras Médicas no Futuro

30 de Abril de 2022

Conselho Nacional Consultivo da Ordem dos Médicos para o Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas (Mandato 2020-2022):

Carlos Manuel Costa de Almeida
Jorge Freitas Seabra (Presidente)
Jorge Manuel Martins Ferreira dos Santos
Luís Filipe Leitão da Costa Froes
Paulo Cristiano do Nascimento Simões
Paulo Jorge Valejo Coelho
Mário Jorge dos Santos Neves
Sérgio Miguel Pereira Chacim
Víctor Manuel Borges Ramos

Sumário Executivo

Nas reuniões do Conselho Nacional Consultivo para o Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas (CN – SNS/CM), houve sempre o objetivo de consensualizar princípios enquadradores, perspetivar linhas orientadoras e retirar conclusões práticas aplicáveis no presente e no futuro.

O presente Relatório divide-se em três partes:

Parte I - *História e evolução das Carreiras Médicas no contexto do desenvolvimento do SNS*

Parte II - *Reflexões sobre diversas vertentes e implicações das Carreiras Médicas para o futuro da Saúde, do sistema de saúde e do SNS*

Parte III – *Opções e propostas*


São abordados aspetos considerados essenciais para a compreensão do passado e das vicissitudes por que têm passado as Carreiras Médicas (CM). São propostos como princípios e pilares estruturantes os seguintes pontos:

1. As Carreiras Médicas correspondem ao percurso de diferenciação e de desenvolvimento contínuo das competências específicas dos médicos ao longo da sua vida profissional. Têm como início o internato médico de uma das especialidades reconhecidas pela Ordem dos Médicos. Este internato é parte integrante da carreira médica.
2. As Carreiras Médicas devem ser o principal instrumento de promoção do desenvolvimento profissional contínuo e a atualização permanente dos médicos, garantindo a qualidade da Medicina em Portugal. Existe um património de décadas de experiência e de saberes adquiridos, com resultados comprovados, apesar dos muitos ataques e vicissitudes registados. Há que aprender com esse passado e perspetivar o futuro. Sendo um sistema de garantia de qualidade, de motivação, de avaliação e de reconhecimento interpares, devem ser reconhecidas, valorizadas e desenvolvidas como tal, a nível nacional. Configuram mesmo um sistema superior a modelos episódicos e redutores de “recertificação médica”.
3. Todos os médicos devem ser estimulados e apoiados na resposta aos desafios e requisitos da sua carreira médica, podendo atingir sempre, se o desejarem, o grau mais elevado da sua carreira.

Parte I: História e evolução das Carreiras Médicas no contexto do desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A publicação do célebre “Relatório sobre as Carreiras Médicas”, em 1961, culminou num amplo processo, de vários anos, de intensas movimentações reivindicativas, mobilizando a grande maioria dos médicos portugueses. Infelizmente, a análise dessa histórica iniciativa não foi suficientemente aprofundada e relatada por escrito por quem a viveu diretamente, deixando uma lacuna nos registos históricos e na compreensão da matriz identitária da classe médica em Portugal.

Ainda assim, em 2007, Álvaro Luz e Silva, António do Carmo Galhordas, Jorge Manaças, Manuel Machado Sá Marques e Orlando Leitão publicaram um livro intitulado “As Carreiras Médicas em Portugal: evocação e defesa”. O seu conteúdo baseou-se na



experiência pessoal dos autores e em registos dos arquivos da Ordem dos Médicos. Constituindo a única análise desse importante processo reivindicativo.

Para a elaboração deste Relatório, considerámos indispensável analisar os factos mais relevantes relacionados com as Carreiras Médicas, desde a publicação do *Relatório* de 1961 até à atualidade.

O processo reivindicativo que conduziu à elaboração do referido Relatório desenrolou-se durante a ditadura autodenominada de “Estado Novo”. Foi nesse ambiente repressivo que os médicos desencadearam um processo de discussão sobre o futuro da profissão, da assistência médica e dos serviços de saúde, bem como das soluções para a grave situação vivida no setor da Saúde, em Portugal.

Foi a partir do enquadramento legal da única organização médica permitida pelo regime - a Ordem dos Médicos -, que os médicos, entendendo o momento histórico que viviam, tiveram a capacidade de proceder à reflexão e análise dos múltiplos fatores condicionantes da realidade política e social que se vivia. Realizaram várias assembleias em diversos pontos do país, com elevada participação de médicos, num corajoso desafio ao regime ditatorial que punia duramente qualquer “ajuntamento” de cidadãos.

O “Relatório sobre as Carreiras Médicas” constituiu, por isso, um documento amplamente analisado pela maioria dos médicos e espelhou as perspetivas dominantes no seu seio.

O limitado desenvolvimento dos serviços de saúde, a ausência de saídas profissionais atrativas para jovens médicos recém-licenciados e as baixas remunerações, constituíam um bloqueio ao desenvolvimento da profissão médica. Estavam, então, criadas as condições para se atingir um ponto de rotura no plano político e profissional.


Além do número crescente de médicos que tomaram parte ativa nas movimentações, tornou-se marcante o envolvimento dos mais jovens, levando a que se designasse o processo como o “Movimento dos Novos”. A mobilização atingiu tal dimensão que alguns médicos, deputados à Assembleia Nacional pelo partido único consentido (União Nacional), participaram nas assembleias e na discussão das reivindicações aprovadas.

A 29 de julho de 1958, realizou-se em Lisboa uma Assembleia Regional Extraordinária da Ordem dos Médicos para analisar os resultados de um inquérito dirigido aos médicos e as conclusões do estudo sobre os “Problemas da Medicina em Portugal”, subscrito por 650 médicos desta secção regional. As Secções Regionais do Norte e do Centro da Ordem dos Médicos desencadearam movimentações idênticas com assembleias e debates sobre os problemas da saúde e da profissão médica.

Em meados de 1958 foi criado, pela primeira vez, o Ministério da Saúde (até essa data, existia apenas uma Subsecretaria de Estado do Ministério do Interior), tendo como ministro o advogado Martins de Carvalho.

A 20 de julho de 1959 realizou-se na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa uma Assembleia Regional Extraordinária da Secção do Sul da Ordem dos Médicos com a participação de mais de 1000 médicos, sob a presidência do Prof. João Cid dos Santos, que aprovou o relatório elaborado pela comissão de médicos eleita no ano anterior e empossada pelo bastonário da Ordem dos Médicos, Prof. Jorge Horta.

A 17 de junho de 1961, depois do Relatório ter sido objeto de discussão nos conselhos regionais e assembleias regionais, realizou-se uma Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Médicos que aprovou o Relatório sobre as *Carreira Médicas*.



A Ordem dos Médicos assumiu, assim, a decisão histórica de definir pela primeira vez um documento programático com uma visão de futuro para o desenvolvimento da Saúde e da profissão médica, que passou a ser uma referência incontornável em todos os processos reivindicativos e legislativos no setor da Saúde.

Importa lembrar que os cuidados de saúde eram, então, integralmente pagos pelos cidadãos, a não ser que apresentassem um “atestado de indigência” emitido pela respetiva Junta de Freguesia. Nessa altura, os indicadores de saúde em Portugal eram os piores de todo o continente europeu.

As estruturas hospitalares encontravam-se restringidas aos maiores centros urbanos como Lisboa, Porto e Coimbra. Os médicos, nos hospitais, tinham gratificações simbólicas, sem quaisquer direitos laborais e os cuidados ambulatoriais dependiam dos consultórios médicos privados, apesar já existirem os postos médicos das Caixas de Previdência, criados no final da década de 40.

A leitura do Relatório permite verificar que o seu conteúdo foi fundamental para a construção de um verdadeiro sistema de saúde para o nosso país, tomando como referência o pioneiro *National Health Service* britânico, tão prestigiado na altura. Nesta perspetiva, é clara a íntima ligação entre o novo sistema de saúde e a existência de Carreiras Médicas. *“As carreiras não se compreendem desarticuladas do sistema assistencial, tanto mais que todo ele tem por ponto de apoio a clínica”*, pode ler-se. *“As carreiras constituem uma estrutura fundamental do serviço de saúde: sem elas não haverá assistência de boa qualidade; só com elas, a situação presente não melhorará”*. Tendo em conta a ideologia corporativa do regime, só eram autorizados, para divulgação, documentos contendo matérias de índole profissional. E, assim, a designação do relatório referiu-se exclusivamente às Carreiras Médicas, embora o seu objeto e conteúdo fossem bem mais amplos. Essa hábil atitude tornou possível dissimular, perante os serviços da censura e da polícia política, o verdadeiro alcance do relatório que se alargava ao diagnóstico da situação da saúde então existente no nosso país, bem como às graves questões de índole social.

A leitura do Relatório permite verificar que muitas apreciações mantêm uma enorme atualidade, nomeadamente na relação íntima entre a qualidade dos serviços de saúde e a existência de Carreiras Médicas.

O Relatório estabelecia duas Carreiras Médicas – a de Saúde Pública e a Hospitalar. Na Carreira Médica Hospitalar existiam os seguintes graus: Interno do Internato Geral (2 anos); interno do Internato Complementar; Segundo Assistente; Primeiro Assistente; e Diretor de Serviço. Os graus da Carreira Médica de Saúde Pública eram: Subdelegado de Saúde; Delegado de Saúde; Inspetor de Saúde; e Diretor de Saúde.

Todos os graus eram adquiridos por concurso, na grande maioria com provas públicas. A remuneração contemplava duas componentes: fixa e variável. Eram propostos três regimes de tempo de trabalho: tempo completo, tempo parcial e ocupação exclusiva (este aplicável apenas aos médicos de saúde pública).

As Carreiras Médicas tiveram alguma expressão inicial na Lei nº 2120, de 19 de julho de 1963, que promulgou *“As Bases da Política de Saúde e Assistência”*. A Base XXV dessa lei estipulava que *“serão estabelecidas para os médicos as carreiras de saúde pública e hospitalar”* e *“serão igualmente estabelecidas carreiras para o pessoal farmacêutico, auxiliar de medicina, de serviço social, de enfermagem e administrativos dos hospitais”*. Cinco anos depois, a 27 de abril de 1968, foi publicado o Decreto-Lei (DL) nº 48 357 que estabeleceu o *“Estatuto Hospitalar”*. No ponto nº 2 do seu preâmbulo era reconhecida

a necessidade das carreiras profissionais, baseadas na competência e preparação dos médicos e de mais pessoal. O ponto nº 3 referia a necessidade da criação das carreiras para os médicos integrando uma tríplice orientação para a atualização das estruturas hospitalares.

O ponto n.º 7 desse Estatuto afirmava que *“assim, se estabelecem, desde já, as carreiras de administração, médica e farmacêutica. A lei permite que outras venham a ser criadas na medida que forem necessárias. É exato que, como se diz no Relatório das Carreiras Médicas, a simples instauração de uma carreira, só por si, não elimina todas as deficiências do sistema, nem é remédio para a totalidade dos males. Por isso, é que não se criaram carreiras antes de ser promulgado o conjunto de medidas agora legislado”*. No Art.º 70º, o ponto nº 2 definia que *“o pessoal universitário que trabalha nos hospitais não fica abrangido pelas Carreiras Médicas”* e no Art.º 71º, no seu ponto nº 1, que *“nas carreiras deve haver concursos de habilitação e provimento”*.

Em 1971, foi desencadeado um processo de reforma pelo então Secretário de Estado da Saúde, Prof. Dr. Francisco A. Gonçalves Ferreira, que incluiu a publicação do DL n.º 441/71, de 27 de Setembro de 1971, estabelecendo *“o regime geral que permitirá a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestem serviço no Ministério da Saúde e Assistência”*. Ficou consagrada a estruturação da carreira médica de saúde pública e da carreira médica hospitalar.

O preâmbulo desse decreto-lei, no ponto n.º 2, referia o seguinte:

“Aceitou-se o princípio da organização de carreiras profissionais por corresponder ao método que se afigura mais apto para proporcionar, simultaneamente, estímulo e compensação dos esforços exigidos aos funcionários, a desejável justiça nos respetivos acessos e o criterioso rigor no recrutamento.”

O seu Art.º 11º, referente à carreira médica hospitalar, estipulava:

1 - A carreira médica hospitalar inicia-se pelo internato.

2 - O internato, que terá regulamento próprio, aprovado por portaria do Ministro da Saúde e Assistência, compreende dois graus:

Grau 1 - Internato de policlínica;

Grau 2 - Internato de especialidades.

Após a restauração da democracia, em 25 de abril de 1974, as questões sociais e laborais sofreram um poderoso impulso. Em agosto de 1975, a Direcção-Geral dos Hospitais, tendo como titular no cargo o médico Artur do Céu Coutinho, emitiu um *“Relatório do grupo de trabalho para estudo da carreira médica nacional”*.

No seu preâmbulo, era afirmado que *“uma Carreira Médica unificada só fará sentido se incluída num Serviço Nacional de Saúde também unificado”* e *“a tríplice função de assistência, ensino e investigação adstrita aos vários graus permitirá alcançar a meta da integração do Ensino e Assistência com a correlativa possibilidade de maior diferenciação profissional e, sobretudo, do encontro de solução para o ensino da Medicina pré e pós-graduada e da atualização permanente”*. Nas suas propostas fundamentais destacam-se as seguintes:

- A Carreira Médica é uniforme na sua planificação e programação para todas as regiões do País.

- A univocidade da Carreira Médica deriva do reconhecimento de que, qualquer que seja a especialização porque venha a optar-se, a prática da medicina deve assentar sobre uma formação comum.

Para a Carreira Médica previam-se cinco graus:

- 1 - Internato Básico - com a duração de 2 anos após os quais podia exercer medicina não tutelada;
- 2 - Médico Policlínico - prestação de cuidados médicos na periferia num ano (Serviço Médico à Periferia);
- 3 - Internato Complementar – neste documento foi estabelecido o “Internato complementar de Clínica Geral /generalista;
- 4 - Especialista ou Graduado – era referida a sugestão de criação, neste grau, de subespecialidades, como epidemiologia, medicina do trabalho, administração sanitária;
- 5 - Assistente - o 5º grau da carreira, sujeito a avaliações periódicas de capacidade profissional.

O acesso a cada grau seria sempre efetuado por concurso. No caso de Especialista e Assistente, mediante concurso de provas públicas.

Nas “Notas Finais” decretou-se que *“com o estabelecimento destes graus, ficam assim excluídos da Carreira os graus de chefia ou direção”*.

Entre 1975 e 1982, foram os médicos portugueses que tomaram a iniciativa de organizar o que se designou como “Serviço Médico à Periferia”, com prestação de cuidados de saúde às populações das zonas interiores e mais carenciadas do país.

No primeiro semestre de 1982, o então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Paulo Mendo, desencadeou, com os sindicatos médicos regionais, um processo negocial que culminou na publicação do primeiro diploma específico e global das Carreiras Médicas, o Decreto-Lei n.º 310/82, publicado a 3/8/1982:

- No seu preâmbulo era referido que:

“No conjunto das atividades relativas à defesa da saúde, avulta, com profunda relevância, a profissão médica, já que se situa em posição capital como chave e como cúpula técnico-científica de qualquer sistema de saúde. Resulta daqui a profunda responsabilidade destes profissionais e a grande delicadeza de que se reveste a elaboração dos diplomas legais que enquadrem a respetiva atividade nos serviços de saúde que o Estado deve assegurar.”


“(…) Não poderá o Estado alienar a responsabilidade que lhe incumbe de garantir à população cuidados médicos de qualidade, e os responsáveis não pretendem fazê-lo sem interessar nessa preocupação os referidos profissionais. (...)”

“A carreira médica é definida como uma sequência de graus, que são patamares de conhecimento e diferenciação técnico-científica de responsabilidade crescente, obtidos mediante períodos de formação, cursos e provas públicas de competência”.

Foram então criadas três Carreiras Médicas: Hospitalar, Saúde Pública e Clínica Geral. Definiram-se os perfis profissionais de cada carreira com descrição dos conteúdos funcionais de cada grau e categoria da carreira, concursos de habilitação e de provimento e regimes de trabalho: tempo completo (36h), tempo completo prolongado (45h), dedicação exclusiva, tempo parcial e disponibilidade permanente.

Entre diversas inovações, o documento continha a criação da Carreira de Clínica Geral, como embrião da institucionalização da especialidade de Medicina Geral e Familiar.

A 21 de janeiro de 1988, o Governo - tendo como primeiro-ministro o Prof. Aníbal Cavaco Silva e como ministra da saúde a Dr.ª Leonor Beleza -, publicou o Decreto-Lei nº 19/88, onde se estabeleceu um novo enquadramento legal para a gestão hospitalar, pondo fim à gestão democrática nos hospitais públicos e instaurando um sistema de nomeações que veio a ser considerado uma abertura ao comissariado político. A



primeira vaga de nomeações ao abrigo da nova legislação foi bastante elucidativa, com a designação, para presidentes dos conselhos de administração dos hospitais de, por exemplo, um comerciante de cutelaria, um militar na reserva e um professor primário aposentado.

A nova legislação deu cobertura legal para degradar e desarticular o edifício técnico-científico das Carreiras Médicas, ao permitir que, médicos, politicamente nomeados para cargos de Presidente do Conselho de Administração ou de Diretor Clínico, presidissem a júris dos concursos, independentemente das especialidades a que estes dissessem respeito.

Durante o ano de 1989 decorreu um processo negocial para revisão do diploma das Carreiras Médicas, culminando em mais de ano e meio de um muito participado e radicalizado processo de luta contra as tentativas, da então ministra da saúde Dr.^ª Leonor Bezeira, para as eliminar. No segundo semestre desse ano intensificaram-se as negociações que culminaram num acordo assinado a 23 de dezembro pelas duas organizações sindicais médicas nacionais. Contudo, só em março de 1990 é que o novo Ministro da Saúde, Arlindo de Carvalho, procedeu à sua publicação, tornando-se perceptíveis algumas movimentações políticas que procuravam impedir que tal acontecesse.


A 6 de março de 1990 foi, finalmente, publicado o Decreto-Lei n.º 73/90. É de sublinhar, que a negociação deste diploma partiu de um projeto inicial, assumido pelo então governo, de destruição das Carreiras Médicas, com a criação de um numeroso “contingente” de médicos indiferenciados, e a imposição arbitrária, no Serviço Nacional de Saúde, do regime de trabalho em dedicação exclusiva. No entanto, fruto da enérgica ação combativa e reivindicativa dos médicos e da eficaz articulação entre as organizações sindicais e a Ordem dos Médicos, e apesar das dificuldades decorrentes de o Governo ter maioria absoluta na Assembleia da República, o conteúdo desse diploma acabou por representar uma melhoria global (profissional e salarial) em relação ao Decreto-lei n.º 310/82.

Na participação da Ordem dos Médicos, importa referir o papel decisivo do então bastonário Prof. Doutor Manuel Machado Macedo e dos dirigentes nacionais Drs. Carlos Santana Maia e Fernando Costa e Sousa.

A negociação do Decreto-lei n.º 73/90 coincidiu com a reforma das carreiras da Administração Pública e a negociação de um novo sistema retributivo de todos os seus setores profissionais, designado por “Novo Sistema Retributivo”. As Carreiras Médicas foram incluídas nos corpos especiais da Função Pública, com grelhas salariais específicas.

A maior importância dada ao regime de trabalho em dedicação exclusiva, atribuído quando solicitado pelos médicos e com a devida majoração salarial, foi um dos pontos mais relevantes deste diploma. O regime de dedicação exclusiva assumiu duas modalidades: em 35 horas semanais (tempo completo) ou em 42 horas semanais (tempo completo prolongado). Mantiveram-se as três Carreiras Médicas e foram criados dois graus (especialista e consultor) e três categorias com as mesmas designações do anterior diploma.

Aos cargos de chefia foram atribuídas percentagens pecuniárias pelo seu desempenho (Diretor de Departamento - 15%; Diretor de Serviço - 10%; Chefe de Equipa de Urgência-5%).



Apesar dos intensos esforços negociais e das firmes posições reivindicativas então assumidas, não foi possível inverter a decisão da Assembleia da República (adotada dois anos antes), que reformulou o estatuto legal do internato médico, retirando das Carreiras Médicas os dois anos de Internato Geral. Por isso, o preâmbulo do DL 73/90 definia que *“a formação médica pós-licenciatura e pré-carreira deixa de integrar o diploma das carreiras”*.

A 8 de novembro de 2002, num governo presidido pelo Dr. Durão Barroso, tendo como Ministro da Saúde o Dr. Luís Filipe Pereira, foi publicada a Lei nº 27/2002 que criou os modelos jurídicos de Hospitais Sociedades Anónimas (Hospitais SA) e Entidades Públicas Empresariais (Hospitais EPE). A partir dessa legislação verificou-se uma intensa ofensiva contra as Carreiras Médicas, com imposição generalizada de contratos individuais de trabalho, sem qualquer mecanismo de progressão salarial ou de exigência e garantia de diferenciação técnico-científica. O objetivo, claramente assumido, foi o de conseguir a gradual extinção das Carreiras Médicas, impedindo novas entradas nessas carreiras.

Em 2007, uma nova reforma geral da Administração Pública desenvolvida pelo governo presidido pelo Eng.º José Sócrates, tendo como Ministro da Saúde o Prof. António Correia de Campos e Ministro das Finanças o Dr. Teixeira dos Santos, conduziu à publicação da Lei n.º 12-A/2008 em 27 de fevereiro de 2008 e determinou a negociação de novos diplomas sobre as carreiras dos vários setores profissionais.


Um dos objetivos da nova legislação, foi a redução substancial do número de carreiras profissionais na Administração Pública. No caso dos médicos, passou a existir a menção a apenas uma *“Carreira Médica Especial”*, acabando a menção às três carreiras até aí existentes, substituindo-as pela designação de *“áreas de exercício profissional”*.

Na realidade, as três carreiras (Hospitalar, Clínica Geral e Saúde Pública) passaram a cinco, com a inclusão da Medicina do Trabalho e da Medicina Legal. Contudo, como ficaram todas englobadas numa única *“Carreira Médica Especial”*, acabou por, aparentemente, ser cumprido o objetivo de reduzir o número de carreiras.

Mais uma vez, o contexto que rodeou o caderno reivindicativo e negocial foi adverso, agravado pela existência de um Governo com o apoio de maioria absoluta na Assembleia da República. A negociação deparou-se, ainda, com um dado novo: a existência de um número elevado de *contratos individuais de trabalho* (fora do enquadramento das Carreiras Médicas), abrangendo os médicos mais jovens que iam adquirindo o grau de especialista. Essa foi outra das consequências da aplicação dos estatutos jurídicos SA e EPE aos hospitais públicos do SNS. Face a uma situação deste tipo, impunha-se uma solução jurídico-legal que salvaguardasse as Carreiras Médicas para todos os médicos. Desse modo, foram negociados o DL n.º 176/2009, para os médicos a trabalhar em serviços de saúde EPE e Parcerias Público-Privadas - PPP, e o DL n.º 177/2009, para os médicos com contrato de trabalho em funções públicas e já abrangidos pelas Carreiras Médicas. Os dois diplomas, similares no que foi possível conseguir, foram publicados a 4 de agosto de 2009.

Seguiram-se-lhes o Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos abrangidos pelo contrato em funções públicas, publicado em Diário da República a 13 de outubro de 2009 com o número 2/2009, e o Acordo Coletivo de Trabalho para os médicos com contratos individuais de trabalho, publicado no Boletim de Trabalho e Emprego nº 41, a 8 de novembro de 2009.

Do conteúdo destes diplomas importa sublinhar: a garantia de Carreiras Médicas para todos os médicos; a consagração da Medicina Legal e da Medicina do Trabalho como




carreiras em pé de igualdade com as anteriormente existentes; a adequação à nova realidade da Carreira Médica de Clínica Geral, passando a designá-la Medicina Geral e Familiar; a manutenção de dois graus e de três categorias; a alteração da designação da categoria de Chefe de Serviço para Assistente Graduado Sénior, evitando a confusão entre categorias da carreira e cargos de gestão/nomeação; a inserção de uma formulação de ato médico apresentada pela delegação sindical na definição do perfil profissional.

Além de a Lei n.º 12-A/2008 ter eliminado o regime de dedicação exclusiva opcional com majoração salarial, o governo de então levou a cabo uma revisão do regime de aposentação e do cálculo das reformas na Administração Pública, que veio a revelar-se um golpe na estrutura funcional das Carreiras Médicas, tornando-as menos atrativas. O agravar das condições e dos montantes das reformas, ao mesmo tempo em que se possibilitava a aposentação antecipada a fim de evitar a sua aplicação imediata, teve como consequência, a saída de muitos médicos, nomeadamente os mais diferenciados, antecipando as futuras condições mais desfavoráveis. Assim se privou a generalidade dos serviços de saúde da experiência e do saber acumulado de médicos que, no auge dos seus conhecimentos e capacidades clínicas, deixaram de enquadrar técnico-cientificamente as gerações mais jovens e de dinamizar a sua formação pós-graduada e contínua.

Pode sumarizar-se que, desde 1982 até à atualidade, sempre que o poder político pretendeu, num dado momento, limitar ou desarticular o SNS, começou por desencadear uma ofensiva contras as Carreiras Médicas, reconhecendo, implicitamente, a ligação indissolúvel entre um SNS de qualidade e o desenvolvimento das Carreiras Médicas.

Se for feita uma reflexão a mais curto prazo, recuando apenas aos últimos cinco anos, facilmente se pode constatar que a situação não melhorou. Continua, por parte dos setores governamentais, a menorização e o ataque ao papel das Carreiras Médicas e outras medidas, ou a ausência delas, são altamente preocupantes. Assim:

- Mantêm-se as práticas de comissariado político nas nomeações para cargos de gestão dos serviços públicos de saúde, sem quaisquer responsabilização e consequências pelas abundantes más práticas gestionárias observadas, e prejuízos públicos delas decorrentes;
- Mantêm-se a desvalorização institucional e técnico-científica do trabalho médico;
- Multiplicam-se as violações grosseiras da autonomia técnica e científica do exercício profissional dos médicos;
- Acentua-se a degradação das condições de trabalho, agravando a insatisfação generalizada dos médicos e, também, dos outros profissionais de saúde do SNS, aumentando o número dos que saem do serviço público, devido à desmotivação, à desorganização e à falta de reconhecimento institucional e salarial, com acentuação extrema dos ritmos de trabalho;
- Aumenta a incapacidade de captar e de reter médicos no SNS, aumentando o fluxo migratório para outros países e para o setor privado que, assim, aproveitam o prestígio e a qualidade da formação médica portuguesa até agora assegurada totalmente pelo setor público;
- Mantém-se o recurso alargado à compra de trabalho médico temporário a empresas que recorrem em grande parte à exploração do trabalho de médicos indiferenciados, pagando o Estado, a essas empresas, montantes mais elevados do que os que



disponibiliza para remunerar os médicos “do quadro” dos estabelecimentos de saúde.

Em suma, atingiu-se uma situação de bloqueio do desenvolvimento da prática profissional de uma medicina qualificada, por responsabilidade direta da ação governativa das últimas décadas, onde é marcante a ausência de um novo e adequado enquadramento legal das Carreiras Médicas. Existem aspetos que prefiguram uma rotura próxima, já iniciada, e tornam previsível uma situação de conflito generalizado, a curto prazo.

Os médicos portugueses, souberam sempre tomar a iniciativa na definição de linhas de ação transformadora e na formulação de objetivos realistas e exequíveis, expondo os seus problemas profissionais de forma aberta.

Nos momentos conflituais mais agudos, a defesa das Carreiras Médicas inseriu-se num movimento plural, integrando médicos dos diversos setores políticos, com a criação de pontes entre diferentes visões dos problemas societários, convergindo em plataformas de intervenção reivindicativa. Durante os anos em que tiveram preponderância no SNS, as Carreiras Médicas foram exigentes, impondo padrões de elevada qualidade na formação médica e na prestação dos cuidados de saúde.

Na perigosa situação pandémica da Covid-19 que o país ainda atravessa, os médicos, como os outros profissionais de saúde, demonstraram a sua abnegação, além do dever e dos valores humanistas inerentes à profissão, não recuando perante significativos riscos pessoais e da sua família.

Quando voltam a estar em causa os valores essenciais da sua dignidade profissional, os médicos portugueses prepararão um “Novo Relatório sobre as Carreiras Médicas”, fazendo com que ele sirva de plataforma programática geral, visando contribuir decisivamente para pôr termo e ultrapassar a atual asfixia, desorganização, exploração e degradação do trabalho médico, para bem da saúde de todos os portugueses.

Parte II: Reflexões sobre diversas vertentes e implicações das Carreiras Médicas para o futuro da Saúde, do sistema de saúde e do SNS, em Portugal

Carreiras Médicas e Internato Médico

1. Modos de ver o Internato Médico

As Carreiras Médicas, o internato médico e o SNS foram, durante mais de 40 anos, entidades estreitamente interligadas e interdependentes. Porém, o desinvestimento e a desestruturação do SNS, mais marcantes após 2002, ainda que com oscilações ao longo do tempo, estimularam um crescimento assinalável do setor privado da saúde com fins lucrativos e vieram modificar o quadro. Os conflitos de interesses que têm emergido na nova e complexa situação do agora designado “Sistema Nacional de Saúde”, obrigam a reequacionar princípios e modos de ver e de estar que se pensava estarem consagrados.

Nas novas circunstâncias, a consistência e a qualidade da medicina portuguesa poderão vir a estar gravemente comprometidas a médio e a longo prazo, se a profissão médica não tomar consciência dos riscos em causa e não agir em conformidade.

De entre os aspetos abordados nas suas reuniões, este Conselho Nacional destacou a questão do Internato Médico e as diferentes visões que sobre ele podem existir. Por exemplo, o internato médico pode ser visto como:

a) Um processo separado e autónomo de formação médica pós-graduada necessária para adquirir a qualificação formal básica de médico (Internato Geral) e, posteriormente, de especialista numa área específica da medicina (Internato da Especialidade);

ou

b) Uma etapa integrada e indissociável da carreira profissional, com patamares de diferenciação, aprimoramento de competências, hierarquia técnico-científica, garantindo ao mesmo tempo uma atualização médica permanente, isto é, uma etapa de um percurso brioso de desenvolvimento profissional ao longo da vida.

Esta última perspetiva mereceu a preferência dos participantes nas reuniões do CN – SNS/CM. Foi consensual que o Internato Médico deve ser visto como a etapa inicial do percurso da vida profissional. Percurso que começa após obter o título genérico de médico e que deve ser enquadrado e estruturado por uma visão prospetiva de desenvolvimento profissional contínuo. Um processo e percurso pautado por etapas de diferenciação técnico-científica e de responsabilidade crescente nos domínios assistencial, de formação própria e de outros médicos e de investigação. Isto é, uma Carreira Médica.

Em janeiro de 2022, foi suscitada a dúvida se o Internato Geral ou um período de formação equivalente, com a duração de um a dois anos deveria integrar as Carreiras Médicas, como acontecera de 1974 a 1990, até ser sido excluído destas pelo DL nº 73/90, de 6 de março.

Foi considerado que, na atual situação de integração europeia, com reconhecimento de especificidades nacionais, as Carreiras Médicas podem e devem, em Portugal, começar com o internato médico de especialidade. Assim, às Carreiras Médicas podem aceder os

que, após prova de seleção, forem considerados aptos para ingressar num Internato da Especialidade, constituindo este a etapa inicial das Carreiras Médicas.

2. Cultura profissional e ambiente formativo no Internato Médico

O internato médico de especialidade foi considerado a fase decisiva da formação e consolidação de um perfil profissional específico. Em última análise, a qualidade da medicina especializada de um país depende dos resultados desta fase. Por isso, devem ser proporcionadas condições favoráveis e incentivadoras para que cada interno dedique o máximo empenho à sua formação, visando a excelência das suas competências profissionais.

Foram equacionadas várias hipóteses quanto ao regime mais favorável para uma boa formação no internato médico de especialidade:

- a) O internato decorre sem ser requerido um regime de dedicação exclusiva, mantendo-se a situação contratual atual. No entanto, devem ser garantidas condições adequadas de exercício profissional, aprendizagem e treino, bem como retribuições condignas, para que não seja necessário procurar fora do internato recursos financeiros adicionais para viver com o mínimo de dignidade;
- b) O internato médico decorre, tendencialmente, em dedicação exclusiva. Neste sentido, devem ser progressivamente criadas condições para o funcionamento pleno de todos os serviços. Isto traduzir-se-á numa intensa atividade clínica formativa e de investigação. Para tal, requerem-se medidas de estímulo remuneratório e de aperfeiçoamento técnico-científico, com apoio ao ensino pós-graduado e investigação. Adicionalmente, devem existir outros estímulos que tornem o regime de exclusividade atrativo, quer para os internos, quer para os orientadores de formação. Por exemplo, a contagem de tempo de carreira, benefícios fiscais, segurança social, entre outros. Será desejável que os médicos vivenciem, desde as fases iniciais da sua formação, uma cultura profissional de dedicação, de desenvolvimento e de diferenciação técnico-científica, ancorada em Carreiras Médicas e aspirem fazer esse percurso, preferencialmente, em instituições do SNS;
- c) Combinar ambas as hipóteses. Por exemplo, estabelecendo que uma parte inicial do Internato decorra obrigatoriamente em regime de dedicação exclusiva, com remuneração adequada. Admitindo que, no tempo seguinte, o regime de dedicação exclusiva possa ser opcional. Esta possibilidade pode justificar-se porque em algumas especialidades, como por exemplo as cirúrgicas e médico-cirúrgicas, a ampliação em qualidade e quantidade das oportunidades de treino prático em instituições além das previstas no Programa de Formação formal, pode ser benéfica para aprofundar aptidões e competências na respetiva especialidade.

3. O que deve ser conservado e reforçado no internato médico atual e o que deve ser modificado e melhorado

Em relação aos aspetos a manter e a reforçar no internato médico atual, bem como ao que deve ser modificado e melhorado foram destacados:

- Manter e aperfeiçoar os avanços conseguidos na estruturação dos internatos na maioria das especialidades;
- Desenvolver e valorizar as figuras de orientador e de tutor de formação e a sua formação didática contínua. Explicitar papéis e responsabilidades, clarificando, por exemplo, qual o papel dos orientadores de formação e quais os papéis e responsabilidades de todos os médicos, dos dirigentes médicos e de todo o serviço, como um todo, na formação de cada interno;
- Diversificar campos de estágio, ou seja, reequacionar a orientação dos programas de internato para o quadro mais explícito e detalhado das competências a adquirir – e daí decorrerão os percursos formativos e estágios a realizar. A flexibilização desses percursos deve ter presente o princípio da *equifinalidade*. Isto é, um mesmo “ponto de chegada” poderá ser atingido por percursos e com meios diferentes.
- A avaliação contínua ao longo do internato deve ser mantida e aperfeiçoada, designadamente com reforço da dimensão de *avaliação formativa*, atenuando o atual enfoque sumativo, redutor e inadequado tendo em conta os propósitos visados.
- A disparidade de critérios de avaliação e a disparidade subjetiva de atribuição de classificações pode ser atenuada com a padronização de provas, designadamente a modalidade de prova teórica nacional já praticada em algumas especialidades.
- A classificação final deve ser adequadamente diferenciadora do nível das competências adquiridas e ter utilidade prática para a etapa seguinte da carreira. Este princípio, sendo possível de aplicar/retomar no SNS, não parece ter aceitação no setor privado. No entanto, sendo estimado que este setor poderá abranger em breve 40 % a 50% do universo médico no ativo, caberá à Ordem dos Médicos tomar alguma iniciativa no sentido de desenvolver um sistema de garantia da qualidade do exercício da medicina também no setor privado.

4. Carreiras Médicas - condições e cultura profissional

Os modos de ver o Internato Médico referidos nos pontos anteriores estão ligados aos modos de ver e de valorizar as Carreiras Médicas. Estas, por sua vez, são indissociáveis das condições de exercício profissional, da qualidade da formação médica pós-graduada, da organização dos serviços, da atratividade do SNS e da sua posição no sistema de saúde, bem como da qualificação e qualidade das lideranças organizacionais e técnico-científicas a todos os níveis. Nesta perspetiva, o internato médico é considerado como uma peça deste puzzle complexo e, como tal, deve ser equacionado tendo em conta o quadro completo.

Conforme já foi abordado com algum detalhe na Parte I deste documento, tem existido em Portugal, nas últimas décadas e até ao presente, um processo insidioso, com tentativas transitórias de recuperação, mas com predomínio da desvalorização, estagnação, degradação e anulação das Carreiras Médicas. As motivações e os objetivos deste processo poderão ser diversos e complexos, mas os seus resultados surgem claros: desarticular e degradar o principal dispositivo solidário e responsável por assegurar a cobertura universal e a equidade no acesso, utilização e resultados de saúde a toda a população, concomitante com a emergência de um ilusório ambiente “concorrencial” entre instituições com naturezas e objetivos distintos. Esta nova situação pode conflitar e comprometer o interesse público e o bem-comum, se estes não forem

salvaguardados por lideranças e por competências de governação pública capazes de realinhar a diversidade de interesses e de atores em presença.

A gestão burocrática de serviços públicos de saúde, pretensamente empresarial, com gestores que visam cumprir as finalidades essenciais de acionistas ou de grupos de interesse envolvidos nas organizações dos setores privado ou social, tendem a ser adversários naturais das Carreiras Médicas, isto se não houver intervenções inteligentes para contrariar essa tendência. A sua lógica primária de ação leva-os a querer anular a hierarquia baseada na competência técnica-clínica e a secundarizar ou anular a governação clínica. Também é natural que prefiram desligar o Internato Médico das Carreiras Médicas. Nas últimas duas décadas, a oferta de “médicos indiferenciados” e de médicos especialistas, num mercado desregulado, possibilitou a aplicação arbitrária de critérios de recrutamento e de decisão quanto à “gestão”, caso a caso, de cada médico. O dismantelamento das Carreiras Médicas pode servir propósitos financeiros de empresários e/ou de acionistas, mas dificilmente serve a qualidade da medicina, a segurança dos doentes e a saúde das pessoas e da população.

Por sua vez, os médicos, ao comprometerem-se a oferecer os melhores cuidados aos seus doentes, durante toda a sua vida profissional, assumem a responsabilidade deontológica e social pelos seus desenvolvimento e atualização profissionais contínuos. Porém, esta obrigação individual é cada vez mais difícil de concretizar “a solo”, cada um por si, por simples iniciativa própria, devido à extraordinária evolução e complexificação da medicina e da sua prática. Por isso, necessitam de criar e desenvolver dispositivos bem organizados e estruturados de entreaajuda, estímulo, facilitação, apoio técnico, reconhecimento e validação dos seus progressos no percurso associado àqueles compromissos. É esta a essência das Carreiras Médicas: alavanca, motor, esteio e guia para o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos e garantia da qualidade da medicina.

5. Deve a Carreira Médica existir apenas nos serviços públicos de saúde?

As Carreiras Médicas têm, tradicionalmente, estado circunscritas aos serviços do SNS e, também, a alguns outros serviços públicos (medicina legal e forças armadas, por exemplo). Porém, parece necessário e oportuno reequacionar os conceitos, as visões e as linhas de desenvolvimento sobre a futura ou as futuras Carreiras Médicas.

Há, cada vez mais, novas áreas de ação médica especializada que extravasam o SNS, abarcando outros serviços públicos e serviços dos setores social e privado (medicina militar, medicina legal, medicina desportiva, medicina aeronáutica, medicina do trabalho, avaliação funcional e de danos, entre outros). Hoje, mais de 40% dos médicos em exercício estão fora do SNS e esta percentagem tenderá a aumentar nos próximos anos.

Poderão as Carreiras Médicas vir a ser equacionadas em dois planos?:

- um eixo comum a todos os médicos, enquadrado por princípios e orientações técnicas definidos pela Ordem dos Médicos – sendo este um processo de regulação e qualidade, que são bases fundamentais para a existência para a Ordem dos Médicos;
- linhas específicas, decorrentes e/ou articuladas com o eixo central comum, admitindo especificidades e requisitos adicionais, mas respeitando-o, por parte da

entidade contratante (sector público / SNS, social ou privado), quando o médico não trabalhe em regime independente.

6. Carreiras Médicas – modelo para o desenvolvimento profissional contínuo, atualização permanente dos médicos, e garantia da qualidade da medicina, que supera sistemas de “recertificação” médica

As Carreiras Médicas ao serem desvalorizadas, bloqueadas e reduzidas a processos mais burocráticos do que técnicos científicos, perderam o sentido e o propósito. É urgente reverter esta perversão. As Carreiras Médicas deverão ser reconduzidas à sua finalidade essencial, a de constituírem um efetivo e eficiente meio para o desenvolvimento profissional contínuo dos médicos nas diversas especializações existentes e, ao mesmo tempo, um poderoso mecanismo de garantia da qualidade da medicina, em Portugal. Neste sentido é necessário aprimorar alguns princípios e aspetos da sua organização tais como:

- os graus ou marcos de percurso deverão possibilitar aferições e progressão a cada intervalo de, pelo menos, cinco anos – o que exigirá que a carreira médica tenha, pelo menos, cinco graus;
- todos os médicos poderão atingir o patamar mais avançado da sua carreira, se o desejarem.

Parte III: Opções e propostas

A presente proposta para revalorizar e desenvolver as Carreiras Médicas tem como objetivo a defesa da qualidade do exercício da Medicina e o seu desenvolvimento nos diversos ambientes que a enquadram em Portugal (setores público, privado e social), respeitando, sem invadir, o que diz respeito ao campo sindical.

Aspetos e princípios basilares

A experiência portuguesa de organização e implantação das Carreiras Médicas como um dos pilares centrais do SNS foi um êxito, que não se pode nem deve ignorar ou desvalorizar. Esse trabalho permitiu ligar a progressão profissional, com vínculo estável à função pública, ao crescimento técnico e científico, à hierarquização organizativa, à participação em cargos diretivos e à progressão remuneratória com sucessivas avaliações inter pares em concursos públicos, com estímulo à dedicação exclusiva no SNS.

Essa dinâmica foi travada, não por razões de ineficácia ou fracasso, mas por uma estratégia política dos governos no poder nas últimas décadas que, a pretexto de uma necessidade da “modernização” das relações de trabalho e das estruturas organizativas existentes no SNS, apenas serviu para corroer as Carreiras Médicas, esvaziando-as do seu espírito inicial.

Além dos benefícios que o SNS e as Carreiras Médicas proporcionaram ao povo português, arrancando o país da cauda da Europa e do mundo quanto aos indicadores de saúde prestados à população, a instituição das Carreiras Médicas possibilitou a transição gradual e harmónica de uma prática da medicina individual, isolada e quase “artesanal” (própria da primeira metade do século XX), exercida como profissão liberal

– em que o médico dominava praticamente todos os aspetos ligados à sua prática profissional (do horário, às tabelas remuneratórias) - para o estatuto inerente à sua integração numa medicina moderna, multidisciplinar, complexa e especializada. Fruto do acelerado desenvolvimento científico e tecnológico que passou a exigir uma maior diferenciação e grandes investimentos, só possíveis de realizar pelo Estado ou por grandes grupos privados.

As Carreiras Médicas e o SNS, possibilitaram essa incontornável “funcionalização” da classe médica, facilitando a sua progressiva incorporação num sistema universal de prestação de cuidados de saúde, onde lhes foi possibilitado, treino, aperfeiçoamento, investigação e formação contínua, inseridos num trabalho de equipa, garantindo, (pelo menos nas primeiras fases) o respeito pelo estatuto social e económico que a seu grau de qualificação e especialização merecem.

Também o estabelecimento, a partir de 1991, do regime de trabalho em “tempo prolongado” e “dedicação exclusiva”, como opção voluntária aberta a todos médicos - possibilitando um exercício profissional totalmente dedicado ao SNS, em troca de um substancial aumento da remuneração e maior estabilidade no desempenho - foi tendo cada vez maior adesão dos médicos, ultrapassando as expectativas dos governantes que o tinham estabelecido. Esta dedicação exclusiva assumiu um carácter estrutural, ao quebrar o tradicional “modelo das Misericórdias”, vindo das gerações anteriores, em que, de manhã, nelas se trabalhava “*pro bono*” ou com uma remuneração simbólica (ganhando, em troca, experiência e prestígio), para, à tarde, ir “ganhar a vida” no consultório ou na pequena clínica, ou vendo doentes em série nas mal-afamadas “Caixas de Previdência”.

A “*dedicação exclusiva*” permitiu uma fixação e profissionalização cada vez maior dos médicos no SNS, diminuindo a sua dispersão por outros locais de trabalho (por vezes distantes entre si) e as inerentes perdas de tempo e de benefício para a população, tornando o seu trabalho mais estável e menos desgastante, incentivando uma maior aposta na organização, no ensino, na formação e na investigação.


Contudo, o modelo de manhãs mal pagas e tardes na atividade privada, embora menos acentuado, nunca chegou a desaparecer, voltando a ter mesmo uma maior expressão com o bloqueio, a partir de 2009, da concessão aberta a todos e em regime opcional de “dedicação exclusiva”, travando o papel que este estava a ter na progressiva atração dos médicos para o trabalho a tempo inteiro no SNS.

De resto, esse regime de trabalho correspondia a uma maior “*Segurança/estabilidade profissional*”, “*Trabalho em equipa/equipas pluridisciplinares*”, “*Acesso a formação/formação contínua*”, “*Saúde para todos/tendencialmente gratuita*”, e “*Evolução profissional com progressão na carreira*”, vantagens do SNS que surgem nos lugares cimeiros nos resultados do inquérito levado a cabo, em agosto de 2021, pela OM, intitulado, “*A Carreira Médica e as condições de trabalho no SNS versus fora do SNS – Inquérito aos médicos*”.

Atenuando a “*Pior remuneração*”, maior crítica ao serviço público e a principal razão que leva os médicos a optarem por uma prática privada¹.

O retrocesso que representou o bloqueio da “dedicação exclusiva”, veio travar um caminho que, ultrapassando as resistências de uma prática médica ainda amarrada aos

¹ “*A Carreira Médica e as condições de trabalho no SNS versus fora do SNS – Inquérito aos médicos*”, Ordem dos Médicos, agosto de 2021.



vestígios do tempo em que era predominantemente uma profissão liberal, apontava para um maior reforço e homogeneidade estrutural do SNS. Na realidade, passado mais de uma década, a desastrosa medida governamental que suspendeu essa opção em 2009, só pode ser compreendida como mais uma forma de criar as condições propícias à ancoragem de grandes grupos financeiros e empresariais no negócio emergente de cuidados seletivos de Saúde.

No inquérito supracitado, promovido pela OM em 2021, do total de 6.755 médicos que a ele responderam, 67% trabalhavam no SNS, quase metade dos quais (43%), em regime de “dedicação exclusiva”, a que puderam aderir antes de 2009. Destes, umas percentagens significativas (53%) rejeitaram a hipótese de no futuro virem a trabalhar no sector privado, e os que põem como provável essa hipótese (21%), apontam a “Remuneração”, como primeira razão para o fazerem.


Torna-se claro que muitos médicos ainda em “dedicação exclusiva”, não manifestam vontade de abandonar esse estatuto, apesar de terem visto (como todos os profissionais do SNS) diminuir significativamente o seu poder de compra nos últimos anos, e muitos poderem ser mais bem remunerados no setor privado. Por outro lado, os que põem a hipótese de o fazer, fazem-no por causa das baixas remunerações no serviço público. Tudo leva a crer, por isso, que, se as condições horárias, vantagens remuneratórias e outros benefícios da “exclusividade” fossem restabelecidos, muitos médicos (nomeadamente os mais jovens), adeririam ao regime de dedicação exclusiva, resolvendo, de forma significativa, o problema da tão relevante “falta de atratividade” do SNS.

De referir, que o novo regime de “dedicação plena”, designação que o último governo introduziu no seu último projeto de Estatuto do SNS, pode ser considerado como uma dolosa manobra de *marketing* e de mistificação, não só pelo pontual e quase ridículo âmbito da sua aplicação, como também por constituir um regime de trabalho que, de “dedicação exclusiva”, pouco tem.

Na realidade, a orientação ligada à liberalização do “mercado da saúde”, vê no regime de “dedicação exclusiva”, nas Carreiras Médicas, e no próprio SNS, entraves a remover ou a enfraquecer. Por isso, se tem assistido à sua erosão pelo poder político das últimas décadas, seguindo a tendência de renúncia às funções do “Estado Social” desenvolvido na Europa do pós-guerra, abrindo as portas aos grandes negócios privados na Saúde.

Nesse quadro de privatização dos cuidados de Saúde, os vultuosos investimentos de entidades privadas só se poderiam instalar e desenvolver num quadro de fragilização organizativa do SNS e dificuldade do acesso da população ao principal (e, durante anos, quase único) prestador de cuidados de Saúde, constitucionalmente definido como universal, solidário e gratuito, depois mudado para “tendencialmente gratuito” a fim de possibilitar pagamentos diretos (do bolso do utente), facilitando a entrada dos grandes interesses financeiros privados.

Só por essa razão, as regras e concursos das Carreiras Médicas foram sendo substituídas por nomeações de confiança pessoal ou partidária e contratos individuais de trabalho (mais ou menos precários e dependentes da boa vontade da Administração) e por “*avaliações individuais de desempenho*”, totalmente desadaptadas e centradas em alegados princípios de gestão empresarial, desligados de toda a coerência sistémica, replicando uma lógica de “produção fabril” sem qualquer ligação à realidade da prática médica.



A desastrada transposição do, já por si polémico, *Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública* (SIADAP) à atividade médica assistencial, assente em enviesados processos de standardização e equivalência de atos clínicos (intrinsecamente complexos e diversificados), acabou por reduzi-la a números e estatísticas quase sempre virtuais e ficcionados, mais próprios de um falacioso relatório de contas feito para acionista de uma qualquer sociedade financeira, do que úteis para a real avaliação do desempenho médico, necessariamente inserido num quadro multidisciplinar e coletivo.

A presente proposta do Conselho Nacional Consultivo da Ordem dos Médicos (CN - SNS/CM) assume, pelas razões apontadas, mais um sentido de recuperação dos aspetos essenciais da herança dolosamente esvaziada por razões avessas ao seu evidente sucesso, do que o da elaboração de um novo “Relatório das Carreiras Médicas”, que, em rutura com o passado, procurasse suceder ao histórico documento que os médicos portugueses elaboraram no início dos anos sessenta.


Seguindo essa orientação, este documento teve em atenção alguns dos pontos nevrálgicos em que as Carreiras Médicas (no período em que tiveram uma plena aplicação e estruturaram a evolução organizativa do SNS), mostraram debilidades ou bloqueios, como a necessidade de aumentar o número de graus e categorias, alargando o seu percurso e libertando-as do espartilho da “existência de vagas”, que ainda condiciona a possibilidade de um profissional conseguir alcançar o topo da carreira.

Uma outra inovação nuclear da proposta, tem como objetivo ultrapassar, sem negar ou diminuir quaisquer direitos, o problema observado (principalmente) nos concursos de provimento, causado pela natural possibilidade de contestação dos resultados por parte dos candidatos, com recurso aos meios legalmente estabelecidos. Exercício que, contudo, fez os processos concursais arrastarem-se durante anos nos sinuosos e caros corredores dos tribunais, hipotecando a eficácia da sua aplicação em tempo útil. Para tornar esse processo mais ágil e rápido, propõe-se a criação de uma entidade arbitral intermédia, que funcione como comissão arbitral de recurso de primeira instância - uma “*Comissão Nacional de Resolução de Conflitos Concurrais das Carreiras Médicas*” (com este ou outra composição ou designação).

Devido ao seu próprio conceito e objetivos, as Carreiras Médicas devem ser definidas (prioritariamente ou exclusivamente) no âmbito do SNS, como serviço público, solidário, universal, gratuito e de qualidade, sendo posteriormente analisada a eventual forma e condições em que as suas regras técnicas, científicas e organizacionais (com reflexos na estrutura hierárquica dos Serviços) possam ser, total ou parcialmente, adaptadas e aceites pelo setor social e privado.

As CM encontram o seu ambiente natural no serviço público, por não deverem existir conflitos de interesse entre o desempenho assistencial, o ensino, a investigação e a organização e a hierarquia, uma vez que o objetivo do SNS é, para além da formação contínua que assegure o seu futuro, a prestação de um serviço de natureza social à população, financiado pelo Estado através dos impostos, gratuito para o doente no momento da prestação, e não condicionado ou distorcido por propósitos lucrativos.

Em qualquer reflexão feita sobre as CM, não se pode ignorar que a formação dos seus quadros está intimamente ligada a um quotidiano de atos assistenciais e reuniões de análise e discussão de resultados e de novas soluções terapêuticas. Tal facto exige tempo e espaço de reflexão multidisciplinar, num quadro de homogeneidade e estabilidade organizativa, que assegure a regularidade dessa formação, incompatível



com a fragmentação da atuação das suas unidades. Como acontece, por exemplo, com a contratação de serviços externos de trabalho precário e temporário, frequentemente, sem qualificação, para assegurarem períodos do serviço de urgências.

Se dedicar tempo a reuniões para avaliação crítica do trabalho efetuado deve fazer parte da rotina, de forma a assegurar uma formação contínua de qualidade - essencial para todos, nomeadamente para os mais novos - o exercício torna-se impossível de levar à prática se, quem assegurou, por períodos fragmentados, a assistência, não participa nesse processo. Tal acontece com os profissionais contratados externamente por não estarem ligados ao Serviço, ausentando-se imediatamente após cumprir o trabalho para que foi pago.

No caso de uma unidade privada com fins lucrativos, tudo isso pode ser considerado como uma mera perda de tempo, que ameaça metas estabelecidas de “produção/faturação”, sendo naturalmente vantajoso contratar quadros já formados (no SNS) e com prestígio firmado, mais eficazes e lucrativos.

Por essa e outras razões, a lógica de independência formativa, técnica, organizativa e hierárquica, própria de um serviço público, que se reflete também na estabilidade e vínculo das relações laborais e no desenvolvimento e preparação do futuro de todo o sistema, conflitua, em muitos aspetos, com os objetivos prioritariamente empresariais e financeiros dos grandes grupos empresariais ligados à Saúde, cujo primeiro ou exclusivo interesse dos acionista é, naturalmente, o lucro, a curto e médio prazo.

Nas grandes empresas privadas, é aos acionistas que a administração presta contas, tendo, por isso, o poder de nomear ou influenciar os diversos níveis da estrutura hierárquica, nomeando ou despedindo chefias e outros profissionais, segundo critérios globalmente ligados (direta ou indiretamente) à sua rentabilidade financeira.

Não se trata de se fazer um qualquer juízo de valor moral sobre os “malefícios” do sistema privado com fins lucrativos. Muito menos da prática dos profissionais que nele trabalham, tanto mais que essa mesma lógica “empresarial” tem vindo a ser, paradoxalmente, inoculada no SNS. Trata-se apenas de compreender e analisar as diferentes lógicas que enquadram e condicionam os serviços públicos de saúde (cujo objetivo deve ser o de prestar um serviço universal, gratuito e de qualidade à população), e os prestados pelos grandes grupos privados, cujo objetivo é, naturalmente, escolher áreas assistenciais, camadas socioeconómicas e campos de subsidiarização estatal que lhe proporcionem o maior lucro possível. Por essas razões, as grandes entidades privadas da saúde não criam o ambiente natural para a inserção e desenvolvimento integral de Carreiras Médicas - com objetivos, chefias e prioridades autónomos dos objetivos financeiros.

Nesse sentido, as Carreiras Médicas só poderão ser aí estabelecidas se se reduzirem a uma grelha de progressão técnico-científica similar ao que acontece no setor público ou a um “caderno de encargos” organizativo e hierárquico (no plano técnico-científico) que corresponda a essa progressão. É necessário que as administrações privadas aceitem, abdicando da prioridade dada a uma “produção” financeiramente mais vantajosa e lucrativa.

No entanto, também só será possível, se for aceite a promoção das condições de formação e assumida a remuneração dos médicos internos, já que, de outra forma, o Internato servirá primordialmente, aos grupos privados, como uma subsidiarização estatal de mão-de-obra médica gratuita.

São inúmeras as provas de que os grandes prestadores privados tendem, pela sua lógica e objetivos, a condicionar a prática médica no sentido do lucro.

Sobre esse assunto, é importante citar o recente estudo/inquérito efetuado pela nossa congénere espanhola - *Organización Médica Colegial de España* - denominado “*Estudio condiciones de competencia en el mercado del ejercicio libre de la medicina vocalía de médicos de ejercicio privado*” - Informe de Resultados – Rev. Junio de 2019. Das conclusões finais, salientam-se as três primeiras:

“1.- La relación médico-paciente que desde la OMC tratamos de elevar a patrimonio inmaterial de la humanidad, queda desvirtuada por las condiciones en que se ejerce en los nuevos modelos de ejercicio privado por las condiciones marcan al médico aseguradoras y grupos hospitalarios, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia.

2.- El ejercicio médico privado ya no es libre bajo las condiciones actuales de mercado. Las compañías aseguradoras han cambiado el modelo clásico de atención médica privada y además de su labor aseguradora de forma progresiva han ido ganando una presencia cada vez más destacada de labor asistencial, en gran medida a costa de debilitar la capacidad para competir de los facultativos dedicados a la medicina privada que en una proporción importante han desarrollado modelos de negocio altamente dependientes de la base de pacientes asegurados. En este sentido, es destacable, por pernicioso, la derivación por parte de las compañías aseguradoras del riesgo asegurador hacia los profesionales médicos, y ello mediante la imposición de fórmulas de precios capítativos, de procesos a coste cerrado o incluyendo técnicas y procedimientos dentro de la consulta perfectamente individualizados en el nomenclátor.

3.- La irrupción del capital/riesgo en el mercado sanitario ha hecho que la sanidad se empiece a guiar por leyes de mercado cuyo único objetivo es el beneficio económico. La relación médico-paciente queda intermediada por compañías aseguradoras y grupos hospitalarios que son quienes marcan las condiciones: retribución, tiempo de dedicación, horarios, medios...”

O inquérito anteriormente citado, “*A Carreira Médica e as condições de trabalho no SNS versus fora do SNS – Inquérito aos médicos*”, analisou uma amostra de 6.755 respostas válidas, abrangendo diversos graus de qualificação médica e vínculos contratuais, com representação de 20 distritos, definindo três grandes perfis: médicos cuja prática clínica se desenvolve no SNS (63%), médicos que exercem atividade clínica apenas no setor privado (17%), e 20% em internato médico. Acrescenta, ainda, dados interessantes sobre o sentimento dos médicos portugueses em relação à realidade que atualmente se vive no SNS e na sua prática privada (exclusiva ou mista).

Entre outros aspetos, refere-se que “*a maioria (57%, o que representa 36% do total da amostra) dos médicos cuja prática clínica se desenvolve no SNS opta por acumular uma carreira no setor privado, sendo, sem margem para dúvidas, a complementação da remuneração (89%) o principal driver para esta opção. É ainda importante destacar o facto de estar nos planos de futuro destes médicos manterem a sua atividade no SNS, com apenas 12% a afirmar pretender deixar de trabalhar no público e trabalhar exclusivamente no privado, mais uma vez motivados por questões de remuneração. Já entre os 43% (27% do total da amostra) que exercem atividade no SNS em exclusivo, a maioria não prevê, num futuro próximo, vir a exercer atividade profissional no setor privado. Já entre os médicos que exercem atividade clínica apenas no Setor Privado (17% da amostra), mais de 2/3 afirma já ter trabalhado no SNS, tendo abandonado este sistema em média há 9 anos, principalmente motivados pela reforma (antecipada ou*

não), má remuneração e mau relacionamento com as chefias. O retorno ao SNS, num futuro próximo, é para a maioria destes médicos muito pouco provável.”

De sublinhar que apenas 4% dos médicos da amostra trabalha no setor privado sem nunca ter exercido a profissão no SNS.

Como foi resumido por um dos membros do CN – SNS/CM, as principais conclusões desse inquérito podem ser assim sumarizadas:

1 - Face ao SNS, a avaliação do setor privado é significativamente mais positiva, em relação às condições físicas, remuneração e a carga burocrática.

2 - As maiores vantagens do SNS estão associadas à existência de uma carreira, ao acesso à formação contínua e ao trabalho em equipa e participação em equipas pluridisciplinares.

3 - A baixa remuneração, surge como um dos fatores constantes (mas não único) nas principais críticas ao SNS.

4 - Quanto às razões do abandono do SNS, entre os médicos que exercem atividade clínica apenas no setor privado, mais de 2/3 afirma já ter trabalhado no SNS, tendo abandonado este sistema em média há 9 anos, principalmente devido à reforma (antecipada ou não), má remuneração e mau relacionamento com as chefias.”

“O que isto significa é que o setor privado vive de especialistas que abandonaram o SNS, numa fase já de maturidade técnica, e o setor privado, a continuar com estas características, pode também não ter futuro a médio prazo porque lhe falta o essencial: formação contínua, trabalho em equipa e centralizado no doente (o foco está na utilização de recursos para aumentar os proveitos)”, pode ler-se no inquérito.

Na realidade, no que diz respeito ao Internato, o campo onde se manifesta uma maior satisfação dos internos inquiridos é o que diz respeito às instituições (quase na totalidade públicas) em que ele se realiza.

Qualquer que seja o tipo de Carreiras Médicas que, eventualmente, possam ser adotadas pelo setor privado, a sua validação, avaliação, fiscalização e controlo deverão ser exigentes e rigorosos, ficando sob a alçada do Ministério da Saúde e da Ordem dos Médicos, sem excluir, naturalmente, o que diz respeito ao campo sindical onde intervêm os sindicatos médicos.


Além das Carreiras Médicas já existentes (Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Medicina Legal e Medicina do Trabalho) deverá ser estudada a possibilidade de ser criada uma (nova) Carreira de Medicina Desportiva.

No sentido de restituir às Carreiras Médicas, o sentido estrutural e organizativo que elas já tiveram, propõe-se:

A – A oferta de um ano de internato geral remunerado, pós-mestrado integrado em medicina - opcional, em face do contexto regulamentar da União Europeia.

B – Acesso, após prova de seleção, ao Internato da Especialidade, como primeiro grau e categoria da Carreira Médica, com vínculo à função pública e em regime de dedicação exclusiva (pelo menos nos primeiros três anos do internato de especialidade, podendo tornar-se opcional nos restantes).

Sublinha-se a importância de o Internato da Especialidade se poder (total ou parcialmente) desenrolar em regime de “dedicação exclusiva” (justamente remunerado). Principalmente, pela maior disponibilidade propiciada ao interno para acompanhar e participar em todas as frentes de trabalho do Serviço onde se integra,



nomeadamente quanto ao estudo e investigação clínica relacionados com a sua prática assistencial quotidiana, constituindo também uma forma de atrair os jovens médicos para um tipo de desempenho profissional estável e liberto de conflitos de interesse, totalmente dedicado ao SNS.

C - Dedicção exclusiva opcional para todos os médicos do SNS, tendo como referência o nível remuneratório e os benefícios estabelecidos para esse regime em 1991, a que deve ser acrescentado o desconto, em sede de IRS, de todas as despesas comprovadamente ligadas à investigação e à formação técnico-científica.

D - Prioridade dada à formação e trabalho na área da sua especialidade, prevalecendo sobre qualquer eventual tentativa de utilização do trabalho do interno em tarefas sem esse específico interesse, instrumentalizando-o como mão-de-obra disponível para outras funções.

E - Contabilização, no horário de Internos (e especialistas), de um período específico dedicado à investigação clínica ligada à sua prática assistencial.

F – Pelo menos duas semanas de dispensa/comissão gratuita de serviço para ações de formação, jornadas ou congressos científicos credenciados (autorizadas pelo Diretor de Serviço e comunicadas à Administração), com dedução no IRS das despesas ligadas a esse fim.

G - Sensibilização e formação dos internos (e restantes médicos) na área da gestão, da liderança e da governação clínica, com reuniões de serviço periódicas (mensais, bimestrais ou trimestrais), realizadas com participação de um membro da administração, prioritariamente dedicadas à análise da gestão e administração do serviço, da unidade de Saúde e do SNS.

H - Avaliação contínua com finalidade predominantemente formativa, mas também com classificação anual, participada por vários intervenientes (orientadores, especialistas do Serviço, entre outros).

I - Prova final (prática, teórica, curricular) de avaliação interpares (Diretor do Serviço, Orientador(es), três especialistas de outros serviços do SNS, um dos quais representante do Colégio da OM) / ou por um júri nacional de cinco membros nomeados pelo colégio da especialidade da OM.

J – Concurso público, com prova curricular e entrevista, por avaliação interpares (dois elementos do Serviço e três de outras unidades do SNS) para provimento - com vínculo à função pública -, de qualquer lugar no quadro de uma unidade hospitalar, centro de saúde ou outra, do SNS.

L – Carreira especial com vínculo público e três a cinco graus de progressão (a que correspondem categorias no quadro do SNS), exigindo um mínimo de cinco anos de exercício entre cada grau e categoria. A carreira deve ser estruturada para permitir uma evolução ao longo de toda a vida profissional (cerca de 35 a 40 anos). Esta evolução não pode ser cortada por condicionamentos de vaga, devendo ser valorizada e recompensada no plano remuneratório, e também no reconhecimento, funções e responsabilidades profissionais.

As designações devem ser amplamente consensuais, sugerindo-se:

Grau	Categoria
Especialista (ou outra)	Assistente (ou outro)
Especialista graduado (ou outra)	Assistente graduado (ou outro)
Consultor (ou outra)	Assistente graduado supervisor (ou outra)
Consultor principal (ou outra)	Chefe de Clínica (ou outra)

M – Todos as categorias das Carreiras Médicas devem ter as mesmas condições e apoios para formação contínua e investigação, já atrás referidos para os Internos.

As avaliações para progressão na Carreira serão feitas por concurso público, com prova escrita nacional (ou outro método válido, equitativo e aferível), por entrevista e análise curricular (por júri nacional, desdobrado ou não, mas com critérios explícitos harmonizados), por avaliação inter pares (com o júri composto pelo presidente e dois membros nomeados pela tutela e dois membros nomeados pelo colégio da especialidade da OM, por exemplo), com critérios e matriz de classificação que atendam à valorização da diferenciação técnica e científica alcançados, horário e regime de dedicação exclusiva, ensino, orientação de internos e investigação.

N - As avaliações para Especialista e Especialista Graduado são primariamente centradas na qualidade e desenvolvimento técnico e científico do candidato, e, as avaliações para Consultor e Consultor chefe, devem ser focadas na qualidade do desempenho global ao longo da carreira, nomeadamente nas funções de coordenação e chefia.

O - No caso de o candidato ter, a partir de certo grau da carreira, dedicado a prática clínica a uma valência ou subespecialidade reconhecidos pela OM, dois (ou outro número) membros do júri deverão ser nomeados pelo colégio da OM atendendo a essas valências ou subespecialidades.

P - Os cargos diretivos dos Serviços serão obrigatoriamente escolhidos entre os especialistas mais graduados (em grau e categoria), depois de ouvidos os restantes médicos do quadro do Serviço, em reunião expressamente convocada para o efeito, e a escolha deve valorizar a opção pelo regime de dedicação exclusiva.

Q - Todos os recursos dos resultados dos concursos serão avaliados em primeira instância por uma “*Comissão Nacional de Resolução de Conflitos Concurrais das Carreiras Médicas*” (ou outra designação). Nomeada pelo Ministro da Saúde e constituída por um presidente juiz (do Supremo Tribunal Administrativo), dois (ou outro número) membros da OM do Colégio da Especialidade em causa, o presidente do júri do concurso em causa, um especialista do grau em concurso, nomeado pelo recorrente (ou outra alternativa), um advogado nomeado pelo recorrente (ou outra alternativa).

Esta comissão de resolução de conflitos terá um máximo de 180 dias (ou um prazo menor) para emitir a sua decisão.

Só depois do parecer desta Comissão, poderia, o recorrente, exercer o direito constitucional de recurso para o tribunal competente.

A constituição e regulamento desta comissão arbitral devem ser devidamente estudados de forma a conciliar o seu enquadramento no quadro jurídico e constitucional do país.

Numa sumária e pontual consulta jurídica, pudemos perceber que haverá hipoteticamente uma base de enquadramento legal num âmbito igual ou similar ao do Centro de Arbitragem Administrativa – CAAD (<https://www.caad.org.pt>).

R - As Carreiras Médicas devem continuar a prever um quadro de medidas “pré-reforma”, com diminuição do número de horas extraordinárias, dispensa de urgências noturnas e de urgências diurnas e diminuição progressiva do horário de trabalho, como o já estabelecido nas Carreiras existentes.

Nota final:

O presente relatório, representa uma proposta de restabelecimento, modernização e desenvolvimento evolutivo das Carreiras Médicas, reconhecendo o prestígio e qualidade que elas alcançaram no passado, mas também as profundas mudanças – muitas delas negativas – que, a pretexto de uma falaciosa adaptação aos novos tempos, afetaram o desejável desenvolvimento do SNS.

As Carreiras Médicas, que constituíram um dos pilares do enorme progresso, quantitativo e qualitativo dos cuidados de saúde prestados à população, contribuindo decisivamente na evolução para a modernidade da medicina portuguesa, foram sendo substituídas por um novo desenho de gestão desligado das finalidades essenciais da Medicina e dos cuidados de saúde, dito “empresarial”.

A nova gestão, passou a estar assente em contratos individuais de trabalho, recorreu a empresas externas de trabalho precário e temporário e “exportação” de doentes para o sector social e privado (que captam o investimento público necessário à resolução dos problemas dos sectores públicos em causa), destruindo o papel estruturante que as Carreiras Médicas tinham assumido, diminuindo a sua influência no caminho palmilhado ao longo da vida profissional dos jovens médicos (cada vez mais desconhecedores do seu significado), assim expostos aos equilíbrios instáveis e conflitos de interesse que distorcem a medicina em Portugal.

Considerando esse papel, bem como a experiência acumulada por essa forma de progressão e organização da vida profissional da prática médica e o seu êxito, agora propõe-se um renovado projeto, contemplando algumas inovações dentro de uma linha de continuidade, esperando que mobilize os médicos (nomeadamente os mais novos), a opinião pública e os decisores políticos, para o retomar de um caminho de maior apoio ao exercício da medicina no nosso país.

O Conselho Nacional Consultivo da Ordem dos Médicos para o Serviço Nacional de Saúde e Carreiras Médicas, a 30/4/2022

Anexo I

* Notas e reflexões sobre o “Internato Geral”:

Em que momento do internato deve considerar-se que as carreiras começam (independentemente de quem tem a elas acesso ou não)?

No início dos internatos médicos (e das Carreiras Médicas) havia dois anos de Internato Geral pós-licenciatura, obrigatórios para se poder ser médico, isto é, para se poder exercer medicina com autonomia, ser o tal “médico autónomo” de que agora se fala. Houve um período, de alguns anos, com um ano de Serviço Médico à Periferia a seguir, que depois desapareceu, mas só depois de se ser médico com autonomia é que se fazia o teste de

entrada no Internato de Especialidade, ou Internato Complementar.

Os dois anos de Internato Geral (Prática Clínica e Policlínico) passaram a ser apenas um, quando o Curso de Medicina, seguindo a Reforma de Bolonha, passou a Mestrado Integrado de Medicina, com cinco anos de curso mais um ano de profissionalização, o sexto. Aproximou-se assim, este período de formação, do existente noutros países da Europa comunitária, em que nem sequer esse ano de estágio hospitalar existe antes de o aluno do Curso passar a ser considerado médico com autonomia (autónomo).

Com a equivalência entre médicos decidida nos países da UE, os nossos licenciados passaram a poder ir trabalhar como tal noutros países, sem qualquer impedimento, tal como os dos outros virem para cá, entrando nas Carreiras Médicas que cá temos, a par dos portugueses. Desse modo, os médicos formados em países em que não era exigido qualquer tipo de estágio hospitalar pós-licenciatura para terem autonomia profissional - por exemplo os espanhóis, os que mais vezes vêm para cá, pela proximidade geográfica e pela língua – ganhavam um ano aos seus colegas portugueses do mesmo ano de licenciatura.

Para, legalmente (e porque não havia maneira de obrigar um médico - reconhecido como tal - a fazer mais um ano de trabalho num hospital para poder ser... médico!), se anular essa desvantagem dos nossos jovens médicos no próprio país (!), esse ano de internato geral foi englobado no Internato de Especialidade, que todos tinham de fazer, com o nome de Ano Comum, ou de Formação Comum, sendo os restantes chamados de Formação Específica. E a Carreira podia começar no início desse Internato, já que todos iam continuar até ser especialistas, deixando de haver “médicos autónomos” para serem todos “médicos especialistas”. Teste de seriação para entrada na especialidade no princípio do ano comum, começo da formação específica após o seu término.

Mas começou a haver candidatos para formação especializada em demasia para as vagas de formação conseguidas nos vários serviços e hospitais, e centros de saúde, enquanto se fechavam alguns ou se fundiam outros, o que na prática significou o mesmo: a sua diminuição em número e em capacidade formativa. Por isso, muitos candidatos passaram a não ter vaga para especialização. Mas eram médicos. Médicos que não podiam vir a ser especialistas formados cá em Portugal. Alguns foram para fora obter essa especialização – ao mesmo tempo que de fora vinham outros para cá! -, muitos ficaram por cá. Para estes poderem trabalhar como médicos, havia que os tornar autónomos. Daí, o “ano Comum” passou de novo a “ano de Formação Geral”, ao fim do qual uns seguem para Internato de Formação Especializada, os outros quedam-se em “médicos autónomos”.

Daí a pergunta de como se pode admitir, nestas condições, a carreira começar no início do primeiro ano pós-licenciatura, ou de formação geral (como poderia ser desejável), se alguns desses internos (mil este ano) não vão continuar para o resto do internato? A que carreira vão pertencer?

TERCEIRA PARTE

Relatórios dos inquéritos de opinião realizados aos médicos (ouvir os médicos) entre 2018 e 2022 (Márcia Mendonça, Filipe Pardal e Miguel Guimarães)

- 1. A Carreira Médica e os fatores determinantes da saída do SNS**
- 2. A Carreira Médica: as condições de trabalho no SNS vs. fora do SNS**
- 3. Fatores de decisão na Carreira Médica**

1. A Carreira Médica e os fatores determinantes da saída do SNS

O estudo “A Carreira Médica e os Fatores Determinantes do Abandono do SNS” (2018), publicado na Acta Médica Portuguesa, foi desenvolvido pela Professora Doutora Marianela Ferreira, investigadora da Unidade de Investigação em Epidemiologia do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, em colaboração com o Gabinete de Estudos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM). O estudo foi realizado sob orientação da Professora Doutora Alexandra Lopes, docente da Faculdade de Letras da Universidade do Porto e investigadora do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto. Contribuíram, também, para a sua elaboração, o Professor Doutor Henriques Barros, docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Presidente do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, e o Doutor Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, Consultor e Assistente graduado de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de São João.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar o fenómeno do abandono do Serviço Nacional de Saúde (SNS) pelos médicos portugueses através de três grandes cenários de saída: por reforma, por emigração e pela opção pelo trabalho no setor privado de saúde. Procurou-se, também, perceber os efeitos das reformas introduzidas no SNS sobre as decisões que os médicos tomam na organização e gestão das suas carreiras.

Este projeto considerou apenas os médicos da região norte de Portugal, com um universo que corresponde ao total de 13.801 médicos inscritos na SRNOM em junho de 2016. Para melhor corresponder aos objetivos da investigação, o universo dos médicos foi sistematizado em três grupos, que foram convidados a participar em duas fases distintas. Na primeira fase, decorrida entre julho e dezembro de 2016, foram considerados os médicos especialistas no ativo, a exercer funções no SNS. Na segunda fase, decorrida entre fevereiro e junho de 2017, foram incluídos os médicos especialistas que saíram do SNS e os médicos a realizar o internato da especialidade.

Na primeira fase, correspondente aos médicos especialistas em exercício no SNS, houve uma taxa de resposta de 10.8%. Apesar da grande maioria dos médicos (86.9%) sempre ter trabalhado no SNS desde que começou a exercer medicina, 69.1% não o fazia em regime de dedicação exclusiva e mais de metade acumulava funções no setor privado de saúde (54.4%).

Cerca de metade dos médicos tinha contrato de 40 horas de trabalho por semana no SNS (52.8%), dividindo-se os restantes entre as 35 e as 42 horas semanais. Porém, independentemente do número de horas estabelecidas em contrato, indicaram que semanalmente ultrapassavam o seu horário de trabalho, enquanto 55.2% revelaram fazê-lo mais do que uma vez por semana ou praticamente todos os dias. A insatisfação dos médicos com o tempo de trabalho prestado no SNS é bastante clara com 60.5% a referirem estar insatisfeitos, ou muito insatisfeitos, com o número de horas trabalhadas. Consequentemente, é também expressiva insatisfação com o tempo disponível para a família, bem como para a vida fora do local de trabalho, com 74.1% dos médicos manifestaram-se insatisfeitos, ou muito insatisfeitos, com o tempo de que dispunham para o efeito, existindo uma clara correlação com o facto de 46.6% dos médicos revelarem que os descansos compensatórios obrigatórios não são cumpridos.

	N	%
Frequência com que ultrapassa o horário de trabalho	1338	100,0
Nunca	46	3,4
Esporadicamente, alguns dias por mês	273	20,4
Com regularidade, pelo menos uma vez por semana	280	20,9
Muito frequentemente, mais do que uma vez por semana	391	29,2
Praticamente todos os dias	348	26,0
Cumprimento dos descansos compensatórios obrigatórios	1376	100,0
Sim	500	36,3
Não	641	46,6
Não sei	235	17,1
Satisfação com o número de horas trabalhadas no SNS	1305	100,0
Muito satisfeito	11	0,8
Satisfeito	292	22,4
Indiferente	213	16,3
Insatisfeito	573	43,9
Muito insatisfeito	216	16,6
Satisfação com o tempo disponível para a família, amigos e atividades de lazer/sociais	1305	100,0
Muito satisfeito	12	0,9
Satisfeito	217	16,6
Indiferente	109	8,4
Insatisfeito	579	44,4
Muito insatisfeito	388	29,7

Tabela 1 - Indicadores de satisfação profissional dos médicos ativos no SNS.

No que concerne aos fatores que poderiam contribuir para o adiamento da saída do SNS por reforma, 31.2% indicou que poderia ponderar continuar mais algum tempo em funções, em caso de redução da respetiva carga horária. Havendo uma clara correlação com o facto de 39.3% dos médicos ter indicado a pressão do trabalho/exaustão como determinante na eventual decisão de saída do SNS antes da idade legal da reforma. No entanto, apesar da remuneração se revelar um aspeto importante na avaliação da satisfação profissional dos médicos, com 76.7% a mostrarem-se insatisfeitos, ou muito insatisfeitos, com o rendimento proveniente do seu trabalho no SNS, a questão financeira não parece ser determinante na decisão de saída por reforma. Apenas 22.7% dos inquiridos referiram a insuficiência dos incentivos financeiros enquanto aspeto preponderante na opção pela reforma antes da idade legal, bem como apenas 27.9% indicaram que o aumento da remuneração poderia levar a considerar o adiamento da saída do SNS por reforma.

As oportunidades de carreira foi outro dos temas avaliados, resultando em conclusões muito distintas. A progressão na carreira é um dos temas com os quais os médicos inquiridos se demonstraram mais insatisfeitos: 63.3% revelaram-se insatisfeitos, ou muito insatisfeitos. Já as opiniões acerca das oportunidades de carreira dividiram com os médicos com 28% a afirmar que dispôs de boas oportunidades de carreira e, outros 28%, a afirmar precisamente o contrário. Em relação às oportunidades profissionais futuras, 62.5% indicou discordar (nalguns casos totalmente), da existência de boas perspectivas de carreira na sua especialidade médica.

	Até à data tenho tido boas oportunidades de carreira		De forma geral, há boas perspectivas de carreira no SNS na minha especialidade	
	N	%	N	%
Concordo totalmente	79	6,0	25	1,9
Concordo	373	28,5	203	15,5
Nem concordo nem discordo	304	23,2	261	20,0
Discordo	376	28,7	492	37,6
Discordo totalmente	176	13,5	326	24,9
Total	1308	100,0	1307	100,0

Tabela 2 - Oportunidades e perspectivas de carreira dos médicos ativos no SNS.

Sobre a participação na tomada de decisões, os resultados adquiridos indicam alguma divisão entre a satisfação e a insatisfação, ainda que com maior expressão dos médicos que se mostraram descontentes (50.1% somando os insatisfeitos com os muito insatisfeitos). O oposto verifica-se na apreciação do relacionamento com os colegas de profissão que, para 76.6% dos médicos, foi avaliado com grande satisfação.

Sobre a possibilidade de saída do SNS por reforma, antecipada ou não, os resultados apontam para alguma divisão: 45% dos médicos afirmou considerar, de forma definitiva ou provável, sair por reforma; no entanto, a percentagem de médicos que poderá permanecer no SNS é muito próxima (40.7%). Apenas 14.3% indicou não saber. Sobre a possível emigração para o exercício da medicina noutro país, 66.1% dos inquiridos não considera essa via como opção. Não obstante, a saída do SNS para exercício da prática médica em exclusivo no setor privado de saúde também não parece uma opção muito clara para estes médicos, contudo 33.5% considera a opção como intermediária, revelando alguma incerteza.

Na segunda fase do estudo houve uma taxa de resposta em que 87.1% foram médicos que saíram do SNS e 12.9% médicos que estavam a realizar o internato de especialidade. O universo dos médicos que abandonaram o SNS compõe-se pelos médicos que decidiram reformar-se (43.4%) ou para trabalhar em exclusivo no setor privado de saúde (36.1%), apenas 7% optaram por emigrar para exercer medicina.

Dos médicos que saíram do SNS por reforma, antecipada ou não, a grande maioria indicou ter sempre trabalhado no SNS desde que começou a exercer medicina, ainda que acumulando funções no setor privado de saúde. Em relação à apreciação do exercício profissional, observam-se níveis elevados de satisfação na generalidade. Este contentamento é particularmente notório no que respeita à progressão na carreira e à

frequência de ações de atualização científica dadas as elevadas percentagens de médicos que se mostraram satisfeitos ou muito satisfeitos. No sentido oposto, destacam-se a insatisfação com o tempo disponível para a família, as condições físicas e equipamentos e a remuneração. Apesar da apreciação menos positiva de alguns aspetos relativos ao funcionamento do sistema, quase metade dos médicos que saíram por reforma se mostraram globalmente satisfeitos com o SNS.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Relacionamento com colegas	0,3	3,3	5,6	56,1	29,0
Progressão na carreira	5,9	22,1	9,9	37,6	19,1
Frequência de ações de atualização científica	2,0	25,1	5,6	52,1	9,2
Remuneração	8,9	36,3	10,9	37,3	1,7
Participação na tomada de decisões	6,3	32,0	12,5	39,3	4,3
Condições físicas e equipamentos	6,9	37,6	9,6	38,9	1,7
Número de horas	5,3	26,4	20,8	38,9	2,0
Tempo disponível para a família	12,9	34,0	15,8	32,0	0,3

n=303

Tabela 3 - Grau de satisfação profissional dos médicos que saíram do SNS por reforma (%).

Dos médicos que saíram do SNS para trabalhar no setor privado de saúde, 79.8% indicou que antes de tomar aquela decisão sempre trabalhou no SNS, ainda que 83.6% acumulasse funções no setor privado de saúde. Dos médicos inquiridos 40.3% manifestaram-se satisfeitos com a frequência de ações de atualização científica. Todos os restantes aspetos foram avaliados com significativa insatisfação dado que pelo menos metade dos médicos afirmou estar insatisfeito ou muito insatisfeito com os mesmos. Entre esses destaca-se a remuneração com 31.6% dos médicos muito insatisfeitos e 39.9% insatisfeitos. Em relação ao grau de satisfação global com o SNS, verificou-se uma quase divisão plena na apreciação realizada. Praticamente a mesma percentagem de médicos mostraram-se ora satisfeitos ora insatisfeitos com o SNS, não obstante a ligeira maior expressão dos que fizeram uma avaliação globalmente positiva do sistema.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Relacionamento com colegas	2,0	10,3	11,5	49,8	21,3
Progressão na carreira	22,5	31,6	24,5	13,4	3,2
Frequência de ações de atualização científica	9,5	26,1	13,4	40,3	5,9
Remuneração	31,6	39,9	11,9	11,1	0,8
Participação na tomada de decisões	23,3	28,9	17,4	24,1	1,2
Condições físicas e equipamentos	16,2	34,8	15,4	24,5	4,3
Número de horas	19,4	31,6	18,6	23,3	1,6
Tempo disponível para a família	27,7	27,7	12,6	25,3	1,2

n=253

Tabela 4 - Grau de satisfação profissional dos médicos que saíram para o setor privado de saúde (%).

Dos médicos que optaram por emigrar para exercer medicina no estrangeiro, a maioria sempre trabalhou no SNS (71.4%), mais de metade não acumulava funções no setor privado de saúde (57.1%). Os médicos que saíram do SNS para exercício da medicina no estrangeiro assinalam elevados níveis de insatisfação em praticamente todas as dimensões consideradas. Verifica-se que cerca de 70% destes médicos mostraram um muito

significativo desagradado, particularmente com a remuneração, a progressão na carreira e com a participação na tomada de decisão. Cerca de metade mostrou-se insatisfeito ou muito insatisfeito com o número de horas de trabalho e o tempo disponível para a família e amigos.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Relacionamento com colegas	4,1	14,3	6,1	49,0	18,4
Progressão na carreira	30,6	40,8	14,3	4,1	2,0
Frequência de ações de atualização científica	14,3	28,6	16,3	30,6	2,0
Remuneração	51,0	26,5	10,2	4,1	0,0
Participação na tomada de decisões	32,7	38,8	12,2	8,2	0,0
Condições físicas e equipamentos	16,3	30,6	12,2	30,6	2,0
Número de horas	34,7	14,3	16,3	24,5	2,0
Tempo disponível para a família	32,7	22,4	16,3	18,4	2,0

n=49

Tabela 5 - Grau de satisfação dos médicos que saíram do SNS por emigração (%).

No que concerne aos médicos internos, foram avaliadas várias dimensões sobre o acesso e a gestão do processo de acesso/colocação no internato de especialidade médica. Apesar disso, é possível verificar algumas diferenças na apreciação dos aspetos considerados – a média de satisfação foi um pouco mais elevada no método de divulgação da lista de vagas de especialidade e no método de divulgação da lista de colocados e mais baixa na distribuição de vagas por especialidade e no período disponível para a escolha da área. Já sobre o seu futuro profissional após terminarem o internato, 42.9% dos médicos indicou não saber se ficará em exercício no SNS, 12.4% afirmou ter a certeza sobre a sua permanência no SNS, enquanto apenas 2.9% considera que de certeza que não exercerá no SNS. Cerca de metade dos médicos internos inquiridos afirmou equacionar a possibilidade de exercer medicina no estrangeiro depois de terminar o internato de especialidade (47.2%).

	Média	Desvio-padrão
Método de divulgação da lista de vagas de especialidade	3,24	1,208
Distribuição de vagas por especialidade	2,52	1,153
Momento do ano da escolha	2,98	1,204
Período disponível para escolha da área	2,67	1,200
Locais para a escolha	3,01	1,167
Método de divulgação da lista de colocados	3,16	1,118

Escala: 1- Muito insatisfeito; 2 – Insatisfeito; 3 – Indiferente; 4 – Satisfeito; 5 – Muito satisfeito

Tabela 6 - Satisfação com o acesso e gestão do internato de especialidade.

Concluída a análise, é evidente que o aspeto que gera mais preocupação e desagradado entre os médicos são as horas efetivamente trabalhadas no SNS, uma vez que muito frequentemente estão acima das que são contratualizadas, obrigando a jornadas de trabalho além do horário estabelecido com consequências ao nível pessoal, nomeadamente no tempo disponível para a dimensão familiar e social. A isto acresce a realidade de metade dos inquiridos que adiantam que os descansos compensatórios não são cumpridos. Apesar da insatisfação generalizada com a remuneração, este não se revelou um aspeto impulsionador da saída do SNS ou, em caso de aumento, de incentivo à permanência. Relativamente à saída do SNS por reforma, o facto da grande maioria dos

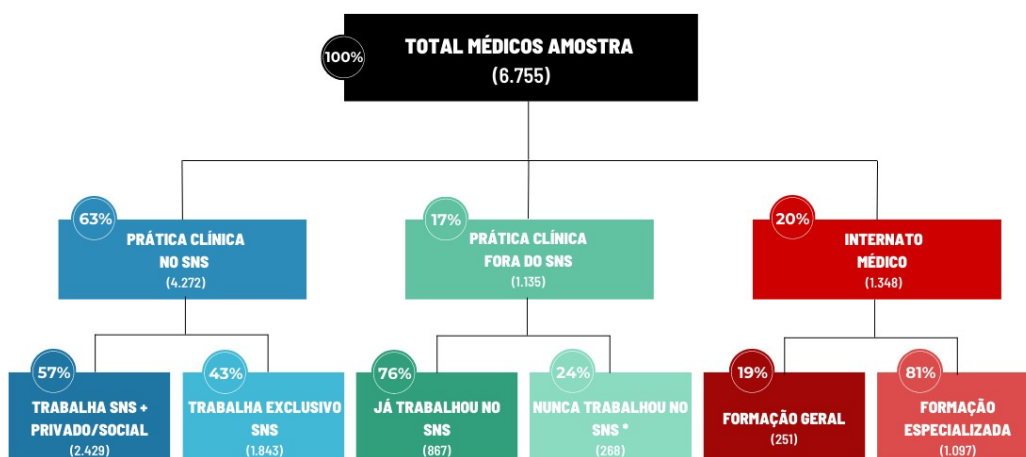
médicos ter indicado pretender reformar-se na idade legalmente definida para o efeito sugere que estes consideram sobretudo a possibilidade de reforma não antecipada. Considerando os três grandes cenários de saída do SNS, verificou-se que a opção pelo trabalho no setor privado de saúde é estatisticamente significativa na sua associação à insatisfação profissional, sobretudo se considerada a dimensão remuneração. A saída por reforma não é estatisticamente significativa na associação à insatisfação profissional. A opção pela emigração mostrou-se estatisticamente significativa na sua associação à insatisfação profissional, sobretudo considerando as dimensões remuneração, participação na tomada de decisão, carga de trabalho em horas e perspetivas de carreira. Os resultados apresentados evidenciam a importância de valorizar a Carreira Médica e de investir na melhoria das condições de exercício da medicina, particularmente nos aspetos de maior insatisfação dos médicos e que mais propiciam a opção pela saída do SNS.

2. A Carreira Médica: as condições de trabalho no SNS vs. fora do SNS

A Ordem dos Médicos procurou compreender quais as opiniões dos médicos, consoante a sua própria situação profissional, face às condições de trabalho que experienciam e relativamente às suas expectativas de carreira. Nesse sentido, a GfK Metris foi contactada para elaborar um inquérito junto dos médicos sobre as condições de trabalho proporcionadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O principal objetivo deste inquérito foi identificar, de forma clara, as razões pelas quais os médicos abandonam efetiva ou potencialmente o SNS, bem como comparar o setor público e o setor privado em áreas estruturantes como a valorização das condições de trabalho, as vantagens e desvantagens de cada setor e, por fim, avaliar o investimento e risco numa carreira no SNS ou no privado. A recolha de informação decorreu entre os dias 7 de junho e 30 de julho de 2021.

A amostra de médicos que participou neste estudo cobriu um amplo espectro de variáveis demográficas e profissionais: não só ao nível de grupo etário, como também relativamente aos diferentes percursos profissionais, iniciados em momentos temporais distintos, com diferentes graus de qualificação médica e vínculos contratuais. Ao inquérito, produzido online, responderam 6.755 médicos, dividindo-se entre três grandes perfis: médicos que exercem a prática clínica no SNS (63%), médicos que desempenham funções exclusivamente no Setor Privado (17%) e 20% que estão em fase de Internato Médico.

A maioria dos inquiridos desenvolve a sua prática clínica no SNS (63%), sendo que, do universo total, uma percentagem de 57% dos médicos opta por acumular uma carreira no Setor Privado/Social, enquanto apenas 43% exerce exclusivamente no SNS. Por outro lado, 17% dos inquiridos trabalha exclusivamente fora do SNS. Dentro destes, 24% nunca trabalharam no SNS após o internato, enquanto 76% já trabalharam no SNS e decidiram sair. Por fim, 20% da amostra total contempla os médicos em internato médico, sendo que 81% dos internos encontram-se a desenvolver uma formação especializada, enquanto os restantes 19% estão em formação geral.



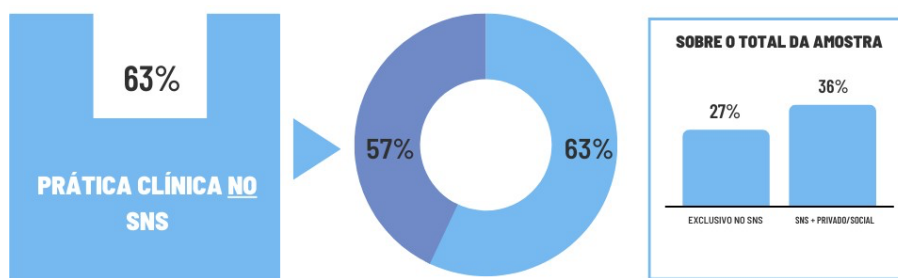
Base: Total (6755) | * Só fez internato no SNS depois saiu

Fig. 1 – Caracterização da amostra.

1. Prática clínica no SNS.

Dos médicos que responderam ao inquérito, a maioria desenvolve a sua prática clínica no SNS, representando uma percentagem de 63% dos inquiridos. Uma percentagem de 57% dos médicos opta por acumular uma carreira no Setor Privado/Social, enquanto apenas 43% exerce exclusivamente no SNS.

MÉDICOS ATIVOS NO SNS



Base: Total Trabalha no SNS (4272); Exclusivo SNS (1843); Trabalha SNS + Privado/Social (2429)

Fig. 2 – Médicos ativos no SNS.

Numa avaliação do SNS por parte dos médicos que nele exercem, encontram-se em destaque positivo a segurança no vínculo/estabilidade contratual, o relacionamento com os colegas e o trabalho de equipa, bem como as distâncias entre casa-trabalho. Os médicos fazem uma pior avaliação da excessiva carga burocrática do trabalho, da falta de tempo

para a investigação, bem como o acesso à mesma e, ainda, ao número e frequência dos concursos para progressão na carreira.

1.1. Prática clínica exclusiva no SNS.

De entre os médicos que exercem exclusivamente no SNS, 32% pretendem vir a trabalhar no privado, em média dentro de 2 anos e meio. Na sua maioria (38%), os médicos têm como objetivo manter as suas funções no SNS e acrescentar a prática no privado, contudo 23% pretende deixar de trabalhar no SNS e dedicar-se exclusivamente ao privado. No que toca às razões para ainda não trabalhar no setor privado, 42% dos inquiridos admitem ser motivados pela valorização da relação pessoal com os doentes no SNS.

Entre os médicos que atualmente trabalham em exclusivo no SNS, mas que pretendem vir a trabalhar no privado, quase 1/4 afirma estar muito insatisfeito com o SNS, registando-se com uma satisfação média abaixo do 5 (numa escala de avaliação entre 0 e 10).

1.2. Prática clínica no SNS em junção com o setor Privado/Social.

Entre os médicos que optam por, à sua prática clínica no SNS, acumular uma carreira no setor privado (57%), 38% pretende manter a situação atual, seguindo-se 30% que afirma que, no futuro, pretende trabalhar mais horas no privado e menos no público. Já 12% pretende deixar de trabalhar no público e trabalhar exclusivamente no privado.

Os médicos cuja prática clínica se desenvolve cumulativamente no SNS e setor privado estão significativamente mais satisfeitos com o setor privado, de uma forma geral, com 34% destes a afirmar estar muito satisfeito com o setor privado, *versus* os 7% referentes ao SNS. De forma oposta, 20% destes médicos afirma estar muito insatisfeito com o SNS. Aliás, o grau de satisfação global com o SNS, para este *target* de médicos, é efetivamente negativo (4,4 de média).

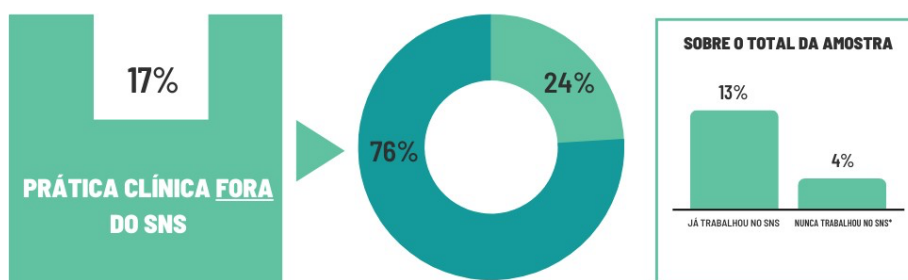
Nesta avaliação, o setor privado tem uma apreciação significativamente mais positiva em *drivers* como as condições físicas, as condições remuneratórias e a menor carga burocrática do trabalho médico. Por sua vez, a avaliação do SNS suplanta, de forma significativa, o setor privado no que concerne à segurança e estabilidade contratual, ao relacionamento com os colegas e trabalho em equipa, na distância casa-trabalho e no acesso à atualização científica. Entre os médicos que optam por, à sua prática clínica no SNS, acumular uma atividade no setor privado, o reforço da sua remuneração é, sem margem para dúvidas, o principal motivo para esta opção.

Importa também referir que tanto os médicos que trabalham exclusivamente no SNS como os que acumulam atividade clínica no privado, afirmam ser chamados com frequência para realizar funções, no SNS, fora da área de especialidade, entendida como não sendo a melhor aplicação do tempo do médico. No que se refere à realização de trabalho administrativo ou burocrático, subsiste a clara percepção que grande parte destas tarefas poderiam ser realizadas por outros profissionais.

2. Prática clínica fora do SNS.

Dos médicos inquiridos 17% trabalha exclusivamente fora do SNS. Dentro desta amostra 24% nunca trabalhou no SNS, ou seja, abandonou o serviço público de saúde logo após o final da sua formação pós-graduada, enquanto 76% já trabalharam no SNS e decidiram sair.

PRÁTICA CLÍNICA FORA DO SNS



Base: Total Prática clínica fora do SNS (1135); Não trabalha no SNS, mas já trabalhou (867); Não trabalha no SNS e nunca trabalhou (268)
 *(Só fez internato no SNS depois saiu)

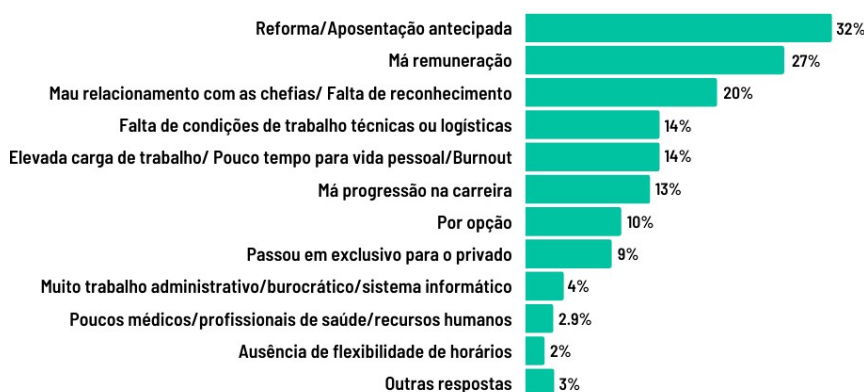
Fig. 3 – Prática clínica fora do SNS.

2.1. Prática clínica fora no SNS, mas já exerceu no SNS.

Os médicos cuja prática clínica se desenvolve fora do SNS, mas que no passado já lá trabalharam, estão significativamente mais satisfeitos com o setor privado, de uma forma geral, com quase metade destes a afirmar estar muito satisfeito com o setor privado, em contraponto com os 20% referentes ao SNS. Ainda assim é importante destacar que estes médicos registam uma significativa maior satisfação com o SNS quando comparados com os médicos que atualmente lá trabalham.

Numa comparação entre ambos os setores, os médicos que já trabalharam no SNS e já não trabalham, destacam como ponto positivo do setor privado as condições físicas e a remuneração. Contudo, admitem melhores avaliações ao SNS no que toca a segurança e estabilidade contratual, ao relacionamento com os colegas e trabalho em equipa e progressão na carreira. O principal *driver* de abandono do SNS está relacionado com a aposentação dos médicos, sendo que a má remuneração e o mau relacionamento com as chefias também representam motivações importantes. A maioria dos médicos que já não trabalha no SNS não se encontra recetivo a, num futuro próximo, retornar ao serviço público, seja em dedicação exclusiva ou não.

QUAIS AS RAZÕES PARA TER DEIXADO DE TRABALHAR NO SNS?



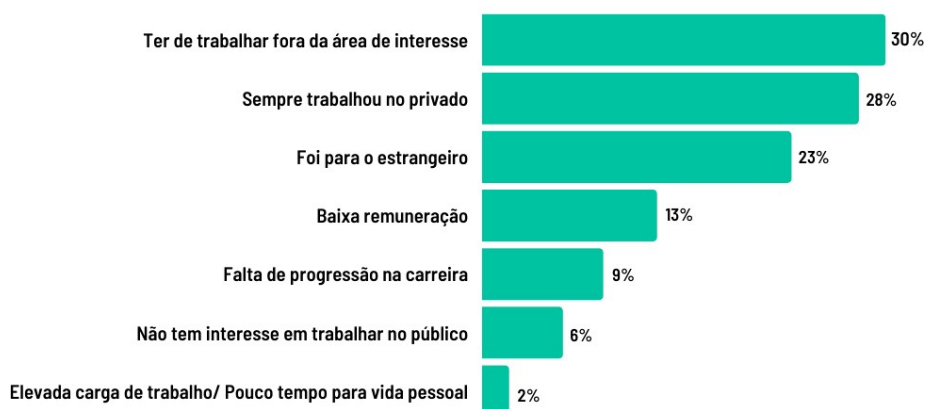
Base: Total Prática clínica fora do SNS (1135); Já trabalhou no SNS (867)

Fig. 4 – Drivers de abandono do SNS.

2.2. Prática clínica fora do SNS e nunca exerceu no SNS.

No que toca aos médicos que nunca trabalharam no SNS, a maioria relaciona esse acontecimento com a vontade que tinham de trabalhar na área de interesse e especialização, – algo que o SNS não lhes garantia – bem como com o facto de terem sempre trabalhado no setor privado ou, ainda, com a opção de rumar para projetos no estrangeiro. As três principais motivações que levaram estes médicos a saírem dos SNS após o internato, prendem-se essencialmente com a falta de vagas no SNS, com as melhores propostas apresentadas pelo setor privado e as piores condições remuneratórias auferidas no SNS.

QUAIS AS RAZÕES PARA NUNCA TER TRABALHADO NO SNS?



Base: Nunca trabalhou no SNS (47)

Fig. 5 – Drivers para nunca ter trabalhado no SNS.

Os médicos que atualmente não exercem atividade clínica no SNS, avaliam melhor o setor privado em todos os atributos em avaliação, à exceção da segurança no vínculo e estabilidade contratual. Os médicos que nunca trabalharam no SNS ou só fizeram o internato e depois saíram, estão consideravelmente satisfeitos com o setor privado.

3. Internato Médico

Quando analisamos os 1348 médicos internos (20% do total da amostra) que participaram neste estudo, observamos que 81% encontra-se em fase de formação especializada e, destes, a esmagadora maioria está a frequentar a especialidade pretendida. Em contrapartida, as vagas por especialidade são o indicador mais mal percecionado pelos internos em fase de formação geral e em fase de formação especializada, mas que não conseguiram entrar na especialidade pretendida.

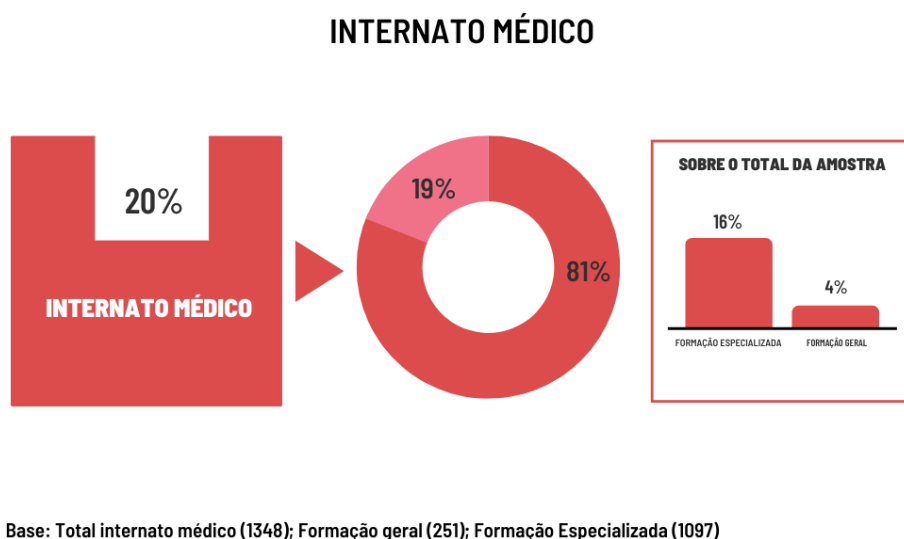


Fig. 6 – Médicos em Internato Médico.

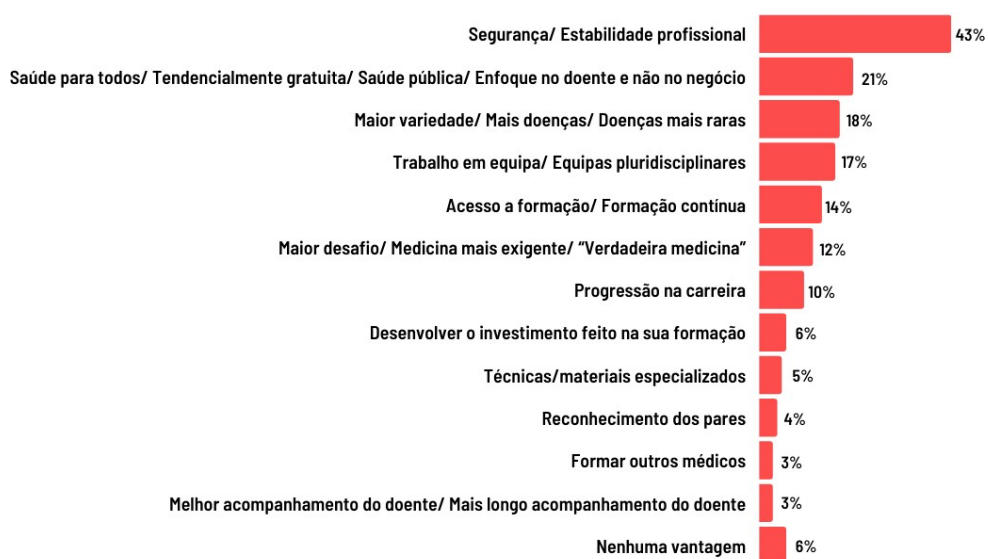
Para os internos em fase de formação especializada que conseguiram entrar na especialidade pretendida, o pior aspeto do internato médico é a coordenação. A segurança e estabilidade profissional que o SNS oferece aos seus médicos é a vantagem mais apontada por médicos que exercem atualmente no SNS ou que já exerceram. Segue-se o acesso à formação contínua, acompanhada pela vantagem do trabalho em equipa e as equipas pluridisciplinares.

Como desvantagens os clínicos apontam as baixas remunerações no SNS e a escassez de oportunidades de progressão de carreira, de forma transversal a todos os perfis. A elevada carga de trabalho é a terceira desvantagem mais indicada pelos médicos ativos no SNS. Já a falta de condições de trabalho técnico-logísticas é destacadamente mais referida por médicos cuja prática clínica faz-se atualmente fora do SNS, mas que já lá trabalharam.

A carreira médica no setor privado é fortemente motivada por questões arroladas com a melhor remuneração, sendo a principal vantagem apontada pelos inquiridos. Os horários flexíveis e o tempo para a família também são fortes fatores que influenciam os médicos,

bem como as melhores condições de trabalho aliadas a uma constante e diferenciadora atualização científica. Como desvantagens, os médicos apontam a insegurança laboral, aliada ao número reduzido de concursos para progressão na carreira. Por último, o contacto reduzido com outros médicos e equipas pluridisciplinares [que torna a prática da medicina mais individualizada] também é vista como uma grande desvantagem no setor privado.

VANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SNS



Base: Médicos em Internato Médico (1384)

Fig. 7 – Vantagens de uma carreira no SNS segundo médicos em Internato Médico.

VANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SETOR PRIVADO



Base: Médicos em Internato Médico (1384)

Fig. 8 - Vantagens de uma carreira no Setor Privado segundo médicos em Internato Médico.

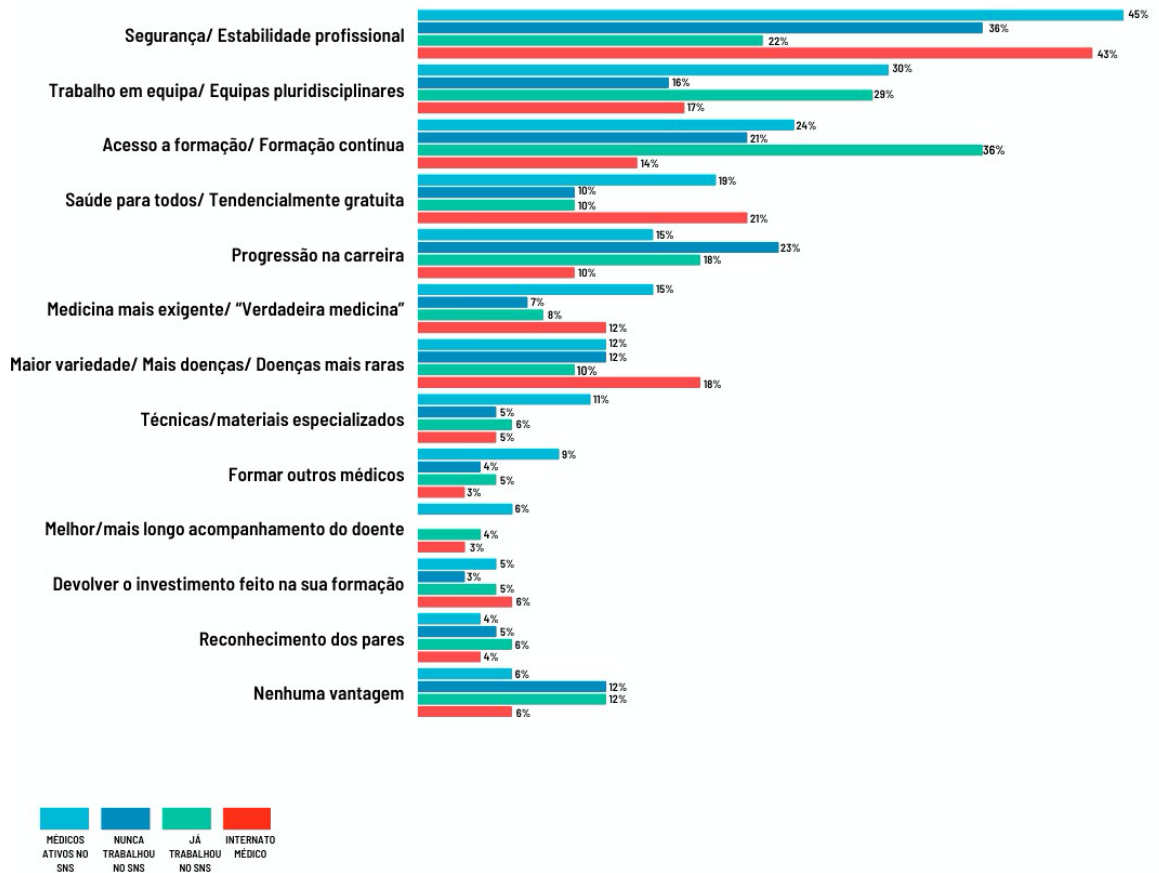
Quanto à avaliação que os atuais médicos internos fazem do internato, registaram-se graus de satisfação medianos, sendo a unidade de saúde onde se realiza o internato o atributo mais bem avaliado e, de forma oposta, o número de vagas por especialidade a que menor nível de satisfação reúne. Após terminado o internato médico, a possibilidade mais validada por estes internos é a de ficar a trabalhar no SNS em regime de “tempo completo”.

4. Avaliação Global

A segurança e estabilidade profissional que o SNS oferece aos seus médicos é a principal vantagem apontada por estes profissionais, à exceção dos médicos que já passaram pelo SNS, mas cuja sua atividade clínica atual se realiza no setor privado. Estes últimos apontam acesso à formação contínua como a principal vantagem do SNS.

Por outro lado, a vantagem do trabalho em equipa e as equipas pluridisciplinares são benefícios especialmente apontados por médicos que conhecem o SNS por dentro, ou porque estão no ativo no SNS ou que porque já lá exerceram.

VANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SNS

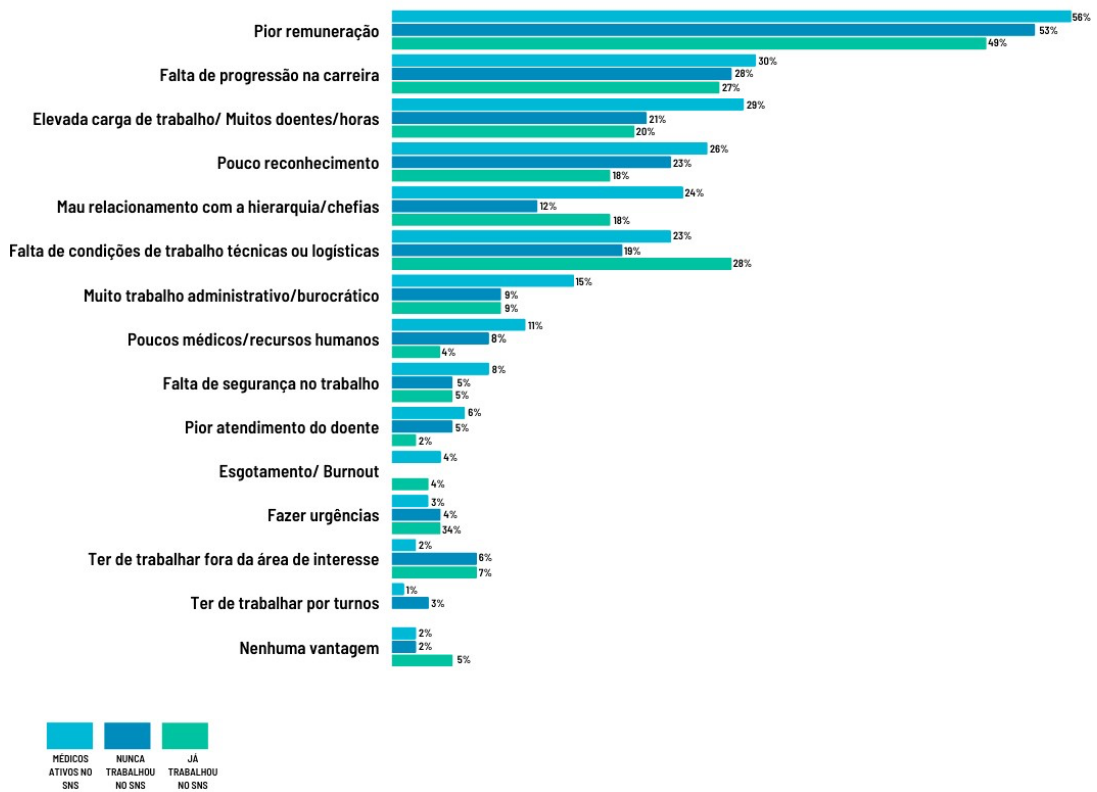


Base: Base: Médicos Ativos no SNS (4272); Internato Médico (1348); Prática clínica fora do SNS ... Nunca trabalhou no SNS ou só fez o Internato e depois saiu (268), Já trabalhou no SNS (867);

Fig. 9 – Vantagens de uma carreira no SNS.

As baixas remunerações no SNS e a escassez de oportunidades de progressão de carreira são, de forma transversal a todos os perfis de médicos, as principais desvantagens associadas a uma carreira no setor público. A elevada carga de trabalho é a terceira desvantagem mais enunciada pelos médicos ativos no SNS. Já a falta de condições de trabalho técnicas ou logísticas é destacadamente mais referida por médicos cuja prática clínica é feita atualmente fora do SNS, mas que já lá trabalharam.

DESVANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SNS

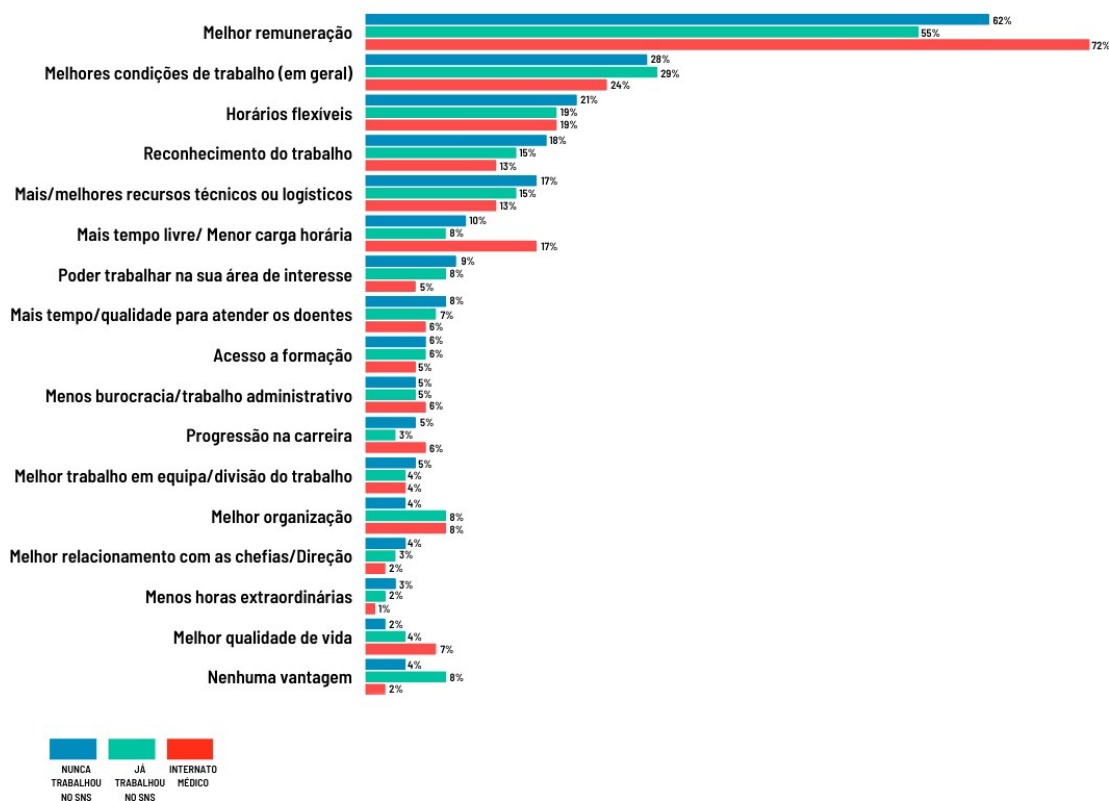


Base: Médicos Ativos no SNS (4272); Internato Médico (1348); Prática clínica fora do SNS ... Nunca trabalhou no SNS ou só fez o Internato e depois saiu (268), Já trabalhou no SNS (867);

Fig. 10 - Desvantagens de uma carreira no SNS.

Quando analisamos as vantagens do setor privado, verificamos um maior consenso entre os diferentes perfis de médicos. Contrariamente ao SNS, as melhores remunerações são para a maioria dos médicos a principal vantagem associada ao setor privado. Seguida pelas melhores condições de trabalho e pelos horários flexíveis.

VANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SETOR PRIVADO

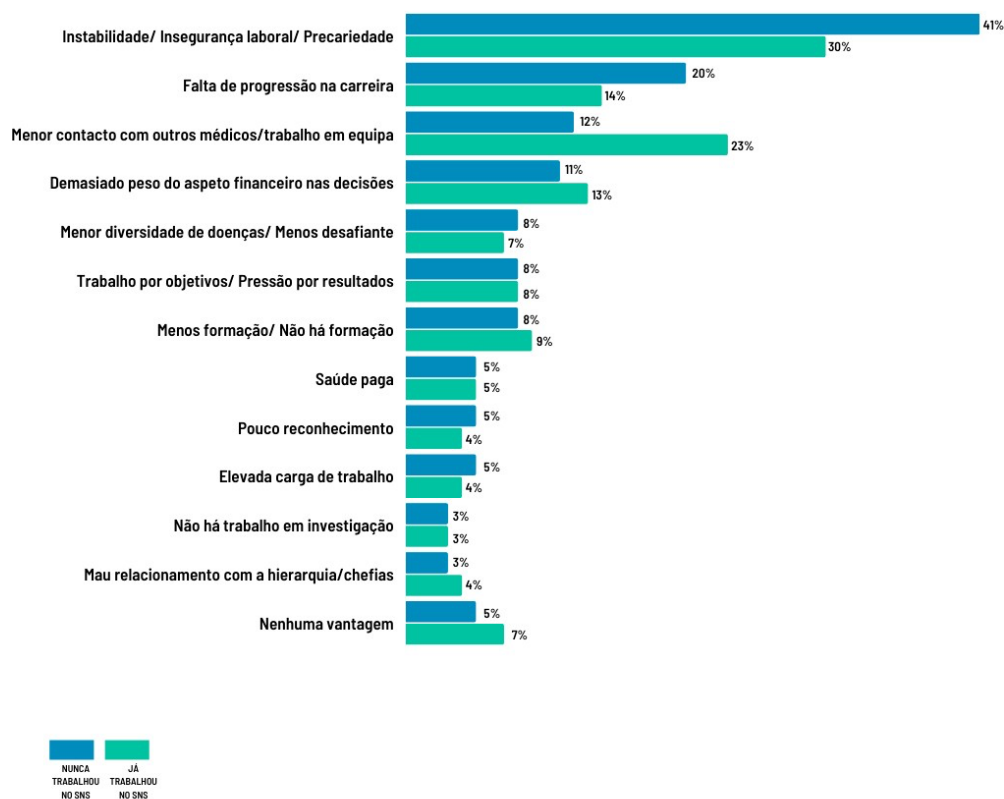


Base: Base: Médicos Ativos no SNS (4272); Internato Médico (1348); Prática clínica fora do SNS ... Nunca trabalhou no SNS ou só fez o Internato e depois saiu (268), Já trabalhou no SNS (867);

Fig. 11 – Vantagens de uma carreira no Setor Privado.

Quanto às desvantagens de uma carreira médica no setor privado, apenas médicos ativos neste setor outorgaram a sua opinião. Tendo estes identificado a insegurança laboral e precariedade, a falta de progressão na carreira e o menor contacto com outros médicos as três principais desvantagens associadas a uma carreira neste setor.

DESVANTAGENS DE UMA CARREIRA NO SETOR PRIVADO



Base: Base: Médicos Ativos no SNS (4272); Internato Médico (1348); Prática clínica fora do SNS ... Nunca trabalhou no SNS ou só fez o Internato e depois saiu (268), Já trabalhou no SNS (867);

Fig. 12 – Desvantagens de uma carreira no Setor Privado.

O inquérito abordou, ainda, dois temas com grande relevância: o grau de confiança global dos médicos do SNS e fora do SNS nas entidades e instituições e as principais preocupações para o futuro.

O grau de confiança nos profissionais de saúde é igualmente elevado na opinião quer dos médicos que trabalham no SNS quer no privado. Observam-se apenas diferenças significativas no nível de confiança no hospital/instituição onde estes médicos trabalham, verificando-se também aqui uma significativa maior confiança nas instituições do setor privado. Em sentido inverso, o Primeiro-Ministro e ministério da Saúde são as entidades em que os médicos menos confiança depositam.

No que toca às principais preocupações dos médicos com o futuro, independentemente de realizarem atividade clínica no SNS ou só no setor privado, prendem-se, sobretudo, com a futura situação económica e financeira do país. Ainda assim, os tempos de espera para as marcações de consultas, exames ou tratamentos, a situação de saúde pública no país e qualidade do tratamento clínico prestado aos utentes, são aspetos que preocupam muito a maioria dos médicos.

De forma oposta, as liberdades e direitos cívicos dos cidadãos são o aspeto do futuro que tendencialmente menos preocupa os médicos no momento.

Conclusão preliminar

Este inquérito contou com um número de respostas suficientemente robusto para permitir que se revele uma ferramenta de análise importante e valiosa dentro e fora da classe médica. A nível interno porque permite tirar conclusões sobre as principais preocupações dos médicos que exercem nos diferentes setores da saúde. A nível externo porque se consubstancia em mais um contributo da Ordem dos Médicos orientado para as soluções e apontando caminhos de melhoria que beneficiem quem trabalha, mas, principalmente, que logrem proteger e defender os destinatários dos serviços, ou seja, os doentes. O novo relatório das Carreiras Médicas fica assim dotado de atualidade e de um retrato fiel do que se passa, hoje, no terreno para podermos alinhar estratégias e definir que futuro queremos ter.

Uma vez mais, à semelhança do que aconteceu em 1961, com a publicação do “Relatório sobre as Carreiras Médicas em Portugal”, os médicos seguem na linha da frente e tomam as rédeas de uma situação que interessa a todos os cidadãos e que tem sido descurada, ao longo de décadas, pelos decisores políticos.

A acumulação de subfinanciamentos crónicos e de problemas estruturais na saúde, conjuntamente com a ausência de políticas coerentes e de longo prazo, conduziram-nos até aqui. Por isso, reveste-se de grande importância atualizar a carreira médica. Ao fazê-lo, conseguiremos atualizar o próprio Serviço Nacional de Saúde, tornando-o mais competitivo e adaptado aos nossos tempos.

3. Fatores de decisão na Carreira Médica

Tendo como objetivo conferir uma ainda maior robustez ao trabalho e ao inquérito sobre a carreira médica que a Ordem dos Médicos (OM) realizou em parceria com a GfK Metris, a instituição representativa de todos os médicos associou-se à Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) e à Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) para procurar identificar os segmentos mais problemáticos e as medidas a implementar através da constatação dos pontos fortes e dos pontos fracos, tanto do setor privado, como do setor público. Desta forma, procurou-se perceber os fatores que levam à saída dos médicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), bem como quais são os fatores que os fazem ficar analisando o nível de satisfação dos médicos nas várias vertentes relacionadas com o seu trabalho.

Da amostra fizeram parte 2005 médicos e estudantes de medicina, sendo que 67% são médicos especialistas, 22% são médicos internos, 9% ainda se encontram a fazer o Mestrado Integrado em Medicina e, por fim, 3% concluiu a licenciatura, mas optou por não realizar o internato médico. A informação foi recolhida através de um questionário online, com perguntas fechadas, semifechadas e abertas, desenvolvido pela 2Logical e coordenado pela APAH, OM e ANEM, que decorreu entre os dias 1 e 22 de abril de 2022. No que diz respeito ao setor onde é exercida a prática clínica, 48% dos inquiridos atua

apenas setor público, 11% apenas setor privado, 37% trabalham em ambos os setores e 3% não se encontra a exercer.

Questionados acerca dos segmentos mais problemáticos, bem como as vantagens e as desvantagens de exercer no setor público, 68% dos inquiridos referiu como principal vantagem a diversidade das patologias dos doentes que recorrem aos cuidados de saúde, seguindo-se 64% a destacar a formação e o trabalho em equipa e, por último, 40% referiu a boa dinâmica de participação/colaboração em investigação clínica. No que toca aos pontos fracos do setor público, 75% apontou a remuneração base, 63% a carência de recursos humanos e/ou equipamentos e 47% o excesso de doentes, com impacto no tempo disponível e na qualidade. No que toca às desvantagens associadas ao setor privado, estas são, precisamente, as vantagens do setor público referidas pelos inquiridos. Já as vantagens do privado dividem-se com 74% dos inquiridos a destacar a flexibilidade na gestão dos horários de trabalho/agenda, 72% a remuneração base e 40% o acesso a tecnologia/inovação.

PONTOS FORTES DO SETOR PÚBLICO VS. PONTOS FRACOS DO SETOR PRIVADO

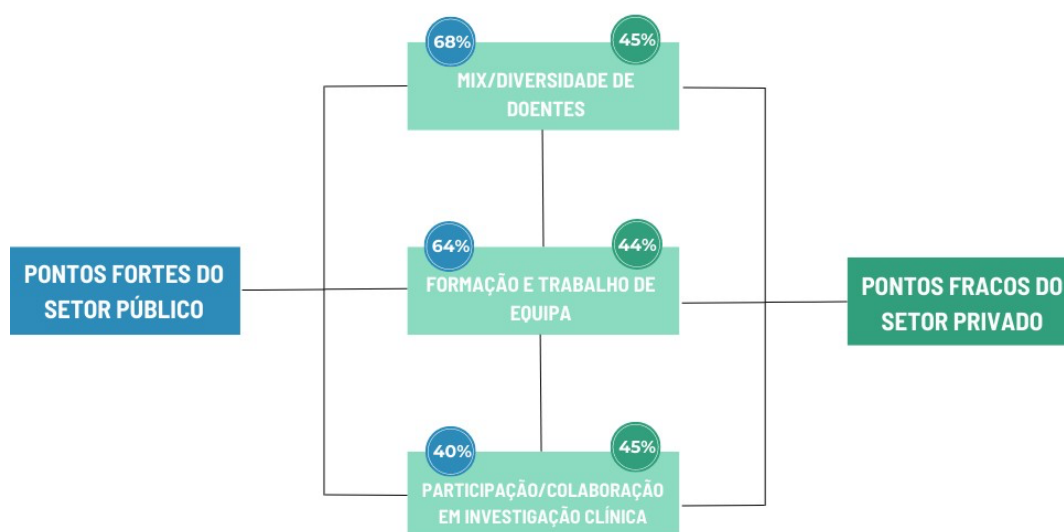


Figura 1 – Pontos fortes do setor público vs. pontos fracos do setor privado.

O nível de satisfação com o atual setor onde trabalham é muito distinto quando analisamos os médicos que trabalham no setor público e/ou privado. Entre os médicos que trabalham no setor público, 67% estão pouco ou nada satisfeitos. No setor privado, a mesma resposta abrange apenas 15% dos inquiridos.

Dos médicos que trabalham no setor privado, 98% já exerceram funções no sector público e 20% destes mudaram há 12 meses ou menos para o setor privado. As principais razões que levaram os médicos à mudança de setor foram, principalmente, a carência de recursos humanos que assegurem o bom funcionamento do serviço, a flexibilidade na gestão dos horários de trabalho/agenda e/ou o tempo para projetos pessoais. Nos próximos 12 meses, dos médicos que exercem apenas serviço no setor público, 46% não pretendem mudar a sua prática clínica atual – ou seja, quase metade dos médicos que pretendem ficar

no setor público estão insatisfeitos com o mesmo –18% pretendem ter funções em ambos os setores e 8% tencionam deixar de exercer no setor público.

No que toca exclusivamente aos médicos internos, 77% tencionam trabalhar no setor público após o primeiro ano de internato e 43% pretendem trabalhar no setor privado. Dos que tencionam dedicar-se a outras áreas da medicina/saúde, mais de metade gostaria de trabalhar em investigação.

Apesar de os resultados deste inquérito serem muito semelhantes ao inquérito anterior realizado pela Ordem dos Médicos, este trabalho acrescenta valor sobretudo pelas sugestões de melhoria para o setor público deixadas por mais de 92% dos participantes, o que demonstra um grande envolvimento com a temática e reforçando o facto da valorização da carreira médica ser um problema que merece a atenção e o envolvimento da classe médica. Como principais medidas a implementar destacam-se: a remuneração base, o reforço de equipas e melhor gestão dos recursos humanos, a progressão efetiva na carreira, a melhoria das instalações e dos equipamentos médicos, mais acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica e maior flexibilidade na gestão dos horários de trabalho/agenda.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES A IMPLEMENTAR NO SETOR PÚBLICO

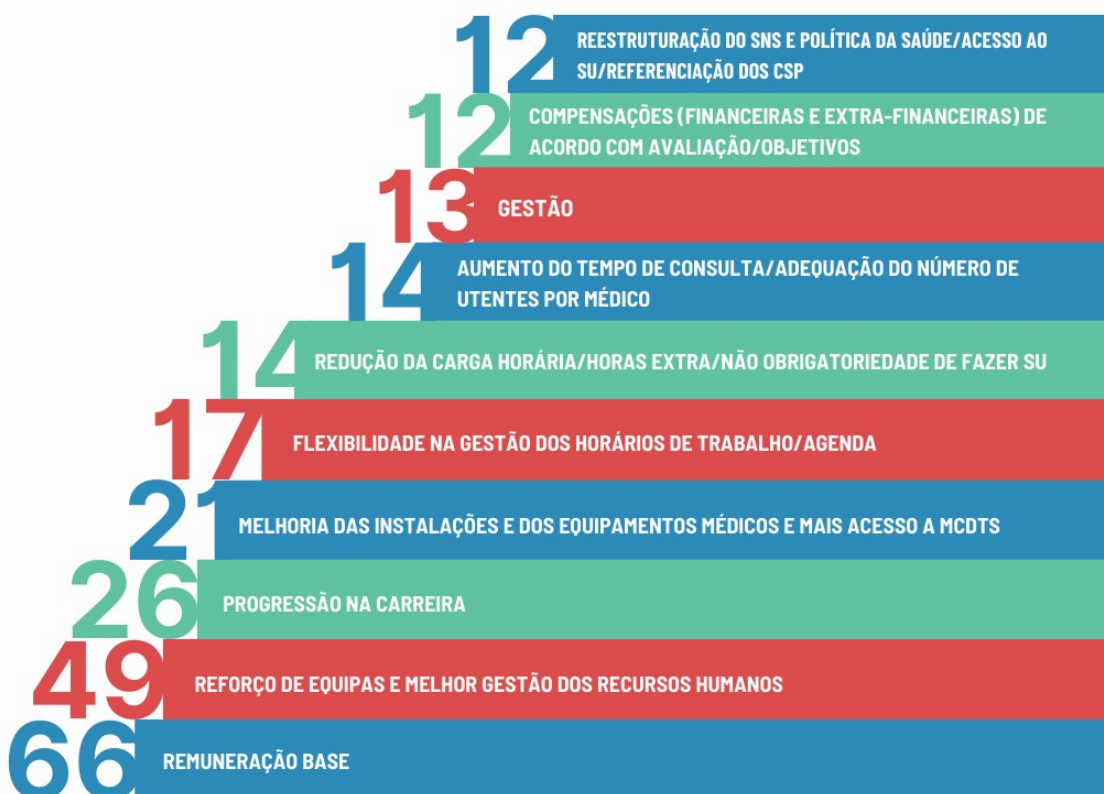


Figura 2 – Principais alterações a implementar no setor público.

Relatório do inquérito realizado às direções dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos (Coordenadores: Dalila Veiga - presidente do CNPG, Carlos Mendonça - presidente do CNMI)

A estrutura e organização das provas de Avaliação Final do Internato Médico têm sido objeto de grande reflexão e debate no seio da Ordem dos Médicos (OM).

Na Reunião Geral de Colégios da OM, realizada a 23 de abril de 2021, foi sugerida a criação de um breve questionário sobre a modalidade mais adequada para a Avaliação Final e a sua interdependência com os concursos de colocação de médicos especialistas.

Pretendia-se aferir a opinião de maior consenso junto dos Colégios de Especialidade e, deste modo, contribuir para otimizar um processo importante na vida de todos os médicos.

Esse questionário foi desenvolvido pelo CNPG (Anexo 1) e distribuído pelo Senhor Bastonário a todos os Colégios de Especialidade. Até ao passado dia 1 de Agosto foram rececionadas 40 respostas. Não foram recebidas as respostas de 8 Colégios.

Os resultados encontram-se descritos no Anexo 2. Após consideração destes contributos, o Conselho Nacional da Pós-Graduação (CNPG) vem agora apresentar sumariamente a sua posição relativamente aos temas em apreço, alicerçada também nas posições maioritárias expressas pelos Colégios de Especialidade.

Concursos de Admissão de Especialistas

Contextualização

A admissão de pessoal médico à categoria de assistente no SNS é feita mediante um regime especial plasmado no Decreto-Lei n.º 46/2020, de 24 de julho.

Este diploma prevê duas formas de concurso:

- a) uma de âmbito nacional, da responsabilidade da ACSS, que para efeitos de ordenação de candidatos, contabiliza somente a nota da classificação final de internato médico;
- b) e outra de âmbito regional, da responsabilidade da respetiva ARS, apenas para especialidades hospitalares, em que a ordenação resulta da média ponderada de 60% da nota da classificação final do internato médico e 40% de avaliação curricular (tendo como referência um perfil de exigências profissionais específicas do posto de trabalho a ocupar, previamente definido).

Como sabemos, com exceção do concurso aberto em maio de 2019, todos os concursos para colocação de assistentes têm recorrido ao procedimento descrito na alínea a), atendendo apenas à nota da classificação final de internato médico.

Esta situação tem conduzido a uma progressiva e inextricável ligação entre a avaliação (final) do internato e a sua ulterior utilização para os concursos de recrutamento, o que em várias especialidades tem resultado numa marcada inflação de classificações e desvirtuamento do próprio processo de avaliação.

Resultados apurados

Da audição feita aos Colégios resulta a conclusão muito clara da necessidade de fazer corresponder os concursos às expectativas de candidatos e instituições, e promover o envolvimento dos Serviços e seus Diretores na admissão de médicos especialistas. É praticamente unânime a ideia que, de alguma forma, sejam tidas em conta as

necessidades específicas e os objetivos estratégicos de cada serviço/instituição na escolha dos seus profissionais. Como tal, uma mera ordenação das classificações finais de internato, apesar de ser uma forma expedita de colocar especialistas, não será a mais adequada para responder aos desafios que o SNS enfrenta.

Este desígnio poderia ser obtido através da combinação da nota de classificação final de internato com uma avaliação curricular específica para um determinado perfil de características técnicas e profissionais desejadas pela instituição, mediante uma grelha previamente definida e publicitada atempadamente. Alguns colégios sugerem inclusivamente a possibilidade de introdução de uma entrevista, com peso minoritário na ponderação na classificação final dos candidatos.

É também sublinhada a insuficiência dos atuais concursos de mobilidade, tendo vários colégios avançado com a hipótese destes concursos serem abertos a especialistas já colocados, sem necessidade de desvinculação prévia.

Por último, e para evitar arbitrariedades excessivas no processo de seleção de candidatos, surgiu também a ideia da criação de uma lista de perfis pré-determinados para a especialidade em causa, podendo cada instituição solicitar vagas baseadas exclusivamente nos perfis existentes (p. e. os perfis a) Ginecologia/Obstetrícia Geral, b) Ginecologia Geral, c) Obstetrícia Geral, d) Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal, e) Medicina da Reprodução, f) Oncologia Ginecológica, g) Uro-Ginecologia, h) Ecografia Obstétrica Diferenciada, para a especialidade de Ginecologia/Obstetrícia).

Relativamente à responsabilidade de abertura e abrangência dos concursos, parece existir pouco consenso entre Colégios, com alguns a preferirem concursos abertos por cada instituição, privilegiando a autonomia na escolha dos seus profissionais, e outros a privilegiar concursos de âmbito nacional, com maior equidade e transparência no acesso. A este respeito, é importante considerar a carga burocrática e administrativa: 1) para os candidatos, que seria muito considerável caso se tivessem de desdobrar em múltiplos concursos institucionais, e 2) para os júris, que, em concursos de âmbito nacional com avaliação curricular para perfis específicos, provavelmente não seriam capazes de dar resposta em tempo útil. Assim, eventualmente uma solução intermédia (concursos da responsabilidade de cada ARS, com um júri regional para cada especialidade, atendendo aos perfis solicitados por cada instituição) talvez fosse a mais equilibrada, quer em termos administrativos, quer na agilidade e rapidez de colocação de especialistas que, como sabemos, é também um fator relevante para evitar a saída do SNS.

Conclusões/Recomendações

Em suma, em relação a este tópico, existe transversalmente um descontentamento com a atual forma de admissão de assistentes no SNS, sendo necessário que a OM articule com as estruturas sindicais e com o Ministério da Saúde as melhores soluções para este problema, cujas repercussões se têm feito notar na avaliação final do internato médico. Apesar das vagas de perfil permitirem alguma autonomia às instituições de saúde na escolha dos seus quadros e, assim, as dotar de melhores condições para prosseguirem a sua Missão, é importante recordar que o internato médico pretende proporcionar uma formação completa, abrangente e geral numa determinada especialidade, ao invés de promover uma grande diferenciação (quase ao nível de uma subespecialidade) em determinadas áreas técnicas dessa especialidade médica. Assim, um recurso exagerado a vagas com perfil para recrutamento de recém-especialistas pode subverter um pouco o processo de escolhas, impedindo que médicos que tenham terminado o seu internato em hospitais menos diferenciados possam sequer almejar ocupar lugares em hospitais

centrais. Por outro lado, é igualmente duvidoso que necessidades muito específicas de hospitais altamente diferenciados (cirurgia oncológica complexa, técnicas endovasculares avançadas, suporte vital com ECMO, acompanhamento de doenças raras, etc.) possam ser atendidas por recém-especialistas, ao invés de outros colegas com maior experiência profissional adquirida enquanto especialistas.

Desta forma, parece-nos que parte da solução passaria por:

- Existir uma definição prévia de perfis técnico-profissionais específicos, nas especialidades em que tal se justifique, que serviriam para nortear os pedidos de vagas das instituições que o pretendessem, evitando uma elevada discricionariedade na definição de perfis por cada instituição;
- Nas especialidades em que tal se justifique, abrir concursos (provavelmente de âmbito regional) para vagas com perfil, necessariamente restritas, devidamente justificadas face às Redes de Referência existentes, e representando uma pequena proporção do total de vagas, com grelhas de classificação que incorporassem a nota final de internato e avaliação curricular dirigida para o preenchimento das exigências técnicas impostas pelo perfil em causa (eventualmente complementadas com entrevista);
- Assim que estes concursos fossem concluídos, abrir concursos para vagas sem perfil específico, com ordenação unicamente pela nota final de classificação de internato, tal como decorrem atualmente, para tentar garantir que se consegue fixar o máximo de especialistas possível no SNS;
- Dinamizar os concursos de mobilidade, que devem ser abertos com maior periodicidade, e incidir sobretudo nestes concursos a vertente das vagas com perfil diferenciado, dado que se reportam a candidatos com maior experiência profissional e, conseqüentemente, com maior probabilidade de conseguirem responder a necessidades muito específicas e de curto prazo das instituições que pretendam cuidados mais diferenciados.

Avaliação Final de Internato Médico

No que diz respeito à avaliação final do Internato Médico, grande parte do desconforto manifestado pelos Colégios nas últimas Reuniões Gerais prende-se com a recente e progressiva inflação de classificações, que não é alheia à utilização que está a ser dada a essas classificações (critério único de colocação de assistentes no SNS), e que não corresponde à finalidade primária destas provas (aferir a capacidade do candidato para ter o título de especialista).

Em resposta a este fenómeno, alguns colégios têm comunicado a sua vontade em que a classificação do Internato Médico fosse somente expressa qualitativamente (apto ou não apto, por exemplo), nalguns casos por convicção de que essa seria a melhor forma de atender aos reais objetivos de uma avaliação final de internato, e noutros casos como uma forma de tentar evitar que classificações quantitativas pudessem ser usadas como critério único de ordenação de candidatos aos posteriores concursos de recrutamento de assistentes. Assim, foi importante tentar fazer esta distinção no questionário endereçado aos Colégios.

Verificou-se que, na verdade, a maioria dos Colégios (n=22) continua a privilegiar uma classificação final quantitativa no internato, defendendo que a mesma é a única capaz de motivar os médicos internos a superar-se durante o seu internato e de conferir dignidade ao esforço diário que estes empregam na sua formação especializada durante 4 a 6 anos, entendendo que uma classificação meramente qualitativa não seria capaz de diferenciar a qualidade dos internos e poderia ser um fator de “niveleção por baixo”.

Dos 17 Colégios que manifestaram a intenção oposta (classificação qualitativa), 6 deles reconhecem que esta modalidade seria apenas uma forma de “contornar” as limitações impostas pelos atuais concursos de colocação de especialistas, sendo de esperar que, se esses problemas fossem resolvidos, continuariam a preferir, por princípio, uma classificação quantitativa para o internato.

No domínio da classificação qualitativa, as opiniões dividem-se entre uma classificação (quase) dicotómica entre Apto e Não Apto (e Apto com distinção), ou uma escala que permitisse mais alguma diferenciação dos médicos internos, incluindo várias classes como Suficiente, Bom, Muito Bom.

Constituição do Júri da Avaliação Final

No que diz respeito a este item, é opinião largamente maioritária de que a constituição atual dos júris é inadequada e/ou insuficiente.

A manter-se uma constituição apenas com 3 elementos, entende-se que, além do Presidente do Júri, deveriam ser nomeados pela OM 2 elementos efetivos e externos à instituição, com o Orientador de Formação (OF) a poder estar presente no júri (para contextualizar e justificar as opções formativas tomadas durante o percurso do seu orientando), mas não participando na classificação. De qualquer forma, a opção preferencial seria a do retorno a júris com 5 elementos (1 ou 2 da própria instituição e 2 ou 3 nomeados pela OM, acrescido do OF), apesar das dificuldades logísticas que tal poderia acarretar.

Exame teórico escrito da Avaliação Final

Relativamente à modalidade de exame teórico a utilizar na avaliação final, constatamos que pelo menos 26 Colégios ponderam/pretendem implementar este exame na sua forma escrita, a maioria destes (n=17) por convicção de que esta seria a forma mais objetiva, equitativa e credível de avaliar os candidatos, e alguns (n=9) por acreditarem que esta é a única forma justa de se conseguir diferenciar finamente as classificações que estão a ser posteriormente utilizadas para os concursos de admissão de especialistas no SNS.

Apenas 7 Colégios (20% das respostas) entende que a forma oral continua a ser a que melhor responde aos propósitos da avaliação.

Na interpretação destes resultados há que ter em conta, contudo, que vários Colégios optaram pela modalidade de exame escrito com recurso aos exames europeus, algo que a OM já previamente determinara como não sendo aceitável, por determinar uma transferência de responsabilidades na atribuição do título de especialista para entidades que não a Ordem dos Médicos Portuguesa, abdicando dessa forma de uma das suas prerrogativas estatutárias e legais que se consideram inalienáveis.

Se, ainda assim, perante a impossibilidade de recurso aos exames europeus, um número tão significativo de Colégios persistir na sua intenção de transitar para um modelo de exame teórico escrito, o CNPG é da opinião que se deve formar na OM um núcleo de apoio à elaboração de tais provas, com o contributo da experiência prévia já acumulada (quer do Gabinete da PNA, quer de outros Colégios, como o da MGF, que já o realizam), de forma a proporcionar formação adequada para a construção de testes com qualidade e fiabilidade. É igualmente necessário que exista pressão por parte da OM para que a ACSS garanta todo o suporte logístico inerente à realização deste tipo de testes (desde

possibilidade de informatização dos mesmos, até dispensas laborais para a elaboração de perguntas, etc.).

Logbook de apoio à Prova de Discussão Curricular

No que concerne a este tópico, é de salientar apenas que uma extensa maioria dos Colégios (n=31; 77% das respostas) tem intenção de recorrer a um instrumento desta natureza, não só pela sua utilidade na avaliação dos internos, mas também como uma ferramenta complementar na avaliação da idoneidade e qualidade formativa dos vários serviços.

O seu preenchimento digital, obrigatório, e com a possibilidade de inclusão e validação das notas dos estágios da avaliação contínua, foram as preferências maioritárias por parte dos Colégios.

Não obstante, foi, entretanto, criado pelo CN um Grupo de Trabalho para se dedicar mais exaustivamente à exploração da possibilidade de disponibilização desta solução tecnológica para os médicos internos e Colégios de Especialidade, pelo que o CNPG acredita que caberá a esse Grupo de Trabalho pronunciar-se mais detalhadamente sobre o assunto, podendo para isso utilizar estes dados como uma base de trabalho.

Recentemente, no seio da Ordem dos Médicos, têm vindo a ser sugeridas várias alterações quer na estrutura, quer na organização das provas de Avaliação Final do Internato Médico, nem sempre consensuais.

Na última Reunião Geral de Colégios da Ordem dos Médicos, realizada a 23 de abril de 2021, foi sugerida a criação de um questionário breve sobre a modalidade mais adequada para a Avaliação Final e a sua interdependência com os concursos de colocação de médicos especialistas.

Pretende-se então aferir a opinião de maior consenso junto dos Colégios de Especialidade e, deste modo, contribuir para melhorar um processo importante na vida de todos os médicos. Com esse objetivo, foi pedido aos colégios da especialidade para responderem a um questionário sobre a Avaliação Final do Internato Médico.

Até ao dia 1 de agosto, obtiveram-se 40 respostas elegíveis, 8 colégios não responderam. As

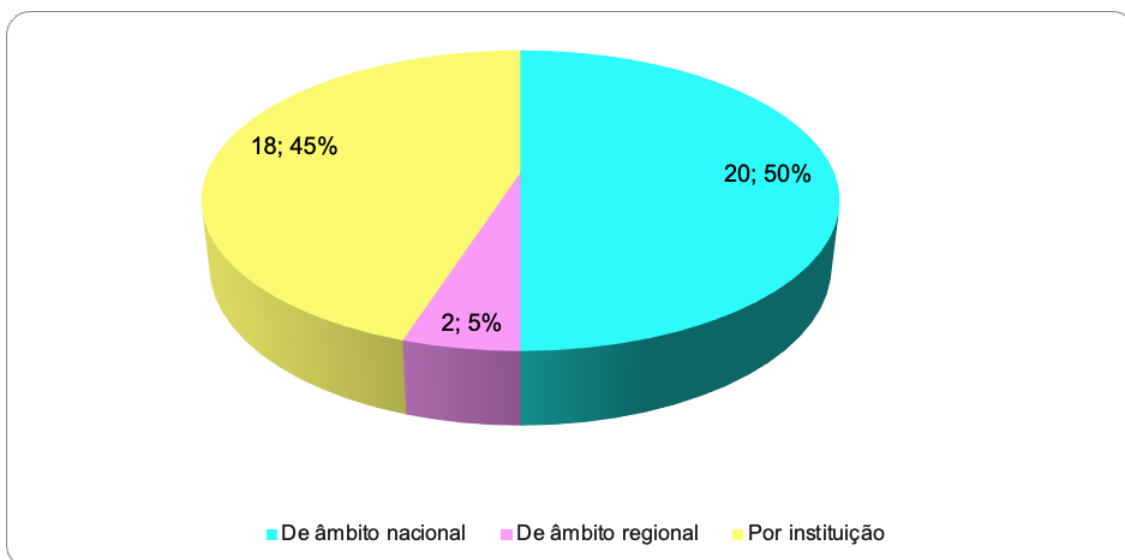
40 respostas elegíveis consideradas referem-se às especialidades de:

Anatomia Patológica	Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética
Angiologia e Cirurgia Vascular	Cirurgia Torácica
Cardiologia	Dermatovenereologia
Cirurgia Geral	Doenças Infeciosas
Cirurgia Cardiorádica	Endocrinologia-Nutrição
Cirurgia Maxilo-facial	Estomatologia
Cirurgia Pediátrica	Gastrenterologia

Ginecologia e Obstetrícia
Imuno-hemoterapia
Imunoalergologia
Medicina Desportiva
Medicina Física e de Reabilitação
Medicina Intensiva
Medicina Interna
Medicina Legal
MGF
Nefrologia
Neurocirurgia
Neurologia
Neurorradiologia
Oftalmologia
Oncologia Médica
Ortopedia
Otorrinolaringologia
Patologia Clínica
Pediatria
Psiquiatria
Psiquiatria da Infância e Adolescência
Radiologia
Radioncologia
Reumatologia
Saúde Pública
Urologia

De seguida, apresenta-se o resumo das respostas a cada questão colocada.

1. Os concursos de colocação de médicos especialistas no SNS deveriam ser:



Comentários:

Dos colégios que selecionaram “Por instituição”

Anatomia Patológica - Cada instituição tem necessidades específicas e estratégias de desenvolvimento próprias, de acordo a sua missão.

Cardiologia - Admissão por instituição sendo abertas vagas nas instituições da região em função das carências de preenchimento dos seus quadros que devem ser públicos.

Cirurgia Geral - Na m. opinião só assim se poderá promover uma desejável harmonização de "culturas" e um intercâmbio entre as várias sensibilidades nacionais.

Dermatovenereologia - É fundamental que os Serviços tenham autonomia para seleccionar os candidatos com perfil que melhor respondem às necessidades da Instituição.

MFR - Serviços com realidades diferentes requerem especialistas de perfis profissionais distintos.

Neurologia - Cada instituição sabe o perfil do médico que lhe convém.

Otorrinolaringologia - A direção do colégio considera que deverão ser as instituições a abrir os concursos de acordo com as suas necessidades e objetivos. É um modo de valorizar os serviços e os médicos seus diretores no processo de colocação de assistentes hospitalares.

Ortopedia - Os Serviços deverão ter autonomia para selecionar os elementos que os integram.

Patologia Clínica - O número de vagas que ficam por preencher, seja logo no momento de cada concurso, seja, mais tarde, por abandono, mostra como o sistema atual não resolve as assimetrias.

Urologia - As instituições deverão ter autonomia nesta área

Dos colégios que selecionaram “De âmbito nacional”

Endocrinologia e Nutrição: O concurso deverá ser de âmbito nacional embora seja de considerar a possibilidade de existir concursos institucionais com “perfil” devidamente justificados em casos especiais. Deveriam ser incentivados os concursos de mobilidade (periodicidade, no mínimo, anual).

Estomatologia - Os concursos dispersos pelo País obrigam a uma grande perda de tempo e esforço de candidatos e múltiplos júris.

Ginecologia / Obstetrícia - 1 - O mapa de vagas deverá ser expectável porque é previsível o número de vagas a abrir por hospital. 2- As vagas deverão abrir por um dos perfis indicados na resposta seguinte. Cada Especialista só pode concorrer para um perfil em cada instituição.

Neurorradiologia – Resposta: nacional com vaga de perfil. Os concursos deveriam estar abertos não só a recém especialistas, mas a qualquer especialista mesmo que vinculado.

Pediatria - Todos os candidatos devem poder concorrer a todas as vagas disponíveis num único processo, em vez de numerosas candidaturas institucionais ou regionais

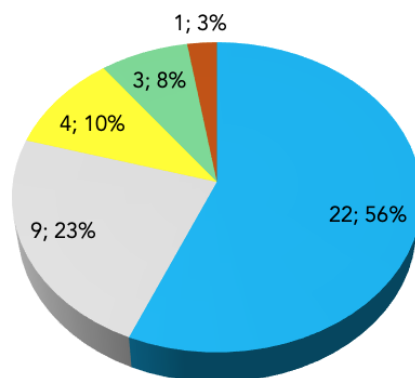
Radiologia – Resposta: Nacional, mas com especificidades por instituição. Caso não seja possível então por instituição. É importante que vagas com especificidades semelhantes entrem em lista nacional, permitindo aos melhores classificados escolherem primeiro. No entanto é mais importante prever e permitir especificidades das vagas em cada instituição. Para além deste aspeto era fundamental que se por mútuo acordo acionado no ano anterior a completar o internato um interno e o seu serviço formativo pudessem fazer contrato após o exame de final da especialidade sem entrar no concurso. Isto permite moldar melhor o interno as necessidades do serviço, nomeadamente por mútuo acordo no que respeita a áreas de diferenciação e assim ajudar os serviços a terem alguém com o perfil que necessitam e que já conhecem.

Reumatologia - Salvaguardando que a determinação de abertura de vagas tenha um carácter nacional, tentando respeitar a prossecução de cumprimento da Rede de Referência Hospitalar da Especialidade.

Dos colégios que selecionaram “De âmbito regional”

Oncologia Médica - Um júri nacional pode não ser capaz de avaliar corretamente todos os CVs.

2. A seriação efetuada nos concursos supracitados deveria ser baseada:



- Na combinação de avaliação curricular e classificação final de internato
- Outras
- Exclusivamente na avaliação curricular dos candidatos
- Classificação final, avaliação curricular e entrevista
- Exclusivamente na nota de classificação final de internato

Nota: o colégio de Angiologia e Cirurgia Vascular não respondeu

Outras:

Cardiologia: Na avaliação curricular (incluindo a nota final do internato), em função do perfil de especialista de que o serviço necessita.

Ginecologia/ Obstetrícia: As vagas devem ser abertas por perfil e o primeiro critério de escolha deverá ser a escolha do candidato atendendo ao perfil, aceitando-se EXCLUSIVAMENTE como perfis a Ginecologia-Obstetrícia Geral, A Ginecologia Geral, A Obstetrícia Geral, A Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal, A medicina da Reprodução, a Oncologia Ginecológica e a Uro-Ginecologia e a Ecografia Obstétrica Diferenciada; 2- Em caso de empate, desempate pela nota de fim de internato; 3- se persistir o empate, entrevista pelo diretor do serviço

Imuno-hemoterapia: Avaliação Curricular com grelha definida pelo Júri e a possibilidade de qualquer médico especialista já colocado noutra hospital, poder concorrer. Deveria ser salvaguardado um tempo mínimo de 1-3 anos na primeira colocação para se poder concorrer, mas não deveria haver esse impedimento, que é o que na prática está a acontecer atualmente.

Medicina Interna: Via alternativa que não dependa (apenas) das classificações do Internato de Formação Específica

MFR: Nas especificidades das necessidades dos serviços, combinadas com os currículos, que já incluem classificações

Ortopedia: Avaliação curricular e entrevista

Psiquiatria: Nota de classificação final do internato (70%) + Prova final teórica (30%)

Radioncologia Baseada no perfil de competências e no perfil da vaga.

Reumatologia: Na combinação de avaliação curricular e classificação final de internato com grelha de avaliação e decisão da Instituição

Comentários:

Colégios que selecionaram “Na combinação de avaliação curricular e classificação final de internato”

Anatomia Patológica – Existe legislação própria que regula o recrutamento para a posição de assistente e a qual contempla esta opção. Basta aplicar.

Cirurgia Pediátrica - Possibilidade de “entrevista” para avaliação da adequação do perfil do candidato naquela instituição

Endocrinologia e Nutrição: Combinação de classificação final de internato e avaliação curricular (incluindo entrevista com os candidatos, obrigatoriamente nos concursos institucionais com “perfil” e desejável nos concursos de âmbito nacional)

Estomatologia - A nota de classificação final do internato já engloba a nota de avaliação curricular (até esse momento). Não seria, pois, muito razoável que esse mesmo CV fosse de novo avaliado por um outro júri, numa incompreensível redundância.... Aliás, esse problema só se coloca de maneira importante quando o concurso engloba colegas cujo concurso de classificação final de internato já aconteceu há tempo suficiente para que o seu CV se tenha alterado substancialmente. De facto, esses casos, e por uma questão de justiça, deveriam ser acautelados o que poderia ser feito introduzindo uma avaliação curricular desse tempo extra com um peso não superior a 20% (por exemplo para candidatos com até 5 anos de especialista) ou até 40% (nos restantes) e a que o candidato se candidatasse como opção, podendo, no entanto, concorrer apenas com a nota de final de internato. Muito mais importante seria, isso sim, permitir aos candidatos que já estão colocados noutros Centros Hospitalares / Centros de Saúde que concorressem livremente a estas vagas sem terem que desistir previamente do seu posto de trabalho no SNS! Essa luta deveria ser travada pela Ordem dos Médicos pois hoje não temos verdadeiros concursos de mobilidade pela extrema escassez de vagas que lhes são alocadas, e pasme-se, só para algumas especialidades. É frequente ver-se colegas durante décadas, “amarrados à força” a um Serviço, onde não são apreciados nem lhes são dadas oportunidades de diferenciação e que poderiam ser muito mais úteis ao SNS, noutros Serviços.

Imunoalergologia: Deveriam ser consideradas necessidades específicas do serviço que abre vagas. Teria de ser definido quem faria a avaliação curricular: júri nacional ou júri do serviço que abre vaga. Avaliação curricular com base em grelha com critérios e ponderação previamente conhecidos pelos candidatos.

Neurorradiologia - Realizar a avaliação curricular quantificada por critérios objetivos, a par de uma entrevista ao candidato.

Otorrinolaringologia - É nossa opinião que o exame final da especialidade tem carácter quantitativo irrefutável que deverá ser associado a uma avaliação curricular de acordo com especificações pré-definidas.

Colégios que optaram por “Combinação de avaliação curricular, classificação final de internato e entrevista”

Cirurgia Geral - E importante o Júri de cada instituição conhecer (ou ter uma ideia pessoal) o/a candidato/a e é importante cada binómio concorrer à instituição, à região, ao Serviço que mais lhe interessar.

Pediatria – Resposta: Combinação de avaliação curricular e final de internato, eventualmente aferida por entrevista de limitado valor na classificação final. Vagas com necessidades específicas poderiam ter entrevista de aferição e proposta de objetivos a atingir com o seu preenchimento, por forma a conferir transparência e responsabilização na escolha.

Urologia - Os Serviços deverão ter autonomia e responsabilidade na escolha da equipa

Outros

Angiologia e Cirurgia Vasculiar - Entrevista com critérios previamente definidos e classificação final do Internato

Cardiologia - As direções dos serviços devem ter a possibilidade de constituir as suas equipas, sendo, naturalmente, julgadas pelos resultados obtidos em consequência das suas escolhas. Estes contratos deveriam ter um prazo de 3 a 5 anos.

MFR - Somos a favor da abolição do modelo de classificação atual, defendendo a sua substituição por APTO e Não APTO

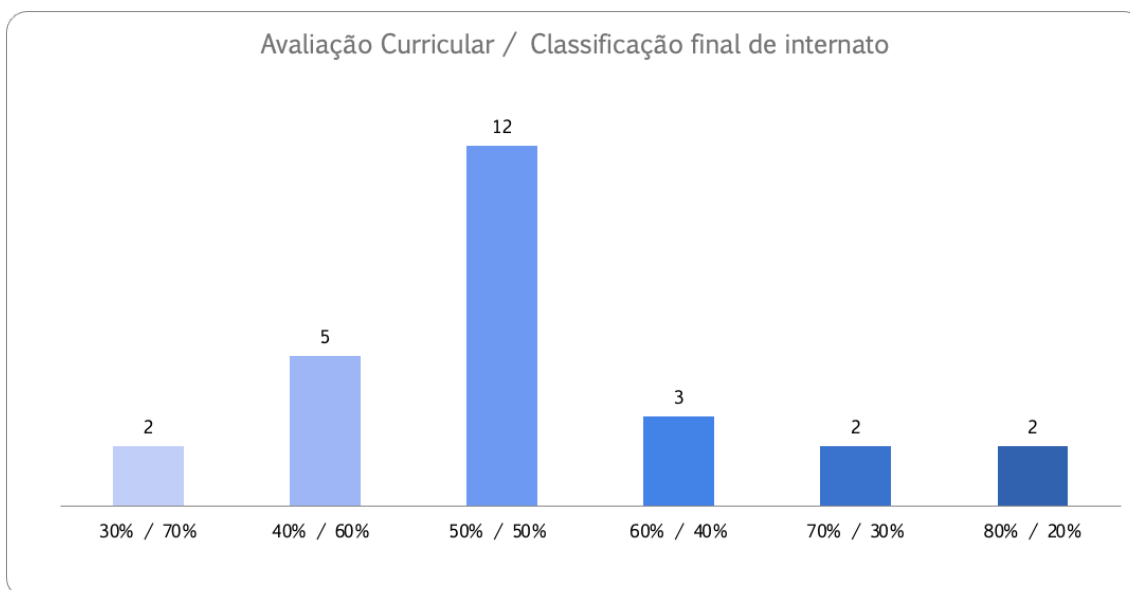
Medicina Interna - Devera ser nota combinada, entre a avaliação curricular

Psiquiatria: Fazer da avaliação final um momento qualitativo, para certificar aptidões e o título de especialista. Não impender sobre cada júri a responsabilidade de as notas conferidas, a comparar com as de múltiplos outros júris, decidirem a seriação que a ACSS tanto deseja.

Ortopedia - A nota final de classificação final do internato não deverá ser usada como critério de seleção. A avaliação curricular só por si é insuficiente pelo que deverá ser acompanhada de entrevista.

Radioncologia - Sugere-se mudança no sistema de classificação final (qualitativa).

2.1. Proporção em que deverá ser a combinação da avaliação curricular e a classificação final de internato:



Comentários

Colégios que **não optaram por “combinação de avaliação curricular com nota final de internato”**

Angiologia e Cirurgia Vascular: 40%/60%

Cardiologia: 70% / 30%

Ginecologia e Obstetrícia: A atual

Medicina Física e de Reabilitação: Somos a favor de prova curricular, prática e teórica, mas com a classificação de APTO e não APTO

Medicina Interna: Integral e de acordo com o perfil e experiência do candidato. Sendo adeptos da avaliação qualitativa, não faz sentido, para o CEMI, estabelecer proporções

Ortopedia: Avaliação curricular: Parcial + entrevista; Nota final de internato: Zero

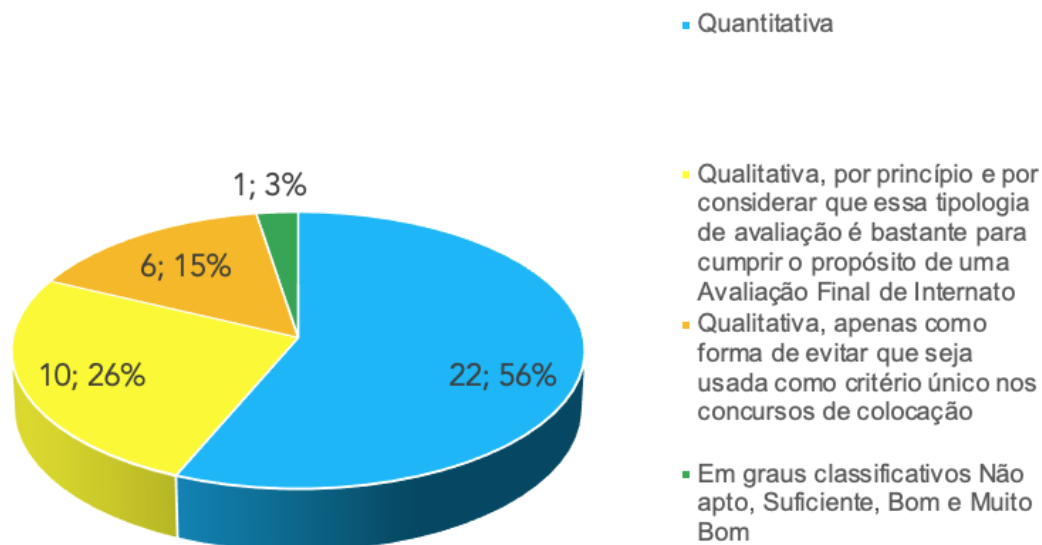
Radioncologia A manter-se o modelo atual: 70% Avaliação curricular; 30% Classificação final de internato.

Colégios que optaram por “combinação de avaliação curricular com nota final de internato”

Estomatologia: Na avaliação curricular: 0% / 20% / 40% ver resposta anterior (opção do candidato) e na Classificação final do internato: 100% / 80% / 60% ver resposta anterior (opção do candidato) Nota: ver observações de Estomatologia no ponto anterior

Radiologia: na proporção atual do exame final

3. A Avaliação Final de Internato deve ser:



Nota: o colégio de Ginecologia não respondeu

Comentários:

Colégios que optaram por “Quantitativa”

Anatomia Patológica - A seriação é parte integral do processo de avaliação durante todo o percurso formativo e profissional. Deve ser mantida.

Angiologia e Cirurgia Vascular – A classificação deve ser quantitativa, mas o método de avaliação necessita de transformações

Estomatologia - A classificação da Avaliação Final do Internato deve manter-se quantitativa para manter a credibilidade das provas e o interesse dos candidatos em superar-se. Nenhum tipo de avaliação qualitativa poderá substituir cabalmente essa modalidade. A Ordem dos Médicos deve pensar muito bem se quer ter médicos “suficientes” ou se quer ter quase todos os médicos com a classificação de “muito bom”, o que poderia contribuir para descredibilizar ainda mais estes exames e a classe.

Nefrologia - Uma classificação apenas qualitativa desvalorizará a avaliação final do internato.

Otorrinolaringologia - Somos da opinião de que o resultado da avaliação final deverá ser quantitativo numa escala de 0 a 20. Também consideramos fundamental que se acabe

com a classificação quantitativa da avaliação contínua, e se modifique para: APTO admitido a exame e NÃO APTO não admitido a exame

Patologia Clínica - A ausência de avaliação quantitativa é um fator desmotivador e nivelador "por baixo".

Radiologia - O exame final e a avaliação na nossa especialidade decorre muito bem.

Colégios que optaram por “Qualitativa, por princípio e por considerar que essa tipologia de avaliação é bastante para cumprir o propósito de uma Avaliação Final de Internato”

Cardiologia - A avaliação final do internato serve basicamente para confirmar se o médico tem capacidades para ser especialista daquela área clínica.

MGF - O que nos interessa enquanto sociedade é ter a certeza de que um médico apresenta um conjunto de competências numa determinada área do conhecimento, podendo confiar nele como especialista. Não interessa tanto se tem 19,1 ou 19,2 de média. Do ponto de vista da Ordem, interessa assegurar esse conjunto de competências o que pode perfeitamente ser feito em termos de aptidão para o exercício da especialidade / especialista

Colégios que optaram por “Qualitativa, apenas como forma de evitar que seja usada como critério único nos concursos de colocação”

Cirurgia Geral - Podendo ser qualitativa, mas subdividida

Urologia - Só deverá ser quantitativa se avaliação escrita, objetiva e igual para todos

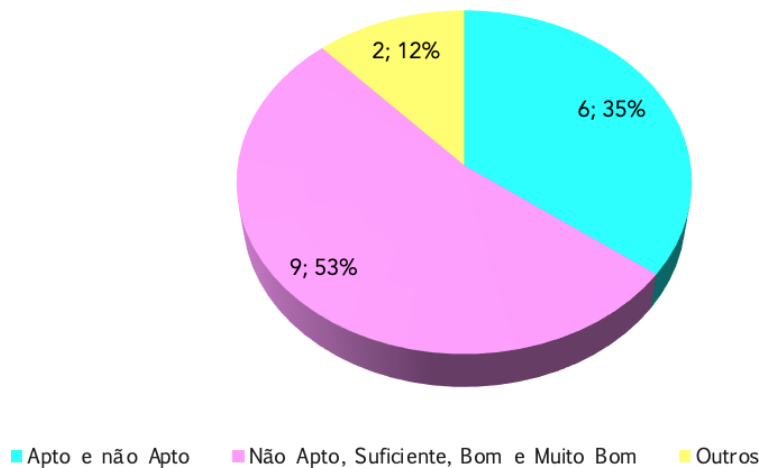
Outros

Ginecologia e Obstetrícia - Se não for possível a nossa proposta, poderá fazer sentido a "Qualitativa, apenas como forma de evitar que seja usada como critério único nos concursos de colocação"

Pediatria: A classificação qualitativa torna os "regulares" iguais aos "bons. O uso inadequado da classificação para concursos é um assunto separado.

3.1 - Se optou por qualitativa: Qual a modalidade que julga mais adequada?

Na questão 3 responderam qualitativa = 17



Outros:

- Não apto, apto, apto com distinção

Comentários:

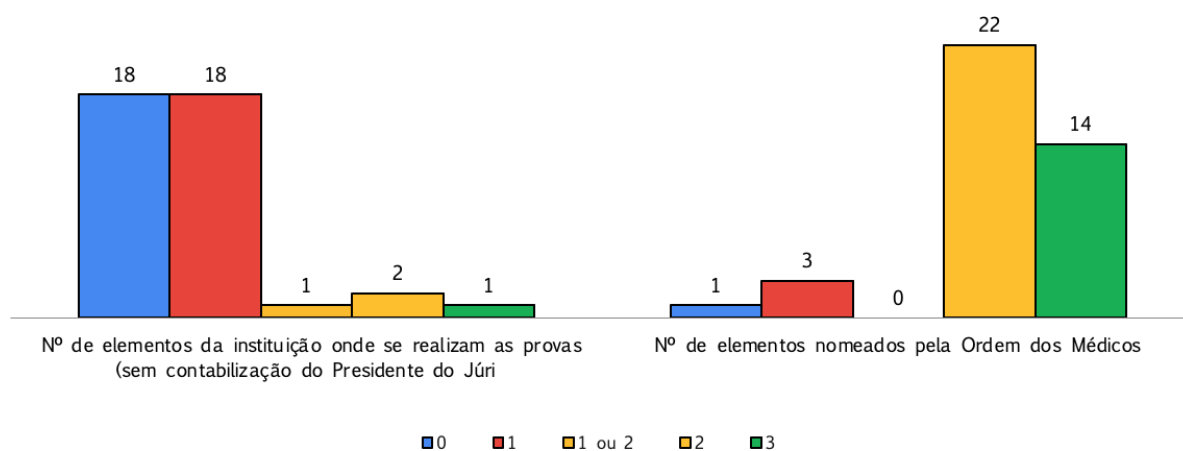
Cardiologia - A classificação em 3 graus é mais motivadora para a realização de investigação clínica e publicação de artigos.

Ginecologia / Obstetrícia – VER RESPOSTA ANTERIOR. Se for necessária a avaliação qualitativa (apenas como meio de evitar os concursos exclusivamente por nota) optaríamos por "Não apto, Suficiente, Bom e Muito Bom".

Imuno-hemoterapia - Tal como acontecia nos concursos de graduação em chefe de serviço, haveria uma nota por trás da avaliação qualitativa, que poderia ser levada em conta como um indicador. em colocação posterior, mas não seria o critério de colocação

Reumatologia - Deixando que a diferenciação dos Especialistas dependa da sua qualidade curricular.

4.1 - Qual a composição que considera desejável para o Júri da Avaliação Final do Internato (sem contabilizar suplentes)?



Comentários:

Anatomia Patológica – O Presidente do Júri deve desempenhar um papel organizador e moderador. Os vogais devem ser os principais agentes da avaliação.

Angiologia e Cirurgia Vasculares – Deve manter-se a presença do orientador de formação

Cirurgia Geral – Tentando harmonizar Norte/Centro/Sul/Ilhas com o pragmático de encontrar pessoas em número suficiente para a realização das Provas

Cirurgia Maxilo-facial - a resposta à 1ª alínea da 4.1 teria que ser baseada no conhecimento de quantos elementos comporiam o júri (3,4 ou 5). Não esquecer que o 1º suplente é do Serviço. Assim, só no caso em que o júri tivesse 5 elementos eventualmente se poderia incluir um 2º elemento desse serviço para além do diretor. Em geral esta direção considera que seria razoável um júri de 4 elementos, sem outro elemento do Serviço do Diretor, incluindo o tutor, sem poder atribuir classificação, mas podendo participar ativamente. No entanto, se se mantiverem 3 elementos incluindo o tutor, este teria que ser votante.

Endocrinologia e Nutrição - Júri constituído por 3 elementos (Presidente e 2 vogais designados pelo Colégio) Designação do serviço onde se vai realizar a prova deverá ser pelo Colégio e não pela ACSS

Estomatologia - Os júris devem voltar a ser compostos por 5 jurados, incluindo o presidente do júri e o orientador de formação. A participação do orientador no exame final faz com que o internato daquele interno seja necessariamente mais rico, pois um orientador que está no exame também se sente “avaliado” nesse mesmo exame, e procurará, durante o internato, que o seu interno tenha as melhores oportunidades formativas. É dos livros!

Imunohemoterapia - o júri teria 5 elementos: Presidente, orientador e 3 elementos nomeados pela Ordem

Medicina Interna - Presumindo uma avaliação qualitativa e a não participação do Orientador

MFR – Em alternativa 1 elemento do hospital e 2 indicados pela ordem

Neurocirurgia – Total de elementos 5, incluindo o orientador de formação

Neurologia – E o orientador

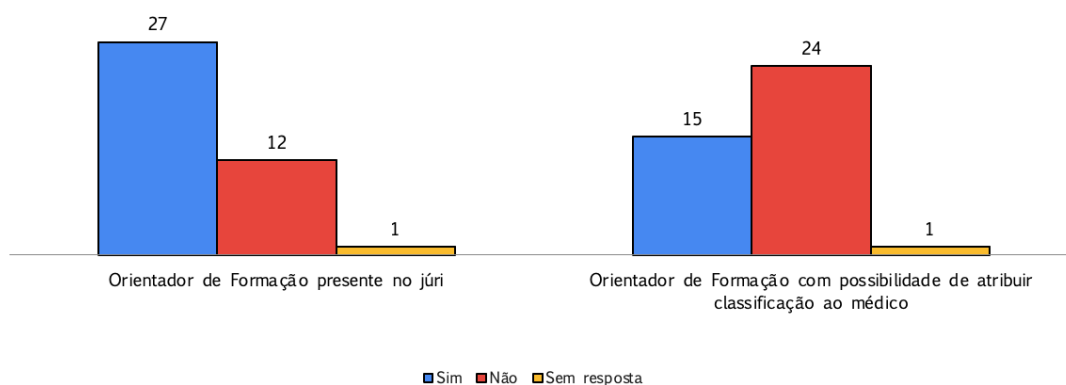
Otorrinolaringologia - Os júris de 5 elementos são mais equilibrados e mais justos

Radiologia – Muitos dos locais onde decorrem exames a experiência na realização dos mesmos é insuficiente, pelo que maior número de pessoas indicadas pelo colégio iria facilitar o processo

Reumatologia - 1 elemento da Instituição (extra Presidente) + 2 elementos nomeados pela Ordem

Saúde Pública – 1 presidente de júri e 2 elementos da OM, o orientador de formação deverá estar presente durante toda a prova como observador representante do candidato e como elemento esclarecedor de questões que possam surgir, mas sem peso na fase final da avaliação.

4.2 - Qual a composição que considera desejável para o Júri da Avaliação Final do Internato?



Comentários:

Anatomia Patológica – A presença do Orientador deverá servir para assegurar que as estratégias de formação de cada serviço são ativamente justificadas em caso de necessidade, e como forma de verificação da imparcialidade e justiça da prova. Não ser avaliador ativo nem contribuir para a classificação final.

Cardiologia – A carta do diretor do serviço e do orientador de formação parecem suficientes para apresentar e "defender" o candidato.

Cirurgia Cardiotorácica - O papel do orientador de formação será o de contextualizar eventuais falhas curriculares atribuíveis ao serviço e não ao interno.

Cirurgia Geral – A classificação do Orientador de Formação já foi dada na Avaliação Contínua. Mas pode "defender" o seu formando no Júri.

Cirurgia Maxilo-Facial - A resposta "não" da alínea 2 do 4.2, refere-se a júris com 4 ou 5 elementos. Se o júri só tiver 3 elementos incluindo o tutor que terá que poder atribuir classificação (situação vigente)

Estomatologia - A participação do orientador no exame final faz com que o internato daquele interno seja necessariamente mais rico, pois um orientador que está no exame também se sente "avaliado" nesse mesmo exame, e procurará, durante o internato, que o seu interno tenha as melhores oportunidades formativas. É dos livros!

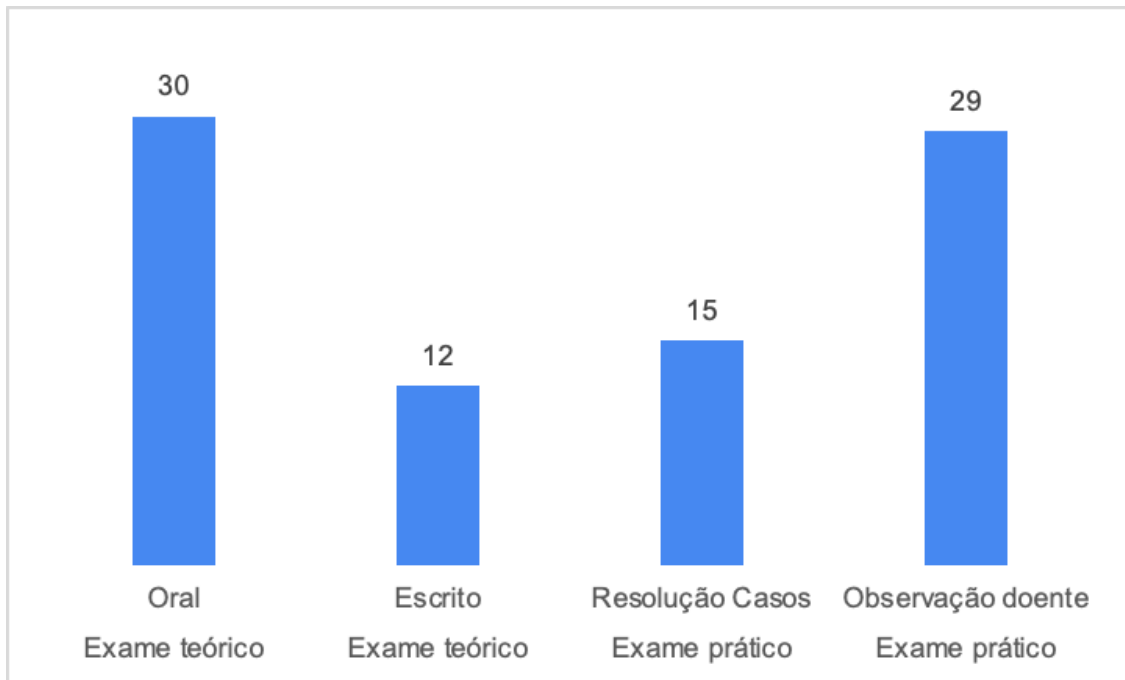
MFR – Não se pode ser Juiz em causa própria. Admitimos como útil a presença do orientador no exame, mas sem integrar o júri.

Otorrinolaringologia – O objetivo do exame final é de atribuição de uma competência profissional que a Ordem corrobora com a sua presença nos júris. O objetivo não é obter uma lista para colocação de médicos no SNS. Assim um júri de 5 elementos independentes é seguramente mais justo que o atual modelo.

Pediatria – Há um evidente conflito de interesse do orientador na avaliação e classificação do "seu" interno.

Reumatologia – Orientador presente no Júri, mas sem atribuir classificação.

5 - Excluindo alterações pontuais decorrentes da pandemia, a avaliação final da especialidade a que V. Ex.^a pertence efetua-se tradicionalmente segundo o modelo:



Notas: Cirurgia Torácica, Cirurgia Cardiorádica e Radiologia assinalaram exame teórico oral e exame teórico escrito. Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Nefrologia e Oncologia Médica assinalaram exame prático com resolução de casos e exame prático com observação doente.

Comentários:

Cardiologia – Gostaríamos de trocar a prova teórica oral que tem sido feita pelo exame teórico realizado anualmente pela Sociedade Europeia de Cardiologia por ser muito bem elaborado, poder ser igual para todos os candidatos e não estar dependente dos diferentes júris na sua formulação nem valorização.

MFR – O cutt-off do teste não seria necessariamente na nota 10 (numa escala de 0 a 20) mas antes na percentagem indicada por métodos científicos de análise estatística, ao nível nacional.

Nefrologia – O exame prático deveria ser com observação de doente, mas mais simplificado do que o atual, complementado com a resolução de casos.

Otorrinolaringologia – Este é o modelo que tem sido seguido, no entanto se não houver alterações à metodologia dos exames finais ponderamos a introdução de prova teórica escrita para, pelo menos haver uma prova igual para todos os candidatos.

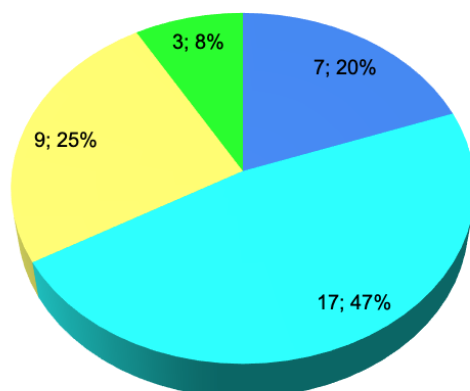
Patologia Clínica - Presumindo sempre a avaliação do percurso curricular ao longo do internato.

Radiologia – Discussão curricular com pequenas questões teóricas no contexto da discussão CV + prova pratica com casos longos e curtos + teste escrito de escolha múltipla

Radioncologia - Pretende-se evoluir para exame prático com resolução de casos.

Saúde Pública – Para o exame teórico escrito a prova deverá ser a mesma para todos os candidatos dessa época

5.1 - Se não é realizado exame teórico escrito, é intenção do Colégio de Especialidade transitar para essa possibilidade?



- Não, pretende-se manter o modelo oral, por se considerar que configura um modelo adequado aos propósitos da avaliação
- Sim, independentemente da forma de ordenação utilizada nos concursos de colocação de especialistas
- Sim, mas apenas pela necessidade de maior diferenciação das classificações que são posteriormente usadas nos concursos de colocação de especialistas
- Outras

Outras:

Cirurgia Cardiorádica: Pretende acabar com o escrito; Ortopedia vai introduzir exame escrito em 2022.

Comentários:

Colégios que optaram por “Sim, independentemente da forma de ordenação utilizada nos concursos de colocação de especialistas”

Cardiologia – Exame realizado a nível europeu, promovido pela sociedade europeia de cardiologia

Doenças Infeciosas – Prova escrita única simultânea para todos os júris.

Estomatologia – Parece-nos que uma prova objetiva feita em simultâneo a todos os candidatos dessa época de exames, realizada após serem conhecidas as notas da avaliação curricular e prática, tornará os exames mais objetivos, e dar-lhes-á maior credibilidade, pois impedirá na prática os “arranjos” de notas e as notas “estratosféricas” e permitirá seriar os candidatos, resolvendo simultaneamente o problema de credibilização das classificações, pois deixarão de estar tão encostadas à direita.

Otorrinolaringologia – Desconhecendo os tramites para introdução de prova escrita, consideramos uma boa solução para uma avaliação teórica dado o carácter universal da avaliação.

Colégios que optaram por “Sim, mas apenas pela necessidade de maior diferenciação das classificações que são posteriormente usadas nos concursos de colocação de especialistas”

Angiologia e Cirurgia Vasculiar – É necessário definir o modelo de exame escrito e quem o realiza

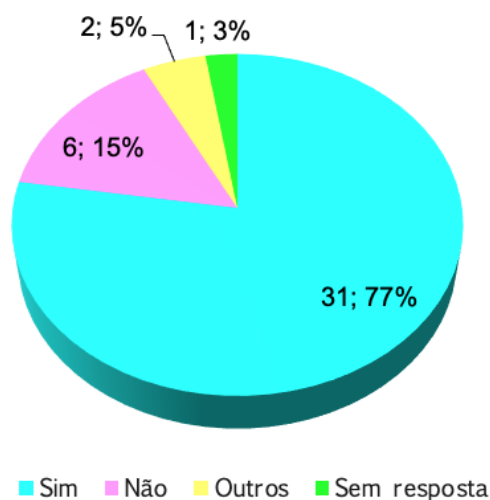
Colégios que optaram por “Não, pretende-se manter o modelo oral, por se considerar que configura um modelo adequado aos propósitos da avaliação”

Anatomia Patológica – Embora um exame teórico escrito possa permitir maior homogeneidade de critérios entre júris da mesma época de exames e de épocas de exame distintas, a sua elaboração e validação é uma tarefa árdua e não exequível nas condições atuais da nossa Especialidade. Implicaria um período de dedicação em exclusivo a esta tarefa que não é compaginável com as responsabilidades profissionais atuais.

Outros

Saúde Pública – Já é realizada prova escrita nacional para saúde pública com resultados bastantes satisfatórios.

6 - O Colégio de Especialidade tem intenção de incluir um Logbook (ou documento análogo) como ferramenta de apoio à avaliação no Programa de Formação?



Outros (2):

Pediatria: É desejável, especialmente no que respeita a competências técnicas e instrumentais.

Patologia Clínica: Não foi formalmente discutido, mas será a tendência

Comentários:

Colégios que optaram por “Sim”

Estomatologia – É um assunto que não está fechado, que nos parece importante e que agendaremos para discussão e trabalho futuro dentro da Direção do Colégio. Parece-nos, no entanto, que poderá ser uma mais-valia para a uniformização dos internatos embora sejam previsíveis algumas dificuldades na sua implementação prática.

Ginecologia / Obstetrícia – Estamos há vários meses à espera que a Ordem se pronuncie sobre um Logbook eletrónico já validado por nós.

Neurologia – Já tem, mas está em atualização. Neste momento.

Otorrinolaringologia – A introdução do Logbook, de acordo com a proposta pela sessão ORL da UEMS tem sido aconselhado aos formadores, como ferramenta de apoio e monitorização da formação.

Radiologia – Já existe algo do género, sendo necessário documentar o número de exames realizados em cada estágio

Radioncologia - O logbook precisa ser instrumento abdicável e com ordenamento jurídico definido.

Saúde Pública – Já existe para a Saúde Pública, em papel

Colégios que optaram por “Não”

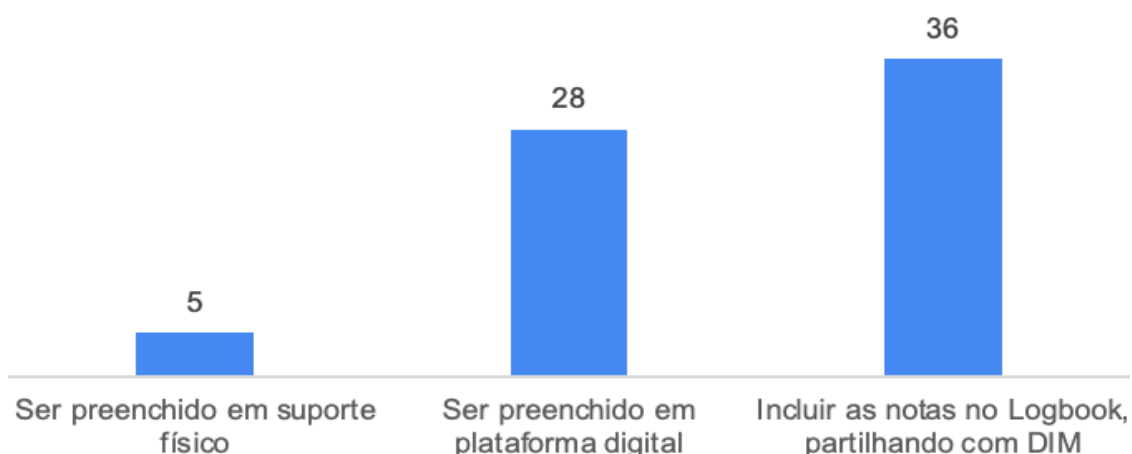
Anatomia Patológica – O modelo de CV para efeitos de exame final da Especialidade de Anatomia Patológica (que aguarda decisão superior há mais de 1 ano) inclui registo pormenorizado do tipo de atividades mencionadas no logbook. Na prática, os relatórios de atividades anuais vão refletindo essa prática e o seu somatório resulta no CV final.

Outros

Angiologia e Cirurgia Vasculiar – É necessário estudar o assunto

Pediatria – A criação dum logbook foi proposta à OM em 2017 pela Gastreenterologia Pediátrica, mas não recebeu apoio.

6.1 - O Logbook deveria (selecionar todas as aplicáveis):



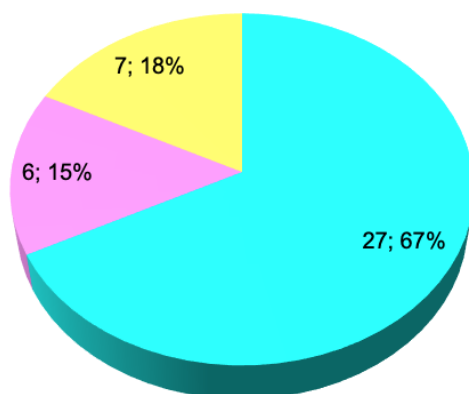
Notas:

Dado o tamanho da frase e de modo a se conseguir ler no gráfico, a mesma foi abreviada. Frase completa: Incluir a formalização das notas da avaliação contínua no próprio Logbook, partilhando o acesso ao mesmo, para o efeito e para validação de dados, com as Coordenações/Direções de Internato, Direções de Serviço e Orientadores de Formação

Os colégios de Medicina Legal e Saúde Pública escolheram em simultâneo suporte físico e plataforma digital; os colégios de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, Dermatovenereologia, Gastrenterologia, Neurologia, Ortopedia e

Radioncologia não escolheram nenhuma das opções de suporte físico ou plataforma digital, mas defenderam que as notas deveriam ser incluídas no logbook e partilhadas com DIM.

6.2 - No caso de disponibilização de plataforma digital, construída para o efeito, por parte da Ordem dos Médicos, considera que:



- O uso da plataforma deve ser obrigatório
- O uso da plataforma deve ser facultativo, desde que o médico interno apresente Logbook que cumpra o formato e requisitos definidos
- Sem resposta

Comentários:

Colégios que optaram por “O uso da plataforma deve ser obrigatório”

Cirurgia Geral - Convém que a plataforma funcione exemplarmente- esteja sempre disponível, seja intuitiva e rápida, respeite a Proteção de Dados Privados.

Estomatologia – Seria uma transformação no sentido positivo pois agilizaria um sem número de procedimentos burocráticos que hoje retardam muito a tramitação processual dos internatos.

Patologia Clínica – Para que a utilização do logbook seja efetiva, teremos de prever penalizações para quem não o utilize.

Pediatria – A criação duma plataforma nacional de registo e monitorização contínua do percurso formativo, respeito pela capacidade formativa de cada serviço e classificação de forma uniforme é essencial.

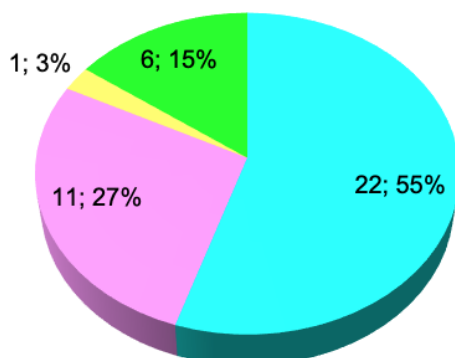
Colégios que optaram por “O uso da plataforma deve ser facultativo, desde que o médico interno apresente Logbook que cumpra o formato e requisitos definidos”

Radioncologia - Opinião não vinculativa.

Outros

Otorrinolaringologia – O Logbook deverá ser documento escrito que servirá de suporte ao curriculum para catos contabilizáveis na formação específica.

6.3. Como idealiza que o Logbook seja incluído na Prova de Discussão Curricular:



■ Como um documento maioritariamente quantitativo, anexo ao tradicional Curriculum Vitae (com as devidas adaptações que o expurguem da repetição de dados)

■ Como um documento misto, incorporando quer os dados de natureza quantitativa quer as próprias reflexões críticas do médico interno, que substitua por completo o tradicional Curriculum Vitae

■ Outra

■ Sem resposta

Comentários:

Colégios que optaram por “Como um documento maioritariamente quantitativo, anexo ao tradicional Curriculum Vitae”

Endocrinologia - Pouco sensato pretender, logo no início, substituir por completo o tradicional Curriculum Vitae. A prazo, se se verificar que funciona bem poderá ser encarada essa hipótese

Otorrinolaringologia – A apresentação do curriculum como modo de explanar como decorreu a formação, suportada por um Logbook parece-nos o melhor modo de resumir o período de formação específica.

Patologia Clínica - O logbook permitirá registar a progressão, incluindo avaliações parcelares, complementando o tradicional CV (que deve ser melhorado).

Colégios que optaram por “Como um documento misto, incorporando quer os dados de natureza quantitativa quer as próprias reflexões críticas do médico interno, que substitua por completo o tradicional Curriculum Vitae”

Ginecologia / Obstetrícia – Não estou certo de que seja esta a posição da direção do Colégio ou se a resposta será a primeira hipótese.

QUARTA PARTE

Saúde em mudança (análise e recomendações) – Miguel Guimarães

1. Enquadramento

O relatório das Carreiras Médicas, aprovado em Assembleia Geral da Ordem dos Médicos em 17 de Junho de 1961, constituiu um documento essencial que permitiu desenvolver as bases do serviço público de saúde e garantir cuidados de saúde organizados e qualificados a todos os cidadãos, independentemente do seu nível económico ou social. O seu relator, João Pedro Miller Guerra, fará sempre parte da nossa memória como o líder de um grupo de médicos visionários que definiram a missão mais nobre para a Saúde no nosso país.

Desde 1982 as Carreiras Médicas negociadas com o Ministério da Saúde e os Sindicatos Médicos, permitiram plasmar na legislação um conjunto de regras e princípios que se revelaram estruturantes para o sucesso do SNS, com implicações positivas para a organização dos cuidados de saúde e para a defesa da dignidade e dos direitos dos doentes e dos médicos.

A Carreira Médica, alicerçada na existência de concursos públicos, tem sido essencial no desenvolvimento técnico e científico dos médicos que trabalham no SNS, e constitui um requisito e estímulo para um percurso de diferenciação profissional, marcado por etapas exigentes, com avaliação interpares e reconhecimento institucional. Permitiu o desenvolvimento de um sistema de especialização e formação pós-graduada de sucessivas gerações de médicos, com repercussões comprovadas na qualidade dos cuidados de saúde e refletidos em vários indicadores de saúde populacionais, como, tem sido evidenciado pelos relatórios anuais da OCDE.

É amplamente reconhecido e documentado o valor insubstituível da Carreira Médica na qualidade da formação médica especializada e na capacidade de resposta assistencial. No entanto, apesar da evolução positiva verificada nos últimos anos ao nível da investigação e formação médica contínua, ainda existe um caminho considerável a percorrer.

A aplicação prática da Carreira Médica, com respeito pelos seus princípios fundadores, constitui a salvaguarda da estabilidade profissional e dos direitos e deveres dos médicos. É um património da nossa Saúde que deve ser preservado e acarinhado.

Mas, desde há vários anos que a Carreira Médica tem sido adulterada por incumprimento, com particular incidência nos anos mais recentes.

As consequências resultantes da contenção da despesa no sector da saúde estão bem documentadas nos relatórios de alguns estudos e inquéritos realizados desde 2015 até ao momento presente.

Todos apontam, com mais ou menos gravidade, para uma degradação significativa das condições de trabalho associada a várias insuficiências e deficiências no SNS, com

reflexos negativos na prática médica, na formação e na qualidade dos cuidados de saúde. As consequências diretas para os profissionais de saúde e para os doentes ainda estão a ser detalhadamente avaliadas, como é o caso da elevada incidência de síndrome de burnout, sofrimento ético ou de violência no local de trabalho contra médicos e profissionais de saúde.

O estudo da socióloga Marianela Ferreira [1], envolvendo médicos entre os 55 e os 65 anos, demonstrou que 99.1% admitia continuar a trabalhar pelo apreço do exercício da atividade e que 78,1% manifestava vontade de prolongar a sua atividade profissional. Um sinal de boa esperança.

Mas, a verdade dos factos é preocupante e deixa algumas pistas para os desafios que temos de enfrentar.

Desde 2011, milhares de médicos optaram pela aposentação antecipada. Centenas optaram por emigrar. Outros tantos optaram por trabalhar apenas no sector privado. Dados publicados em 2011 pela Federação Europeia de Médicos Assalariados (FEMS) [2] mostraram que Portugal é um dos países da Europa em que os médicos têm salários mais baixos. De resto, a despesa pública com a Saúde (orçamento de Estado) representou, em 2015, apenas 5,9% do PIB.

O que mudou então para que, desde 2011, tantos médicos tenham decidido trabalhar fora do SNS?

A desqualificação e a forma como muitos médicos foram e são tratados pela tutela, o degradar das condições de trabalho, o aumento da pressão na relação médico-doente, os sucessivos cortes salariais, a imposição de sistemas informáticos disfuncionais, o excesso de burocracia no trabalho habitual dos médicos, o aumento dos casos de violência contra médicos e profissionais de saúde, as constantes transformações legislativas no que respeita ao acesso à aposentação e o incumprimento na aplicação prática e transparente da Carreira Médica, nomeadamente no que aos concursos diz respeito, ajudam a explicar a maioria daquelas decisões.

Hoje os desafios principais centram-se no investimento na saúde e nas pessoas. Nesta medida, a valorização plena da Carreira Médica pode, mais uma vez, constituir o motor da mudança necessária.

Uma Carreira que sirva os interesses dos doentes e dos médicos. Que contribua para diminuir o erro em saúde, nos sectores público e privado. Centrada na qualidade e no mérito, sem excluir a capacidade de liderança e de gestão.

Em que a prestação de provas públicas (concursos) seja regular, atempada e transparente, permitindo a progressão profissional sem atrasos e atropelos, em todas as etapas existentes, com observâncias das posições remuneratórias nas categorias.

Em que os graus de qualificação sejam equivalentes em número às categorias profissionais. A progressão na Carreira não deve estar apenas dependente da existência de vagas (acesso a categorias) mas da qualidade do currículo demonstrada em provas públicas.

Em que as condições de trabalho sejam especificamente salvaguardadas e consagradas, de acordo com a legislação existente ou a produzir. Em que seja possível optar por um regime de dedicação permanente ou exclusiva, devidamente remunerado. Em que os conflitos de interesse sejam eliminados e as incompatibilidades objetivamente determinadas. Em que o mérito e a transparência sejam devidamente consagrados para acesso a cargos de direção. Em que seja objetivamente possível garantir a humanização da medicina, a formação médica nas suas diferentes facetas, o ensino médico, a investigação, o acesso a inovação terapêutica e tecnológica, e o desenvolvimento profissional contínuo.

Em que exista equidade na aplicação das regras definidas e em que as dúvidas que possam subsistir sejam esclarecidas de forma clara.

O futuro do SNS depende, assim, do reforço e vitalidade da Carreira Médica.

[1] Ferreira, M. (2015). "SAIR BEM – Médicos e Enfermeiros nos Trajetos Finais das Suas Vidas Profissionais. Vialonga: Coisas de Ler Edições. Formação. Saúde e Bem-estar, Lda.


[2] Reginato, E. & Grosso, R. (2011). "European Hospital Doctor' Salaries. FEMS.

2. Desafios e oportunidades

Os grandes desafios que se colocam hoje ao sistema de saúde como um todo, e em especial, ao SNS, decorrem de um conjunto de fatores que são críticos para a nossa capacidade de resposta integrada às necessidades em saúde dos cidadãos residentes em Portugal.

O custo dos cuidados de saúde constitui um desafio importante, um primeiro desafio transversal à maioria dos países, que merece a nossa atenção e para o qual é necessário encontrar soluções internas e externas, com base na cooperação nacional e internacional, que possam minimizar o seu impacto, sem colocar em causa a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

A demografia constitui um segundo desafio, centrado na inversão da pirâmide demográfica, em que o envelhecimento populacional em geral e a baixa taxa de natalidade, atingem níveis preocupantes, em especial em alguns países europeus, como é caso de Itália e de Portugal. Nesta perspetiva, as soluções nacionais, têm de ser equacionadas com base nos princípios fundadores da nossa democracia e do nosso SNS, numa relação de proximidade entre a Saúde e a Segurança Social, com uma aposta clara num Instituto Público Nacional, devidamente financiado e independente, para a promoção da saúde, a prevenção da doença e a educação / literacia em saúde e utilização correta do sistema de saúde. Tal Instituto deveria integrar e envolver professores, arquitetos, engenheiros, médicos e outros profissionais de saúde e de



outras áreas conexas. Nesta matéria, as autarquias têm um papel essencial e a descentralização de competências na área da saúde pode ser um contributo importante para a nossa capacidade de estar mais próximo e cuidar das pessoas mais frágeis e combater as fortes desigualdades sociais em saúde que não param de crescer.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade e em tempo clinicamente aceitável (utilizando a definição do Ministério da Saúde, cumprindo os tempos máximos de resposta garantidos) constitui um terceiro desafio, de importância crucial para a qualidade e sobrevivência das pessoas. Na verdade, a resposta a este desafio não tem sido eficiente, quer devido à elevada pressão colocada pelos desafios anteriores, quer devido ao estigma dos últimos anos em abrir as portas a uma cooperação efetiva, regulada e devidamente fiscalizada, entre o setor público e os setores privado e social.

A variação na prática clínica constitui um quarto desafio que nos coloca problemas adicionais na forma como planeamos, organizamos e executamos os cuidados de saúde, em diferentes níveis de atendimento. Este desafio, de mais fácil resolução, não sendo particularmente impactante em Portugal, não deixa de ser preocupante e motivo para uma intervenção no sentido de normalizar processos e procedimentos, fundamentais para o sucesso de várias medidas na área da saúde.

O ineficiente uso de informação, o quinto desafio, constitui um sério problema na gestão adequada do percurso do doente no SNS e no sistema de saúde. Na verdade, o acesso a informação, incluindo exames complementares de diagnóstico e terapêutica, de uma forma global no sistema de saúde, continua a não ser uma realidade. A principal transformação digital, com benefícios muito importantes para os doentes, para os médicos e para a sociedade, continua por fazer. O processo clínico único constitui uma medida essencial para melhorar a qualidade da saúde dos nossos doentes, evitar desperdícios e potenciais complicações, e gerar uma poupança para as pessoas e para o Estado. Vale sempre a pena recordar que legalmente os titulares dos processos clínicos, incluindo exames realizados, são os doentes.

Sexto desafio, os cuidados fragmentados versus cuidados integrados. Este desafio, que afeta todos os setores da saúde, coloca-nos sérios problemas na organização do trabalho e no planeamento da estratégia de oferta e continuidade de cuidados. A cooperação entre diferentes instituições, serviços e nível de cuidados para assegurar de forma segura e rápida os cuidados de saúde aos cidadãos, é essencial na medida em que permite otimizar recursos e garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados. Esta cooperação necessita de uma coordenação nacional e regional, capaz de gerar eficiência dentro do SNS e do sistema de saúde caso seja necessário. Por outro lado, o trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional, devidamente liderado e coordenado, contribui para combater o desperdício e melhorar os indicadores de qualidade. Nesta

matéria a liderança e governação clínicas são essenciais para o sucesso dos sistemas de saúde e o concomitante benefício dos doentes. De resto, já existe evidência científica suficiente que mostra de forma clara que os resultados da gestão de topo protagonizada por médicos, com competência específica na área da gestão, são em média superiores aqueles que dependem exclusivamente dos administradores de carreira.

A duplicação, medicina defensiva e desperdício, constituem um problema grave em muitos sistemas de saúde, por diversos motivos, que resultam numa ineficiência significativa no que diz respeito à qualidade da gestão e dos cuidados de saúde. Esta situação, mais frequente nos sistemas de saúde em que a pressão externa é excessiva, resulta invariavelmente num nível de desperdício elevado, com todas as consequências negativas que daí advêm. Este sétimo desafio afeta de forma significativa o nosso SNS mas também o setor privado da saúde. As medidas que permitem fazer frente a este desafio passam por mais literacia/educação em saúde, por uma justiça mais equilibrada e em que a prudência seja o valor de referência, por uma formação de excelência, por condições de trabalho dignas e de qualidade, pela existência de equipas experientes e devidamente coordenadas e, sobretudo, pela existência do tempo adequado para a relação médico-doente.

O oitavo desafio reside no atraso deliberado na adoção da inovação. A inovação terapêutica e tecnológica permite-nos cuidar e tratar melhor dos nossos doentes. Em alguns casos, não existem sequer outras alternativas terapêuticas. Os médicos, na sua atividade clínica diária, querem sempre atuar de acordo com as boas práticas médicas (como de resto é recomendado pelo seu Código de Ética e Deontologia Médica), oferecendo aos seus doentes as terapêuticas mais adequadas à sua situação clínica, tendo em conta um conjunto de indicadores, que validam a qualidade de vida e a relação custo/benefício. Infelizmente, muitas vezes, tais terapêuticas não estão disponíveis, ou a sua disponibilidade tem atrasos inaceitáveis para o caso clínico em questão. Por outro lado, muitos médicos preferem trabalhar em unidades de saúde em que o acesso a investigação e inovação é reconhecido como uma prioridade pelas administrações das unidades de saúde. O que leva a que muitos médicos optem por trabalhar fora do SNS, por encontrarem melhores condições globais de trabalho. Este desafio envolve assim duas dimensões. Em primeiro lugar os doentes, que acabam por não ter acesso aos tratamentos mais eficazes e com melhores resultados para a sua situação clínica. Em segundo lugar os médicos, que se sentem frustrados por não conseguirem tratar os seus doentes de acordo com a evidência científica e as melhores práticas clínicas. Uma situação fácil de resolver se existir boa vontade política, bom senso e boa capacidade de negociação.

A estes grandes desafios juntam-se questões específicas (desafios internos) que afetam neste momento o nosso SNS, sendo que algumas delas são também transversais aos sistemas de saúde europeus.

O grande desafio interno, que se coloca aos políticos (e, em especial, ao Governo e à Assembleia da República) mas também às organizações de saúde e parceiros sociais, incluindo as Câmaras Municipais, reside em conquistar a confiança e renovar a esperança dos doentes, dos médicos e dos profissionais de saúde numa política de saúde que seja consistente, objetiva e compreensível para todos os cidadãos e para quem cuida de todos nós.

É deste grande desafio interno, centrado no tronco constituído pela Carreira Médica e pelo capital humano, desenvolvido mais à frente, que se ramificam um conjunto de oportunidades essenciais para modernizar o SNS e o sistema de saúde português.

Nesta perspetiva, em que os desafios se cruzam com as oportunidades, deixamos algumas propostas que consideramos nucleares para recuperar e transformar o SNS e a sua adequada cooperação com os setores privado e social.

3. Recomendações

- **Prioridade central para recuperar e transformar o SNS, devolvendo a motivação e confiança aos médicos e profissionais de saúde**

Respeitar e dignificar os médicos e a profissão médica. Fazer o mesmo com as outras profissões da saúde. Envolver os médicos nas decisões sobre o sistema de saúde. Reforçar e ampliar a importância da liderança médica, da governação clínica e do trabalho em equipa.

Valorizar o trabalho, a formação e a investigação dos médicos, através da carreira médica, com salários justos de acordo com a intensa formação no ensino superior, conhecimento, responsabilidade e competências. Ter como base de trabalho a carreira dos magistrados.

Concursos públicos bianuais para todas as categorias (assistente, assistente graduado, assistente graduado sénior) c/ progressão na carreira e respetivas posições remuneratórias.

Criação de verdadeiros pacotes de incentivos globais para trabalhar nas zonas mais carenciadas e desfavorecidas. O estímulo de um novo Serviço Médico à Periferia no

momento atual, só é possível se forem implementadas as condições adequadas para que tal possa acontecer. Vale sempre a pena recordar que hoje a competição é muito grande. Não é apenas em Portugal, dentro do SNS ou fora do SNS, mas também na União Europeia, onde a livre circulação de profissionais e as condições jurídicas gerais, decorrentes das diretivas europeias, nos colocam numa situação delicada. Acresce que os jovens têm uma visão global do mundo através da língua inglesa, das redes sociais e da internet, das plataformas móveis, dos contactos permanentes, das viagens low-cost ou do euro, a que se junta também a progressiva perda da consistência dos núcleos familiares. Desta forma, para que Portugal não fique desertificado na saúde e noutras áreas, é preciso agir já e implementar medidas globais que incluam a família, a educação, a habitação, o trabalho da família, a redução de impostos, o apoio à formação e investigação, um salário reforçado, progressão na carreira mais rápida e outras medidas de âmbito regional e local que possam contribuir para reforçar a preferência dos médicos e outros profissionais pelas zonas mais carenciadas e desfavorecidas.

- Criar linha verde de apoio a médicos e profissionais de saúde para prevenção e tratamento de burnout, sofrimento ético e violência física e/ou psíquica.

- Melhorar as condições de trabalho dos médicos e dos profissionais de saúde.

- Consagrar a profissão médica como profissão de risco e desgaste rápido.

- Garantir apoio a formação médica nas áreas científica, gestão, organização, estratégia e liderança.

- Apoiar o desenvolvimento e implementação pela Ordem dos Médicos de programas de fellowships.

- **Modernizar o SNS, torná-lo competitivo**

- Melhorar o acesso, a qualidade e a sustentabilidade do SNS, e centrar os serviços de saúde no doente / cidadão.

- Duplicar o investimento nos pilares do sistema de saúde: literacia e educação em saúde e prevenção da doença.

- Implementar a transição e transformação digital na saúde:

> processo clínico único em Portugal;

> equipar unidades de saúde para garantir telemedicina de qualidade, eficaz, segura e protetiva;

> expandir a medicina a distância e a IA;

> desenvolver vias verdes entre centros de saúde e hospitais.

- Modernizar a administração pública para permitir mais flexibilidade e rapidez na contratação pública e aquisição de equipamentos.

- Mitigar tarefas administrativas e burocráticas ou transferi-las para outros profissionais e simplificar processos e procedimentos informáticos (proposta já apresentada pela Ordem dos Médicos), dando mais tempo aos médicos para exercerem medicina.

- Aumentar o investimento na investigação, inovação e qualidade, e também através de parcerias estratégicas com o setor da defesa e com parceiros institucionais externos.

- Captar ensaios clínicos nacionais e internacionais, com todos os benefícios que podem ter para os doentes, para a economia do país e para a investigação (proposta já apresentada).

- Integrar cuidados de saúde entre hospitais e centros de saúde (vias verdes para doenças graves e comunicação digital entre médicos para evitar circulação desnecessária de doentes).

- Aumentar a capacidade de resposta, integrar e simplificar acesso a cuidados continuados e paliativos.

- Implementar uma reforma hospitalar que inclua uma nova gestão das unidades de saúde, que integre algumas regras do setor privado, centrada na autonomia e flexibilidade de gestão, na governação clínica e na responsabilidade sustentada em orçamentos reais adaptados às necessidades da população de referência. Promover o aumento da atividade em cirurgia ambulatória e cirurgia de um dia. Utilizar ferramentas de gestão modernas e específicas para a gestão crítica e otimizada de blocos operatórios, internamentos, consultas externas e internas, serviço de urgência. Aumentar a taxa de hospitalização domiciliária utilizando também novas ferramentas digitais.

- Reforma do serviço de urgência e emergência médica envolvendo a educação em saúde, o sistema de triagem, o INEM, os hospitais, os cuidados de saúde primários e a gestão crítica de doentes crónicos (através dos médicos gestores do percurso do doente no SNS - médicos de família e de medicina interna). Implementar uma campanha nacional “serviço de urgência seguro” para educar os cidadãos na utilização dos serviços de saúde.

- Completar a reforma da saúde pública, reforçar os meios e equipamentos necessários para que os médicos de saúde pública se centrem na sua missão essencial, libertando estes médicos de tarefas paralelas que os impedem de exercer a sua atividade em pleno. Desenvolver as potencialidades da Medicina do Trabalho (saúde ocupacional).

- Combater o desperdício e as ineficiências na gestão de recursos (através de uma boa governação clínica e ferramentas de gestão específicas).

- Acelerar e adaptar a reforma dos cuidados de saúde primários, libertando os médicos de família de funções burocráticas e administrativas, simplificando processos e procedimentos informáticos, implementando mais USF modelo B e utilizando, transitoriamente ou não, a possibilidade de usar USF modelo C, para que todos os utentes / doentes possam ter acesso a médico e equipa de família.

- Desenvolver a aposta em cuidados de saúde e medicamentos de proximidade.

- Cooperação mais regulada, fiscalizada e eficaz com os setores privado e social.

- Articulação sólida entre os ministérios da Saúde e da Segurança Social.

- **Financiamento e investimento adequado às necessidades reais dos portugueses, implementar lei de meios e orçamentos plurianuais.**

- Criar um Instituto Público Nacional exclusivamente para a promoção da saúde, prevenção da doença e literacia/educação em saúde também com a missão de educar os cidadãos a utilizar corretamente os serviços de saúde. Tal Instituto deverá ser independente, ter orçamento próprio adequado à sua missão, e ter na sua direção profissionais de diferentes áreas estratégicas que permitam um trabalho coordenado em equipa para alcançar o principal objetivo de termos uma população mais saudável e menos doente. A educação, a arquitetura, a engenharia, a medicina e outras áreas da saúde, as autarquias, o ambiente constituem áreas essenciais que devem estar presentes no desenvolvimento de uma estratégia global, com programas de educação para a saúde, que se inicia nas escolas, continua no ensino politécnico e nas Universidades, envolve as cidades e municípios saudáveis (cidades que caminham e cidades 15 minutos), tem a marca das engenharias incluindo a bioengenharia e as tecnologias de informação, e expande-se a todas as unidades de saúde e a todas as autarquias, tendo como base a proteção do ambiente e das pessoas. O Ministério da Saúde deve ser o responsável pelas políticas públicas de saúde.

- Desenvolvimento de uma cooperação mais eficiente entre os diferentes setores da saúde, com melhor gestão dos dinheiros públicos, políticas integradas de colaboração para garantir o acesso em tempo clinicamente aceitável a cuidados de saúde de qualidade. Esta cooperação, liderada pelo setor público, deve ser claramente regulada e fiscalizada.

- Separação das funções de regulação, financiamento e prestação de cuidados de saúde, através da existência de uma direção executiva do SNS responsável pelo planeamento, organização e prestação de cuidados de saúde, incluindo a cooperação eficiente com os setores social e privado, ficando o Governo, através do Ministério da Saúde e das Finanças e das suas estruturas de apoio, com as funções de regulação, fiscalização e financiamento do SNS. Esta modernização do SNS deve ter como base um conjunto de políticas sustentadas no mérito, na descentralização e na qualidade dos resultados clínicos.

- Criação de um modelo de convenção com os médicos aderentes e com cooperativas de médicos e outros profissionais de saúde, que permita a prestação de serviços para complementar as insuficiências existentes no SNS.

- Orçamento de Estado para a Saúde adequado às necessidades reais dos portugueses, com orçamentos efetivos que permitam às diferentes unidades de saúde hospitalares e de cuidados de saúde primários (ACES), desenvolverem a sua atividade com autonomia, responsabilidade e um novo modelo de gestão, tendo por base objetivos e resultados, respondendo em cada momento às necessidades da população que potencialmente servem. É necessário acabar com o subfinanciamento crónico do SNS.

- Incluir no plano orçamental a existência de orçamentos plurianuais que permitam responder de forma adequada às flutuações que possam acontecer em função de múltiplas variáveis, incluindo ciclos políticos.

- Implementar uma lei de meios para garantir a concretização de atividades consideradas estratégicas, planear e organizar em tempo útil os investimentos considerados essenciais, para aumentar a capacidade de resposta e renovar o parque de equipamentos. Só assim será possível resolver algumas das dificuldades estruturais que atualmente existem.

- **Analisar e estudar o sistema de saúde português e pensar hoje a saúde para 2040**

- Não podemos continuar a ignorar a evolução da ciência e da medicina cujo conhecimento quase triplica a cada dois anos. Por isso, é essencial acompanhar de perto esta evolução e desenvolvimento e analisar e estudar o sistema de saúde português, o seu enquadramento global e as profissões de saúde, de forma a pensar hoje a saúde para 2040. Só assim estaremos devidamente preparados para responder às necessidades dos cidadãos no futuro. Preparar hoje para responder melhor amanhã.

- Nesta tarefa essencial é importante envolver todos os parceiros da saúde. A Ordem dos Médicos já está a fazê-lo. Na verdade, para formar um médico especialista altamente diferenciado são necessários pelo menos 11 a 13 anos só no ensino superior. Em 2040 algumas especialidades irão necessitar de mais médicos, outras de menos médicos, muito provavelmente vão ser necessárias novas especialidades, subespecialidades ou competências. A preparação global e específica dos médicos também terá de ser adaptada à evolução científica e tecnológica, à introdução da inovação e evolução da IA (inteligência artificial), à evolução da qualidade, capacidade e valor da memória que acompanha a verdadeira transformação digital. Mas também terá de ser adaptada à evolução e modernização do sistema de saúde. Nesta evolução, o papel central da ética médica e da bioética, da comunicação, do humanismo, da solidariedade e, em especial, dos princípios e valores da relação médico-doente, têm de ser reforçados e cada vez mais valorizados. Preparar os médicos para 2040 nas múltiplas dimensões referidas, significa que temos hoje de debater e atualizar programas de formação a nível pré e pós-graduado. E entender o contexto geral das novas necessidades em termos profissionais, do trabalho em equipa, das “novas profissões em saúde” e dos recursos essenciais.

- **Avaliar a pandemia**

A pandemia é uma situação excecional de emergência em saúde pública, em que o *status quo* instalado na saúde e na sociedade em geral têm de se adaptar a uma nova situação de incerteza, no sentido de garantir as melhores respostas possíveis para salvar vidas e reorganizar o funcionamento da sociedade. Constitui um momento de aprendizagem contínua, em que as decisões não podem esperar e quem tem iniciativa avança. Por isso, sobressaem um conjunto de iniciativas que passam pela liderança, pelo trabalho em equipa, pelo planeamento e organização, pela autonomia a vários níveis, pela adaptação e inovação, pela solidariedade, pelo humanismo, pela coragem, pela capacidade de comunicação, pela cooperação, pela ajuda comunitária, entre muitos outros fatores. Desta forma, consideramos essencial fazer uma avaliação dos aspetos positivos e negativos da pandemia, das lições aprendidas, daquilo que podemos e devemos implementar para tornar a nossa capacidade de resposta global mais eficiente e mais próxima dos cidadãos. Por outro lado, temos uma oportunidade única, na área da saúde (e não só), de preparar o SNS e o sistema de saúde para responder a desafios

inesperados e súbitos (pandemias, acidentes naturais, guerras e outras situações semelhantes). Nesta medida, independentemente da avaliação que já devia ter sido feita e publicada a nível geral, parece sensato desde já considerar a saúde como parte integrante da segurança nacional e preparar estruturas capazes de responder a situações emergentes em articulação com a União Europeia (reserva estratégica e estado de prontidão).

- **Manter diálogo e comunicação com a Ordem dos Médicos**

No âmbito do Novo Relatório da Carreira Médica e da importância que o mesmo pode ter para modernizar a saúde em Portugal, procedendo às transformações necessárias no sistema de saúde e, em especial, no SNS, consideramos fundamental manter um diálogo profícuo e uma comunicação permanente com a Ordem dos Médicos e as outras estruturas representativas dos profissionais de saúde e da sociedade civil, definindo de forma clara objetivos, prioridades e intervenções. Esta é a única configuração possível para fazer acontecer aquilo que é essencial para o país, não perder tempo e concretizar a nobre missão de servir os cidadãos e os doentes.

De resto, no mesmo horizonte, a Ordem dos Médicos está disponível para ajudar a esbater as desigualdades sociais em saúde e acompanhar a descentralização de competências na área da saúde. De igual modo, gostaríamos também de estar informados e acompanhar a aplicação do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) na saúde.

Todas estas recomendações têm como espinha dorsal uma revisão alargada da Carreira Médica no âmbito do “Novo Relatório da Carreira Médica”, que este documento aborda nas suas múltiplas dimensões, envolvendo direta e indiretamente alguns milhares de médicos que participaram em grupos de trabalho e reuniões abertas para debate, ou através de inquéritos realizados nos últimos anos. Este trabalho de fundo permitiu agregar um conjunto de recomendações e conclusões a serem apresentadas aos decisores políticos.

Acreditamos que é possível, através da reafirmação e valorização do papel central da medicina na modernização que é necessária implementar nos serviços de saúde, ter uma saúde melhor.

4. Conclusões

Este Novo Relatório da Carreira Médica revela a importância que a Carreira Médica tem na qualidade da formação médica, na gestão das unidades de saúde, na governação clínica, na liderança das equipas multidisciplinares e multiprofissionais, na qualidade da

prestação de cuidados de saúde, na diferenciação técnico-científica, nos concursos e progressão nos graus e categorias profissionais, no planeamento e organização dos serviços de saúde, na estabilidade profissional, nos salários e incentivos com a justa valorização do trabalho, das competências e da qualidade, nos incentivos específicos para aumentar a capacidade das zonas mais carenciadas e periféricas, nos regimes de trabalho, no funcionamento dos serviços de urgência, na capacidade de resposta do SNS, no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos, no acesso dos doentes aos cuidados de saúde, no grau de satisfação dos médicos e outros profissionais de saúde, no grau de satisfação dos doentes, na qualidade global do SNS e dos setores privado e social da saúde.

Por isso, a modernização do SNS e dos serviços de saúde passa pela existência de uma Carreira Médica moderna e inclusiva, que valorize os médicos e os atos médicos, e defenda os doentes através da qualidade da medicina e do acesso aos cuidados de saúde.

Deixamos como conclusões um conjunto de recomendações e reflexões, que devem ser consideradas na revisão e modernização da Carreira Médica. Estes contributos resultam dos trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Trabalho para a Carreira Médica (liderado pelo Dr. Mário Jorge Neves), pelo Conselho Nacional Consultivo para o SNS e Carreira Médica (liderado pelo Dr. Jorge Seabra) e pela Ordem dos Médicos através da audição das direções dos Colégios, incluindo o Conselho Nacional do Médico Interno, e de milhares de médicos em reuniões presenciais ou através de inquéritos realizados (liderado pelo bastonário da Ordem dos Médicos). As recomendações e reflexões produzidas têm muitos pontos em comum e algumas diferenças. Por uma questão de valorização, independência e importância, dos respetivos trabalhos realizados, as conclusões são apresentadas em 3 partes devidamente referenciadas e que passamos a descrever:

Parte 1: Grupo de Trabalho para a Carreira Médica (Mário Jorge Neves)

A. Formação Médica

É fundamental que sejam encontradas medidas que permitam o acesso à formação especializada, e garantam a permanência de médicos internos no SNS durante o seu período de formação, combatendo a tendência crescente e instalada de precarização do trabalho médico e exercício indiferenciado da prática médica, pelos riscos que comporta para a população, para a estrutura do SNS e para os próprios médicos.

Neste contexto geral, colocam-se aos desafios incontornáveis à formação médica, que exigem a definição imediata de uma abordagem integrada que tenha presente determinados pressupostos como:

- A adaptação da formação médica às novas realidades, com a integração da relação Médico-Doente, o incremento da atividade digital, menos suporte em papel e consultas não presenciais.
- A incorporação permanente de novas tecnologias e o desenvolvimento impetuoso do conhecimento científico na saúde determinam a reformulação dinâmica dos programas formativos.
- A implementação urgente de componentes formativas em gestão da saúde.
- O aumento da esperança de vida com a consequente alteração dos padrões das doenças.

A nível do ensino pré-graduado importa, desde logo, ter presente que existem novos paradigmas da formação pré-graduada em medicina que apostam num curriculum core (centrada na aquisição de competências clínicas – cognitivas, técnicas e comportamentais) e em formação em áreas complementares.

Esta tendência permite “personalizar” a formação médica e abrir horizontes aos estudantes de medicina para outros percursos complementares na sua carreira profissional.

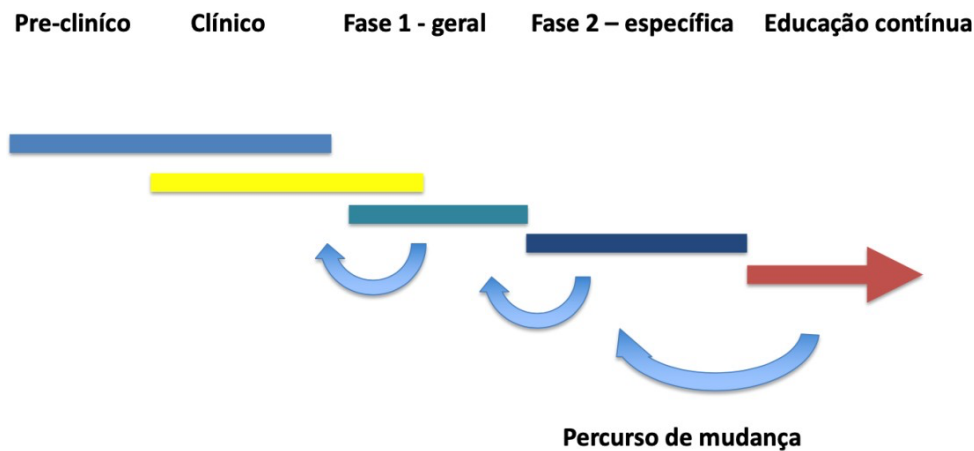
Assim, defende-se a virtude destes modelos formativos sobretudo em contextos de mudança tão acelerados como os que vivemos e que obrigam a grande flexibilidade.

E esta aposta permite valorizar outras competências que podem ser essenciais (porque aumentam as escolhas) nas transições nas diferentes fases dos percursos profissionais. Propõe-se um percurso educacional deliberadamente planeado, integrado (horizontal e verticalmente) e baseado na aquisição e demonstração contínua de competências em conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamento.

Este currículo deve:

- Centrar-se nas necessidades dos sistemas de saúde (doentes, famílias, comunidades e populações).
- Centrar-se nas necessidades e ambições de todos e de cada aluno.
- Incentivar o desenvolvimento de pensamento crítico e motivar aprendizagem ao longo da vida.
- Preservar a riqueza das humanidades.
- Promover e recompensar a investigação e a inovação.
- Permitir uma variedade de vias de entrada e flexibilidade para mudar de direção durante e após a formação.
- Permitir novos caminhos para treinar médicos para o futuro.

Percursos de formação médica



Um percurso rígido desencoraja aqueles que não têm certeza sobre as escolhas de carreira ou não podem correr o risco de fracassar.

Alguns desses alunos podem descobrir que suas competências individuais não são adequadas para o currículo médico.

A opção de seguir outras carreiras, sem penalidade ou preconceito, deve estar disponível, bem como para aqueles que desejam optar em paralelo por percursos profissionais complementares à prática clínica.

Um aspeto central nos percursos formativos com múltiplas etapas, que importa valorizar a propósito do redesenhar a formação médica, relaciona-se com a necessidade de aumentar o número de escolhas e de planejar de forma mais apropriada as necessidades da força de trabalho para o futuro. As decisões de hoje vão refletir-se apenas uma década depois, mas mais importante é que vão impactar a capacidade dos sistemas de saúde durante as quatro décadas seguintes.

Ora, isto implica capacidade de: i) antecipar necessidades, ii) capacidade de formar, atrair e reter talento onde é necessário, iii) garantir flexibilidade para os percursos individuais e iv) coragem política para assumir as decisões necessárias.

Antecipar necessidades – a este respeito importa que se crie um mapeamento de necessidades para todo o país e para as diferentes especialidades, tendo em consideração as necessidades assistenciais atuais e antecipadas para as próximas décadas, bem como a saída de especialistas (reformas, mudança de carreira/instituição) e a mudança de opções de especialidade. Mais, o atual “portfólio” de especialidades médicas não é necessariamente adequado para assegurar as necessidades assistenciais futuras e pode, e deve, ser revisto.

Capacidade de formar, atrair e reter talento – a partir do mapeamento anterior, a entrada para um programa de IFE deverá ser baseada na escolha do candidato, mas também da instituição a que esta se candidata e ter em conta o perfil do programa formativo. Só assim se poderá assegurar um binómio interno/instituição que é o garante de atração e de retenção de talento para cada instituição/região.

Flexibilidade para percursos individuais - não é razoável supor que uma decisão de carreira tomada aos 24 ou 25 anos proporcionará uma vida de satisfação profissional e pessoal para sempre. Atualmente, não há caminho para mudança. Uma abordagem mais flexível deve ser desenvolvida para permitir que os indivíduos voltem a uma fase anterior do continuum formativo e dessa forma estar em condições de fazer novas opções.

Coragem política – as definições anteriores devem ser assumidas com grande transparência e coragem pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ensino Superior e pela Ordem dos Médicos.

A formação médica pós-graduada, enquanto período de formação especializada em área individualizada da medicina e que habilita os médicos ao exercício autónomo e tecnicamente diferenciado nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas levou à regulamentação de diversos aspetos relativos aos internatos complementares/da especialidade, nomeadamente sobre orientadores de formação, idoneidade formativa dos serviços, avaliação final dos internatos em articulação com a avaliação contínua, a constituição dos júris e o tipo de classificação.

Nos últimos anos, registaram-se modificações e enormes desenvolvimentos da medicina, o que implicou inevitavelmente alterações na formação médica, desde logo no ensino médico pré-graduado com as reformas dos cursos de medicina.

Em termos gerais, a formação pós-graduada impõe uma permanente atualização do ensino e uma acrescida capacidade de investimento profissional contínuo, visando a melhoria da qualidade e a excelência da formação médica individual.

A formação de formadores constitui uma medida nuclear na formação pós-graduada. A formação tem de ser assegurada por profissionais empenhados e competentes, mas também com treino nessas competências que estimulem o melhor ambiente formativo para os internos.

Este desígnio não pode ser assegurado sem: i) um programa formativo para os internos, com uma avaliação condigna e ii) um programa formativo para os orientadores de formação.

Em vários países existem programas formativos bem definidos para a formação de internos nas diferentes especialidades.

Estes programas formativos, respeitando recomendações nacionais, podem/devem ser ajustados a cada instituição, mantendo sempre um mínimo denominador comum.

Estes programas devem, idealmente, agregar várias instituições para serem mais eficientes.

Obviamente, as competências mais relevantes nesta fase da formação, devem estar centradas na aquisição de competências técnicas, de comportamentos/atitudes, que precisam de ser asseguradas e verificadas.

Assim, a introdução de ferramentas de avaliação em ambiente de trabalho que assegurem, com frequência apropriada e por múltiplos profissionais, a demonstração e uma avaliação dessas competências pelos internos é fundamental.

Mais, a avaliação dos diferentes domínios de competências deve ser assegurada de forma profissional e independente (por forma a terminar com a situação vergonhosa que atualmente se verifica nomeadamente ao nível das classificações do final da formação especializada).

Por outro lado, é também fundamental implementar um programa de formação para orientadores de formação de médicos internos.

Hoje em dia não é aceitável que a formação pré-graduada seja assegurada por profissionais que não façam provas de formação específica na área de educação médica. Do mesmo modo, é difícil aceitar que os orientadores de formação de médicos internos não tenham acesso a um programa de desenvolvimento pessoal que inclua a formação orientada para essa tarefa.

Este programa, idealmente nacional, deve ser assegurado em parceria por várias instituições (Ordem dos Médicos, escolas médicas).

Esta tarefa que é pedida aos Especialistas que asseguram a formação de médicos internos, deve ser reconhecida em termos de horário, de remuneração e de progressão na carreira.

Adicionalmente, admitindo que é assegurado o acesso a programas de formação para orientadores, a par da adequada valorização desta atividade, será legítimo contemplar a possibilidade de, à semelhança dos meios de avaliação a que os internos estão sujeitos, serem igualmente criados mecanismos que avaliem construtivamente o modo como os orientadores cumprem esta missão tão importante, numa ótica de melhoria contínua da qualidade de formação que é prestada aos médicos internos.

Todos estes pressupostos contribuiriam, sem dúvida, para melhorar a organização e desempenho da capacidade formativa de cada unidade.

O Internato Médico deve ser urgentemente definido como a etapa inicial da Carreira Médica, ou seja, o seu primeiro grau.

O período da Formação Geral continua a cumprir um papel insubstituível, apesar de amputado em 12 meses relativamente ao anterior Internato Geral.

A reposição destes meses seria seguramente uma mais-valia formativa nesta fase do percurso profissional dos médicos.

A prova final do internato de formação especializada deveria estar sujeita a um número máximo de cinco candidatos por cada júri.

As atuais fórmulas e grelhas de classificação deverão ser mais objetivas, no sentido de diminuir as diferentes interpretações de cada júri.

Os colégios da especialidade da Ordem dos Médicos, devem desempenhar um papel determinante nesta matéria, tendo autonomia alargada para assegurarem a equidade e a seriedade na avaliação.

B. Carreira Médica e Gestão das Unidades de Saúde

Partindo dos aspetos gerais de gestão, a Comissão do Novo Relatório sobre a Carreira Médica entende apresentar as seguintes propostas concretas:

- 1- Denunciar a frequente instrumentalização político-partidária da constituição dos diversos órgãos de gestão dos serviços públicos de saúde (SNS) e do respetivo sistema dessas nomeações.
- 2- Adoção de medidas que impeçam em todos serviços de saúde intromissões limitativas da autonomia técnico-científica do desempenho profissional dos médicos.
- 3- Focalizar a intervenção na reestruturação organizativa dos serviços públicos de saúde e não em modelos jurídicos ao sabor de agendas políticas de quem episodicamente ocupa a tutela ministerial.
- 4- Os serviços de saúde devem ter quadros de recursos humanos definidos.
- 5- O desenho organizativo e funcional deve estar baseado em programas de melhoria contínua da qualidade assistencial.
- 6- Os serviços de especialidades complementares devem estar articulados e serem desenvolvidas medidas de departamentação.
- 7- Adoção de esquemas organizativos simples, com poucos níveis hierárquicos e desburocratizados.
- 8- A existência de direções de serviço únicas com amplos poderes e responsabilidades.
- 9- A existência de uma coordenação do programa de melhoria contínua da qualidade.
- 10- Avaliação global dos serviços através do cumprimento dos objetivos fixados e do volume assistencial contratualizado.
- 11- A nomeação dos diretores de serviço na base de um contrato-programa onde estejam estabelecidos, entre outros:
 - a) a carteira de serviços.
 - b) os objetivos da unidade clínica em causa.

- c) o volume assistencial.
 - d) os objetivos da qualidade.
 - e) O orçamento clínico.
- 12- O cargo de diretor de serviço deve ser exercido por um período de 3 anos, podendo ser renovado por mais 2 vezes desde que o contrato-programa anterior tenha sido cumprido nos seus diversos parâmetros.
 - 13- O diretor clínico deve fazer parte integrante do órgão máximo de gestão do estabelecimento de saúde, à semelhança do que tem acontecido até aqui, ao contrário de outras opiniões que ao longo do tempo se têm manifestado esporadicamente, considerando que o diretor clínico não deveria ser membro efetivo do órgão de gestão, de modo a assegurar a autonomia e independência da profissão médica face aos nomeados na base de critérios político-partidários. Ora, essa autonomia e independência só é possível de assegurar se o diretor clínico estiver no órgão de gestão onde se tomam as decisões concretas sobre os problemas concretos, em pé de igualdade com os outros membros.
 - 14- O diretor clínico deve ser objeto de prévia eleição pelos médicos da instituição que possuam pelo menos a categoria de assistente.
 - 15- Os candidatos a diretor clínico têm de apresentar um programa de desenvolvimento da atividade assistencial e da melhoria contínua dos cuidados prestados.
 - 16- Os membros do conselho de administração devem ser nomeados na base de uma equipa de gestão e após apreciação do contrato-programa focado na instituição respetiva por um júri constituído por representantes do ministério da saúde, ARS, diretores de serviço e de outras áreas funcionais da instituição.
 - 17- As administrações, no final de cada ano terão de apresentar um relatório das atividades e respetivas contas ao Ministério da Saúde e ARS, e efetuar posteriormente a sua divulgação junto dos vários serviços da instituição de saúde e junto das entidades da população que é servida pela sua atividade.
 - 18- Deve ser criado um sistema de incentivos (remuneratórios e outros) aos serviços que cumpram com mérito acrescido os objetivos previamente definidos.

C. Carreira Médica, qualidade da prestação dos cuidados de saúde e concursos

Tendo a clara consciência que a questão dos regulamentos de concursos é matéria de negociação sindical e de participação e audição da Ordem dos Médicos, suscitam-se as seguintes questões concretas:

- As provas práticas com doentes devem ser retomadas? Em que moldes?
- Devemos continuar a assistir a uma situação delicada que tem vindo a marcar alguns concursos nos últimos anos e que consiste numa inflação extrema de notas da quase totalidade dos candidatos em torno dos 19 valores?

- A atividade assistencial e a sua caracterização qualitativa e quantitativa devem ser uma matéria central na discussão curricular.
- O desempenho regular das funções de formação contínua deve ser objeto de maior valorização curricular.
- O desempenho de cargos institucionais só deve ser valorizado se não derivar de nomeações políticas.
- As atividades e projetos de investigação devidamente credenciados devem ser mais valorizados na avaliação curricular.
- Os candidatos ao grau de consultor e à categoria de assistente graduado sénior devem apresentar um projeto de desenvolvimento organizacional e gestor para o serviço onde se encontram a trabalhar.
- A ACSS deve assegurar apoio jurídico aos júris para evitar que imprecisões possibilitem impugnações a partir de meros aspetos processuais/jurídicos.

D. Carreira Médica e incentivos à fixação dos médicos

As medidas que consideramos essenciais para promover a fixação dos médicos nas zonas mais distantes e mais carenciadas bem como ao próprio SNS, são as seguintes:

- Atribuição de uma verba específica para a instalação do médico e agregado familiar.
- Medidas de progressão mais rápida nas várias categorias da carreira.
- Maior número de dias de férias anuais.
- Majoração salarial fixa e variável (ex.º horas extraordinárias).
- Participação nas ações de formação científica com pertinência para a especialidade e para o desenvolvimento da atividade do serviço de saúde onde trabalha.
- Assegurar a colocação do cônjuge em organismo público, desde que tenha vínculo à função pública, na mesma área geográfica de colocação.
- Garantia de transferência dos dependentes menores, para estabelecimento de ensino público localizado, na área geográfica de colocação.
- Benefícios fiscais.
- Elaboração anual de um mapa das zonas e especialidades carenciadas pelo Ministério da Saúde em articulação com a Ordem dos Médicos.
- Implementar os incentivos para os médicos internos que optem por efetuar a sua formação em zona ou especialidade carenciada.
- Definir os ratios de especialistas em cada região de saúde.
- Cada instituição de saúde deve contemplar nas verbas contratualizadas com a tutela ministerial o montante a atribuir aos incentivos de fixação dos médicos.
- Envolvimento das autarquias nas medidas de fixação, nomeadamente a possibilidade de disponibilização de alojamento e a redução de IMI para quem optar pela aquisição casa própria.

E. Carreira Médica, SNS e outros serviços de saúde

Tendo em conta a realidade, consideram-se indispensáveis as seguintes medidas:

- 1- A designação tradicional de Carreiras Médicas na nossa linguagem e terminologia médica deve ser mudada para Carreira Médica, acompanhando a definição legal em vigor nos últimos anos e, desse modo, evitando confusões que não são úteis na nossa intervenção em prol da dignificação do trabalho médico. Esta alteração deve figurar já na impressão deste Relatório e no seu título final.
- 2- Sendo inquestionável que a carreira médica devidamente estruturada e hierarquizada constitui um mecanismo de garantia da qualidade do exercício da profissão médica, devem ser desenvolvidos todos os esforços para que todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, tenham em funcionamento a organização do trabalho médico assente na carreira médica.
- 3- A atribuição da idoneidade formativa a um serviço deve estar dependente da existência prévia da carreira médica nesse estabelecimento de saúde.
- 4- A carreira médica deve dispor de mais uma categoria no seu topo, ou seja, a seguir a Assistente Graduado Sénior deve voltar a figurar a categoria de Chefe de Serviço. O conteúdo funcional desta categoria deve estar vocacionado para o desempenho de tarefas de gestão dos serviços de saúde.
- 5- Devem ser aplicadas medidas de extrema urgência na melhoria generalizada das condições de trabalho.
- 6- Não devem ser toleradas quaisquer intromissões político-partidárias dos órgãos de gestão ou de interesses comerciais no desenvolvimento quotidiano da prática clínica assistencial.
- 7- A autonomia e independência técnico-científica da profissão médica tem de constituir um princípio sagrado sempre presente em todas as intervenções laborais e reivindicativas nas várias instituições prestadoras de cuidados de saúde.
- 8- Tem de ser elaborado e negociado um programa imediato de fixação dos médicos no SNS, através de uma redinamização da Carreira Médica, melhores perspectivas de formação contínua e de investigação clínica, bem como de uma reformulação salarial e dos regimes de trabalho que os tornem atrativos e compensadores no plano de desenvolvimento pessoal e profissional.
- 9- Deve ser “represtinado” o regime de dedicação exclusiva nos moldes em que estava estabelecido no DL nº 73/90.

Parte 2: Conselho Nacional Consultivo para o SNS e Carreira Médica (Jorge Seabra)

Qualquer que seja o tipo de Carreiras Médicas que, eventualmente, possam ser adotadas pelo setor privado, a sua validação, avaliação, fiscalização e controlo deverão ser exigentes e rigorosos, ficando sob a alçada do Ministério da Saúde e da Ordem dos

Médicos, sem excluir, naturalmente, o que diz respeito ao campo sindical onde intervêm os sindicatos médicos.

Além das Carreiras Médicas já existentes (Hospitalar, Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública, Medicina Legal e Medicina do Trabalho) deverá ser estudada a possibilidade de ser criada uma (nova) Carreira de Medicina Desportiva.

No sentido de restituir às Carreiras Médicas, o sentido estrutural e organizativo que elas já tiveram, propõe-se:

1 - A oferta de um ano de internato geral remunerado, pós-mestrado integrado em medicina - opcional, em face do contexto regulamentar da União Europeia.

2 - Acesso, após prova de seleção, ao Internato da Especialidade, como primeiro grau e categoria da Carreira Médica, com vínculo à função pública e em regime de dedicação exclusiva (pelo menos nos primeiros três anos do internato de especialidade, podendo tornar-se opcional nos restantes).

Sublinha-se a importância de o Internato da Especialidade se poder (total ou parcialmente) desenrolar em regime de “dedicação exclusiva” (justamente remunerado). Principalmente, pela maior disponibilidade propiciada ao interno para acompanhar e participar em todas as frentes de trabalho do Serviço onde se integra, nomeadamente quanto ao estudo e investigação clínica relacionados com a sua prática assistencial quotidiana, constituindo também uma forma de atrair os jovens médicos para um tipo de desempenho profissional estável e liberto de conflitos de interesse, totalmente dedicado ao SNS.

3 - Dedicação exclusiva opcional para todos os médicos do SNS, tendo como referência o nível remuneratório e os benefícios estabelecidos para esse regime em 1991, a que deve ser acrescentado o desconto, em sede de IRS, de todas as despesas comprovadamente ligadas à investigação e à formação técnico-científica.

4 - Prioridade dada à formação e trabalho na área da sua especialidade, prevalecendo sobre qualquer eventual tentativa de utilização do trabalho do interno em tarefas sem esse específico interesse, instrumentalizando-o como mão-de-obra disponível para outras funções.

5 - Contabilização, no horário de Internos (e especialistas), de um período específico dedicado à investigação clínica ligada à sua prática assistencial.

6 – Pelo menos duas semanas de dispensa/comissão gratuita de serviço para ações de formação, jornadas ou congressos científicos credenciados (autorizadas pelo Diretor de Serviço e comunicadas à Administração), com dedução no IRS das despesas ligadas a esse fim.

7 - Sensibilização e formação dos internos (e restantes médicos) na área da gestão, da liderança e da governação clínica, com reuniões de serviço periódicas (mensais, bimestrais ou trimestrais), realizadas com participação de um membro da administração, prioritariamente dedicadas à análise da gestão e administração do serviço, da unidade de Saúde e do SNS.

8 - Avaliação contínua com finalidade predominantemente formativa, mas também com classificação anual, participada por vários intervenientes (orientadores, especialistas do Serviço, entre outros).

9 - Prova final (prática, teórica, curricular) de avaliação interpares (Diretor do Serviço, Orientador(s), três especialistas de outros serviços do SNS, um dos quais representante do Colégio da OM) / ou por um júri nacional de cinco membros nomeados pelo colégio da especialidade da OM.

10 - Concurso público, com prova curricular e entrevista, por avaliação interpares (dois elementos do Serviço e três de outras unidades do SNS) para provimento - com vínculo à função pública -, de qualquer lugar no quadro de uma unidade hospitalar, centro de saúde ou outra, do SNS.

11 - Carreira especial com vínculo público e três a cinco graus de progressão (a que correspondem categorias no quadro do SNS), exigindo um mínimo de cinco anos de exercício entre cada grau e categoria. A carreira deve ser estruturada para permitir uma evolução ao longo de toda a vida profissional (cerca de 35 a 40 anos). Esta evolução não pode ser cortada por condicionamentos de vaga, devendo ser valorizada e recompensada no plano remuneratório, e também no reconhecimento, funções e responsabilidades profissionais.

As designações devem ser amplamente consensuais, sugerindo-se:

Grau	Categoria
Especialista (ou outra)	Assistente (ou outro)
Especialista graduado (ou outra)	Assistente graduado (ou outro)
Consultor (ou outra)	Assistente graduado supervisor (ou outra)
Consultor principal (ou outra)	Chefe de Clínica (ou outra)

12 - Todas as categorias das Carreiras Médicas devem ter as mesmas condições e apoios para formação contínua e investigação, já atrás referidos para os Internos.

As avaliações para progressão na Carreira serão feitas por concurso público, com prova escrita nacional (ou outro método válido, equitativo e aferível), por entrevista e análise curricular (por júri nacional, desdoblado ou não, mas com critérios explícitos harmonizados), por avaliação interpares (com o júri composto pelo presidente e dois membros nomeados pela tutela e dois membros nomeados pelo colégio da especialidade da OM, por exemplo), com critérios e matriz de classificação que atendam à valorização da diferenciação técnica e científica alcançados, horário e regime de dedicação exclusiva, ensino, orientação de internos e investigação.

13 - As avaliações para Especialista e Especialista Graduado são primariamente centradas na qualidade e desenvolvimento técnico e científico do candidato, e, as avaliações para Consultor e Consultor chefe, devem ser focadas na qualidade do

desempenho global ao longo da carreira, nomeadamente nas funções de coordenação e chefia.

14 - No caso de o candidato ter, a partir de certo grau da carreira, dedicado a prática clínica a uma valência ou subespecialidade reconhecidos pela OM, dois (ou outro número) membros do júri deverão ser nomeados pelo colégio da OM atendendo a essas valências ou subespecialidades.

15 - Os cargos diretivos dos Serviços serão obrigatoriamente escolhidos entre os especialistas mais graduados (em grau e categoria), depois de ouvidos os restantes médicos do quadro do Serviço, em reunião expressamente convocada para o efeito, e a escolha deve valorizar a opção pelo regime de dedicação exclusiva.

16 - Todos os recursos dos resultados dos concursos serão avaliados em primeira instância por uma “*Comissão Nacional de Resolução de Conflitos Concurrais das Carreiras Médicas*” (ou outra designação). Nomeada pelo Ministro da Saúde e constituída por um presidente juiz (do Supremo Tribunal Administrativo), dois (ou outro número) membros da OM do Colégio da Especialidade em causa, o presidente do júri do concurso em causa, um especialista do grau em concurso, nomeado pelo recorrente (ou outra alternativa), um advogado nomeado pelo recorrente (ou outra alternativa).

Esta comissão de resolução de conflitos terá um máximo de 180 dias (ou um prazo menor) para emitir a sua decisão.

Só depois do parecer desta Comissão, poderia, o recorrente, exercer o direito constitucional de recurso para o tribunal competente.

A constituição e regulamento desta comissão arbitral devem ser devidamente estudados de forma a conciliar o seu enquadramento no quadro jurídico e constitucional do país.

Numa sumária e pontual consulta jurídica, podemos perceber que haverá hipoteticamente uma base de enquadramento legal num âmbito igual ou similar ao do Centro de Arbitragem Administrativa – CAAD (<https://www.caad.org.pt>).


17 - As Carreiras Médicas devem continuar a prever um quadro de medidas “pré-reforma”, com diminuição do número de horas extraordinárias, dispensa de urgências noturnas e de urgências diurnas e diminuição progressiva do horário de trabalho, como o já estabelecido nas Carreiras existentes.

Parte 3: Ordem dos Médicos (Miguel Guimarães)

Sem prejuízo de algumas das propostas já referidas na Parte 1 e 2 deste documento, deixamos algumas recomendações e reflexões que possam reforçar ou contribuir para modernizar a Carreira Médica no sentido de tornar o SNS mais competitivo e atrativo, e o sistema de saúde português mais capacitado e mais forte.

1. Estender a Carreira Médica aos setores privado e social (importante para o reconhecimento da diferenciação técnico-profissional e o desenvolvimento profissional contínuo).
2. Incluir o Internato Médico na Carreira Médica, como primeiro passo para promover a marca SNS.
3. Considerar a existência de 5 graus e 5 categorias equivalentes na qualificação profissional e diferenciação técnico-científica e gestonária: Interno, Especialista/Assistente, Assistente graduado/Consultor, Assistente graduado sênior/Consultor principal, Chefe de Clínica.
4. Considerar a existência de 2 concursos públicos convencionais e 3 concursos públicos curriculares com entrevista e com ou sem projeto.
5. Considerar no caso dos concursos públicos convencionais para Interno a PNA, para Especialista, a existência de um júri constituído por 5 elementos, incluindo o orientador de formação, e 3 provas (curricular, prática e teórica – preferencialmente escrita). Considerar no caso dos outros concursos a existência de um júri constituído por 3 elementos.
6. Considerar modificar o modelo de avaliação, incluindo a classificação (ver inquérito às direções dos Colégios).
7. Considerar que todos os médicos podem atingir o topo da Carreira desde que tenham avaliação com classificação positiva.
8. Considerar converter em ECT's o tempo de formação e avaliação durante o curso de medicina e durante a formação médica geral e especializada (11 a 13 anos de formação no ensino superior) com o propósito potencial de candidatura a doutoramentos e/ou pós-doutoramentos.
9. Considerar a existência de concursos públicos plurianuais abertos, nacionais e institucionais.
10. Considerar a reintrodução do regime de trabalho opcional em dedicação exclusiva com a respetiva majoração da remuneração.
11. Considerar a existência nos vários regimes de trabalho de horários flexíveis e semana reduzida (por ex. de 4 dias).

12. Considerar consagrar tempo para investigação no horário normal de trabalho (15-20%). A investigação, apresentação e publicação de trabalhos científicos, constitui uma missão essencial da formação médica com impacto na avaliação dos cuidados de saúde prestados aos nossos doentes, na melhoria contínua da qualidade e na prevenção de potenciais erros ou quase-erros.
13. Considerar a implementação de pacote de incentivos globais para as zonas mais carenciadas e desfavorecidas (definidas na legislação pelo Governo), incluindo remuneração melhorada, diminuição dos impostos em sede de IRS, mais dias de férias, apoio na habitação, evolução mais rápida na Carreira, apoio para a fixação da família (cônjuge e filhos), acesso a inovação terapêutica e tecnológica.
14. Considerar ampliar a Carreira a outras áreas de interesse da atividade médica: por exemplo – Carreira de gestão e liderança, de investigação e inovação, de saúde global e ambiente, de medicina paliativa, de medicina de urgência e emergência médica, de medicina desportiva e do exercício físico.
15. Considerar uma nova grelha salarial (a ser negociada com os Sindicatos Médicos), incluindo a remuneração base (tendo como referência a Carreira dos magistrados ou dos professores universitários) e regime de incentivos para a qualidade. Os salários justos, de acordo com o tempo de formação no ensino superior e a sublime responsabilidade médica, são essenciais para dignificar e respeitar a profissão de médico.
16. Considerar novos modelos de serviço de urgência que envolva novas tipologias para além das já conhecidas – básica, médico-cirúrgica e polivalente, tendo por base a população de referência direta e indireta, e o grau de complexidade e diferenciação. Provavelmente, a existência de 5 modelos de serviço de urgência (com a respetiva adaptação das equipas-tipo) adequavam-se melhor às atuais necessidades do país.
17. Considerar na contratação de médicos também a existência de um propósito (projeto de trabalho e/ou de investigação) para motivar e atrair os médicos.
18. Considerar incluir, rever e valorizar os programas de produção acrescida.
19. Considerar valorizar todas as horas extraordinárias a 100%.
20. Consagrar a profissão de médico como uma profissão de risco e desgaste rápido, incluindo na Carreira Médica um conjunto de medidas reparatórias como, por exemplo, a dispensa de urgências noturnas e diurnas e a diminuição do número de horas extraordinárias a partir de determinada idade, a diminuição progressiva do horário de trabalho em função da idade, a existência de um subsídio de risco.

- 
21. Considerar ouvir a ANEM, as Escolas Médicas e a Ordem dos Médicos para avaliar o ano de formação geral (manter, diminuir ou aumentar o tempo de formação).

