Boletim do sim

Julho/Setº 2008
64

Sindicato Independente dos Médicos

Preço: 1.25€

CONTACTOS DO *SIM*

www.simedicos.pt

SEDE NACIONAL

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

DELEGAÇÕES

SIM/AÇORES
R. S. Francisco, 86 - Ribeira Grande
9600 PONTA DELGADA

SIM/ALENTEJO
Apartado 9
7801 BEJA CODEX
Fax 284 320 680

SIM/ALGARVE
Urbanização Poente ao H.D. Faro,
Lote A - r/c Dtº
8005 - 270 FARO
Tel. 289 813 296 /221 - Fax 289 813 222
simalgarve@simedicos.pt
simalgarve@netcabo.pt
Das 18,30 às 20,30h

SIM/CENTRO
Qtª das Fonsecas, Lomba da Arregaça, Lt. 5 – Sala 5
3030 - 243 COIMBRA
Tel. 239 484 137 - Fax 239 481 329
simcentro@simedicos.pt
simcentro@mail.telepac.pt
Das 10,30 às 13,30h e das 14,30 às 18,30h

SIM/MADEIRA
R. Nova de S. Pedro, 54 - 1º 9000 - 048 FUNCHAL
Tel. e Fax 291 232 774

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

GABINETE JURÍDICO

Consultores: Jorge Pires Miguel / António Luz

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

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

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

SUMÁRIO

Editorial 03

Revisão das Carreiras 04

Crónicas *SIM*dicais 08

Rede Nacional Cuidados
Continuados Integrados de Saúde 09

Notícias:
Sindicatos, Responsabilidade
Civil e Seguros (vários) 15
Estamine da Filo e as Chouriças
da Ti Emília (Take I e II) 16
Transformação do Hospital Dr.
Fernando Fonseca em EPE (Vários). 17

Proposta do Secretariado Nacional
Ao Conselho Nacional do SIM 18

Conselho Nacional do SIM
Comunicado 19

Apreciação jurídica:
Progressão nas Carreiras Médicas ..20
Aposentação - Regras e
Regime Legal da Aposentação 22
Cessação do Regime de Prevenção. 23

Tabela Remuneratória 24

Legislação 24

Ficha de Sócio 25

Direitos dos Sócios 26

Isla Canela – Apartamentos 27

AS CRISES

Alguns acontecimentos marcam, a traço grosso, este final de 2008.

A nível interno destaco a prossecução das directivas do nosso fundo social, apoiando 142 sócios aposentados no montante de 51.000 euros e estimulando a formação dos Internos no montante de 9.000 euros.

Estas rubricas, já significativas no seu valor global, dão-nos conforto quanto à missão social e familiar do SIM e estimulam-nos a procurar uma gestão muito rigorosa e prudente das quotizações dos nossos associados.

Igualmente importante o crescente peso do nosso departamento jurídico na despesa global do Sindicato, testemunhando a progressiva conflituosidade a nível penal e cível a que os médicos estão sujeitos.

Também de salientar a marcação pelo Conselho Nacional do IX Congresso do SIM para 6 e 7 de Março de 2009. Esta data vai coincidir com a celebração do nosso 30º Aniversário.

A nível externo, para além da intimidante crise financeira, mantém-se as promessas de revisão do regime legal das carreiras médicas e da estimulação/efectivação da contratação colectiva no sector. E as promessas adquirem as mais variadas formas: recados e intenções na imprensa, documentos com "princípios enformadores" em três singelas páginas A4.

De concreto... nada.

Isto é, o patrão Estado e o patrão legislador continuam, por inércia estudada e calculada, a subverter e malbaratar as Carreiras Médicas e o Serviço Nacional de Saúde, pensando, perversamente, que o mercado se auto-regula.

A saída progressiva de bons profissionais da Função Pública, a contagem mental de tempo para uma reforma, antecipada ou não, que se deseja mais do que se esperava, a degradação dos serviços, a degradação dos valores e das hierarquias e o prémio aos pseudo-médicos travestidos de gestores, não augura nada de bom.

A esperança poderá residir nos médicos mais novos, chegados ao mercado de trabalho em pleno advento empresarial e liberal que, com a crescente massa crítica que inerentemente possuem, vão condicionar e forçar a contratação colectiva, onde se incluem a formação, as carreiras e respectivos conteúdos funcionais, a avaliação do desempenho e respectivos incentivos, vencimentos que contemplem a insuperável diferenciação a que os médicos se sujeitam e condições de trabalho dignas com preservação de tempo pessoal, familiar e social.

As crises podem ser úteis... bate-se no fundo.

Carlos Arroz
Secretário-Geral

Boletim do SIM

Ficha Técnica

Director
Carlos Arroz

Coordenadores
Daniel Araújo, Miguel Cabral

Conselho de Redacção
António Bento, António Passarinho, António Soure, Daniel Araújo, Jorge Silva, Martins dos Santos, Miguel Cabral, Paulo Simões, Ricardo Mexia, Roque da Cunha, Sousa Luz, Tarcísio Silva, Pedro Vasconcelos, Daniel Maymone, Alcides Catré, Fernando Santos, Ana Marques e Carlos Santos.

Secretárias de Redacção
Piedade Mendes, Cristina Valente

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

Capa
Paulo Simões, 2008 – SIM/ Porto

Edição, Publicidade e Propriedade
Sindicato Independente dos Médicos - SIM

Publicação Trimestral
Preço: 1,25 €
Tiragem: 7.500 exemplares
Depósito Legal: 21016/88
Inscrito com o nº. 117467 na DGCS

Impressão – GRAFEMA
R. Qtª Medronheiros, Lt. 1, Zona C 1 Lazarim
2820 - 486 CHARNECA DA CAPARICA
Tel. 212 944 400 – Fax 212 944 399
E-mail: graf@grafema.pt

REVISÃO DAS CARREIRAS MÉDICAS

O Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, enviou ao SIM a 25 de Julho de 2008, um ofício sobre os princípios enformadores da revisão da carreira médica, com o pedido de colaboração.

PRINCÍPIOS ENFORMADORES DA REVISÃO DA CARREIRA MÉDICA

1. Enquadramento geral

No âmbito da reforma da administração pública foi publicada, a 27 de Fevereiro, a Lei nº. 12-A/2008 (estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas).

O enorme acervo de carreiras que vinha subsistindo foi reconduzido a três carreiras gerais, devendo as carreiras de regime especial ser objecto de revisão.

Nesta revisão devem ser acolhidos os princípios propugnados pela Lei nº. 12-A/2008, designadamente:

a. Adopção do contrato de trabalho de trabalho em funções públicas como modalidade comum da relação jurídica de emprego público;

b. Criação de carreiras especiais apenas quando os seus conteúdos funcionais não possam ser absorvidos pelos das carreiras gerais, os trabalhadores se encontrem sujeitos a deveres funcionais mais exigentes e, em regra, se exija curso de formação específico de pelo menos 6 meses ou certo grau académico ou título profissional;

c. Conteúdo funcional diferenciado como elemento necessário à existência de diferentes categorias;

d. Planeamento da actividade e gestão dos recursos humanos em função dos ciclos de gestão em estreita ligação com os mapas de pessoal e respectivos postos de trabalho e repercussões nas remunerações e nos recrutamentos;

e. Reforço da autonomia gestionária, aliando-se ainda o actual enquadramento normativo à natureza jurídica propugnada para as organizações de saúde (EPE's e SPA's) e à complexidade e contingencialidade da gestão em saúde.

2. Soluções propugnadas

Não se pode, nem se pretende, replicar a lógica do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março (actual diploma das carreiras médicas), pelo que se adoptam as seguintes directrizes:

a. Elaboração de dois diplomas (*cisão* de matérias): um relativo à *carreira* (entendida como o acervo de normas relativo ao conjunto de funções de idêntica natureza próprias de uma profissão), cujo tema será objecto do direito de participação colectiva e outro versando a matéria da *qualificação* para o exercício da profissão médica - a aferir junto da Ordem dos Médicos;

b. Unificação das actuais três carreiras médicas (clínica geral, hospitalar e de saúde pública), criando-se apenas uma (carreira médica): o tronco básico do exercício da medicina reside na prestação de cuidados de saúde (aliado à investigação e docência), não fazendo sentido diferenciar carreiras com base no *local* ou *organização* onde esses cuidados são prestados;

c. Assunção da *regulação profissional* como instrumento de garantia de qualidade: trata-se de afirmar o primado da segurança do doente, do público em geral e de permitir a auto-regulação e depuração do mercado. Pretende-se desenhar um sistema onde a qualificação profissional obtida, comprovada e verificada seja uniformemente aceite no país, quer se trate do sector público, social ou privado. Reafirma-se, assim, que a independência técnica e profissional do médico é um direito do doente e fundamento para a garantia da qualidade assistencial. Assim, a definição de graus (qualificações técnicas) assenta no facto de se tratar de uma profissão técnica, apoiada num modelo de auto-regulação, constituindo uma garantia de qualidade para qualquer comprador de serviços. Nessa medida, os graus não devem corresponder a funções ou conteúdos funcionais, apenas a diferenciação técnica;

d. No que ao diploma da carreira médica especificamente diz respeito: a formação contínua do clínico (remetida para legislação própria) é indissociável da carreira, visando fomentar uma sã competitividade entre profissionais e premiar o médico de acordo com os seus méritos assistenciais, de investigação e de docência;

e. Enfoque nas funções assistenciais, incorporando-se o trabalho em equipa como garantia da qualidade assistencial;

f. Previsão *genérica* de exercício de funções de direcção, chefia, coordenação ou responsabilidade, de necessária concretização em sede de negociação colectiva ou posto de trabalho, como resposta às necessidades de gestão das organizações;

Todas as categorias (carreira pluricategorial) devem prever actividade assistencial (sem prejuízo da dinamização da actividade de docência e investigação); os cargos de gestão e direcção, sem afastarem a experiência assistencial, podem prever a necessidade de formação complementar;

Adopta-se o previsto na Lei n.º 12-A/2008 quanto ao recrutamento e à mudança de posição remuneratória, pelo que serão previstos os efeitos do sistema de avaliação adaptado do SIADAP, a definir em diploma autónomo. Podem, no tocante à avaliação,

adiantar-se alguns princípios: avaliação da actividade assistencial, valorização da publicação de trabalhos, comunicações, investigação, exercício de actividades docentes, prémios ou bolsas obtidas;

g. Estatui-se o regime da dedicação exclusiva como regra para a carreira médica, deixando de haver possibilidade de escolha, pelos profissionais, do regime em que querem exercer funções; tal reside numa conjuntura de escassez de profissionais mas, sobretudo, no intuito de definir uma carreira que constitua uma opção de percurso profissional."

PRIMEIRA PROPOSTA APRESENTADA PELO *SIM*

No dia 9 de Setembro de 2008, teve lugar no Ministério da Saúde, a 1ª reunião do SIM com o Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, sobre a revisão das Carreiras Médicas.

Dando corpo às novas disposições legislativas sobre regimes de vinculação, carreiras e remunerações, e ao ênfase colocado pelo Governo, através até do novo Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas, nos procedimentos da negociação colectiva com vista à celebração de instrumentos colectivos de regulação do trabalho, competências estas eminentemente sindicais no caso dos trabalhadores médicos, o Sindicato Independente dos Médicos - SIM apresentou ao Governo uma proposta/memorandum sobre a revisão das Carreiras Médicas, conforme transcrição abaixo.

"MEMORANDUM

"Princípios enformadores da revisão da carreira médica". Ofício 5620/25.VII.200S.
Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

I.

Foi o SINDICATO INDEPENDENTE DOS MÉDICOS - SIM, destinatário do documento em epígrafe, cujo conteúdo aqui se dá por integralmente reproduzido.

1. Declaração de interesses.

O SIM entende dever acentuar que constituem suas preocupações centrais:

(i) a promoção das carreiras médicas;
(ii) a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde; e
(iii) a defesa do Serviço Nacional de Saúde.

2. Posição de princípio.

O SIM manifesta irrestrita disposição para intervir – participando, discutindo e negociando nas reformas, revisões e, em geral, em todas as alterações, designadamente legislativas, que se traduzam em ganhos de saúde para o país e na dignificação das condições de desempenho dos trabalhadores médicos, cuja representação social lhe cabe.

3. Antecedentes históricos.

O SIM participou na elaboração de todos os diplomas legais para cuja feitura a lei lhe conferiu legitimidade e para que foi chamada pelo Governo da República e pelos Governos Regionais.

Do mesmo modo, o SIM desencadeou inovadoramente em Portugal, há mais de 4 (quatro) anos, o processo de negociação colectiva com os hospitais públicos, então SA, hoje EPE, elaborando e apresentando a primeira proposta no sector.

Sucede que, por deserção continuada da contraparte patronal, o Acordo Colectivo de Trabalho para trabalhadores médicos, em discussão entre os conselhos de administração (através de uma "desaparecida" Comissão Negociadora) e o SIM não teve, até hoje, consubstanciação. O processo está, de resto, bloqueado no Ministério do Trabalho, a caminho da arbitragem obrigatória.

Conhecidas as recentes amplas alterações do quadro legislativo, aplicável transversalmente na Administração Pública, os trabalhadores médicos sabem que o tema das carreiras médicas só será adequadamente resolvido em sede dos procedimentos da negociação colectiva para a celebração de instrumentos colectivos de regulamentação do trabalho.

O SIM, face ao supra sucintamente exposto, propõe ao Governo que:

(i) Dê início à negociação colectiva dos instrumentos colectivos de regulamentação do trabalho, com respeito aos trabalhadores médicos, vinculados em

funções públicas, nos serviços do sector público administrativo;

(ii) Recomende, delibere ou por qualquer outro meio, determine que os demais entes públicos que de si (por via do Ministério da Saúde e das Finanças, mas também da Justiça) dependem, igualmente desencadeiem análogos procedimentos;

(iii) Determine, provavelmente aqui sim por via legislativa e ou regulamentar que todas as entidades não públicas com as quais o Estado mantenha relações convencionadas, devem reconhecer e respeitar, quanto aos trabalhadores médicos ao seu serviço, as regras de direito colectivo das carreiras médicas que vigorem no seu seio.

II.

*O actual momento de desenvolvimento técnico e científico e, mais importante, a crescente necessidade de conformação aos textos legais, nacionais e comunitários, em matéria de segurança, higiene e saúde no trabalho, recomenda que o SIM proponha a criação de uma quinta carreira médica - **a carreira médica de medicina de trabalho**.*

O SIM, em síntese, reputa que as 4 (quatro) carreiras médicas hoje reconhecidas (clínica geral/medicina geral e familiar, hospitalar, saúde pública e medicina legal), mais a proposta carreira de medicina do trabalho, reclamam a reponderação jurídica da migração dos trabalhadores médicos do estatuto de funcionários públicos e agentes administrativos para o estatuto de trabalhadores vinculados por contratos individuais de trabalho em funções públicas, sendo que isso se acomodará melhor no âmbito do direito colectivo, sob a forma de instrumentos de regulamentação colectiva do trabalho[2], procedimento que, destarte, se julga preferível àquele para que aponta o documento em análise aqui.

Como muito bem se explicita no Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aprovado na Assembleia da República e recentemente promulgado por Sua Excelência o Presidente da República, art. 346.º:

O Estado deve promover a contratação colectiva, de modo a que os regimes previstos em acordos colectivos de trabalho sejam aplicáveis ao maior número de trabalhadores e entidades empregadoras públicas.

Lisboa, aos nove dias do mês de Setembro de dois mil e oito.

O Secretariado Nacional do SIM

---

[2] As convenções colectivas, apud alia vêm previstas já no art. 19º, Lei 23/2004, 22.VI, que aprova o regime jurídico de contrato individual de trabalho na Administração Pública."

SEGUNDA PROPOSTA APRESENTADA PELO *SIM*

Na primeira e até agora única ronda negocial sobre Carreiras Médicas tida com o Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, ficou previsto que o Governo apresentaria uma proposta até ao fim do mês de Setembro.

Perante o silêncio do Governo, o SIM enviou a 1 de Outubro de 2008, ao Sr. Secretário de Estado e Adjunto da Saúde e com conhecimento a outras entidades, a proposta que passamos a transcrever.

"Assunto: Carreiras Médicas – sequência de propostas

Na reunião entre V .Exa. e este Sindicato no dia 9 de Setembro, pp., ficou claro que deveríamos aguardar, sem formalidade de data precisa mas, presumivelmente até final de Setembro, análise e resposta às propostas do SIM e à critica por nós manifestada ao documento que nos foi remetido, intitulado "Princípios enformadores de revisão da carreira médica".

Entrados em Outubro, em dia de conflituosidade social em que os médicos se mantêm eticamente serenos em honra ao período negocial encetado, não recebendo novas de V. Exa., tomamos a liberdade de acentuar a nossa proposta anterior, clarificando-a e explicitando caminhos resolutivos.

Fazemo-lo, por memorandum anexo, já que, posteriormente à reunião referida, foi publicada em Diário da República a Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro que, no nosso entender, acentua a valia jurídica, política e sindical das nossas propostas.

Mais, estamos certos que estas se enquadram dentro das profundas reformas da Administração Pública, levadas a cabo pelo Governo, e que com elas se identificam de forma harmoniosa e coerente.

Reforçamos o apelo que transmitimos a V. Exa. – analisem as nossas propostas como um contributo muito sério para a estabilidade num sector tão sensível como o é o da Saúde.

MEMORANDUM

Assunto: "Princípios enformadores da revisão da carreira médica". Ofício 5620/25.VII.2008, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, na sequência da reunião havida no Ministério da Saúde, entre o SEAS e o SIM, em 9.IX.2008.

I

O SINDICATO INDEPENDENTE DOS MÉDICOS – SIM, em 9.IX.2008, em Memorandum breve, tomou posição escrita sobre o conteúdo dos "Princípios enformadores", em epígrafe referenciados, nos termos que se dão aqui por reproduzidos integralmente.

Em síntese, logo foi de viva voz reafirmado que o SIM considera prioritária reponderação jurídica do actual quadro estatutário dos trabalhadores médicos, priorizando:

(i) a negociação colectiva, em vez da revisão do regime legal das carreiras médicas;

(ii) a uniformização dos regimes legais à diluição, rectior, à destruição dos actualmente existentes.

Estas prioridades são-no, tanto do ponto de vista conceptual, como temporal.

O SIM defende que mais importante e urgente que proceder à revisão do regime legal das carreiras médicas é negociar instrumentos de regulamentação colectiva do trabalho médico.

O SIM defende que mais premente que insuflar as diferenças entre trabalhadores médicos, em especial, por via da destruição, de facto, das carreiras médicas, é necessário uniformizar os respectivos regimes legais de prestação, quer exerçam funções no sector público administrativo (designadamente nos hospitais que não foram ainda transformados em entidades públicas empresariais, epe, e nas Administrações Regionais de Saúde ou equivalentes nas Regiões Autónomas), quer exerçam funções nas epe hospitalares, quer exerçam funções nos hospitais com gestão público-privada (as parcerias de gestão e as experiências de gestão privada), quer exerçam funções nos hospitais e centros de saúde e Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde, quer exerçam funções nas unidades e estabelecimentos privados, em cooperativas ou nas Misericórdias.

Os "Princípios enformadores" do Governo conduzem a que:

(i) não se inicie, ou retome, a contratação colectiva;

(ii) se discuta, em vez disso, a revisão, por substituição integral revogatória, do actual Regime Legal das Carreiras Médicas, contido no DL 73/90, 6.III., na sua actual formulação.

Ora, este DL 73/90, embora em parte mutilado por sucessivas modificações e revisões parciais, e raramente felizes, no essencial ainda hoje corporiza um adquirido pela classe médica que não tem merecido dos seus destinatários reparos particulares, nem constituído um alvo reivindicativo, se visto globalmente[1]*.*

Porquê, então, o afã revisionista?

Compreende-se mal.

Certamente que não estará no horizonte do Ministério da Saúde avançar para a construção, por via legislativa, de uma nova carreira ou carreiras médicas, de modo a que, a seguir, fiquem condicionadas as negociações dos parceiros sociais (estando de um dos lados o próprio Governo, as administrações hospitalares dos hospitais epe, as administrações regionais de saúde, as administrações hospitalares privadas, etc., etc.). Seria o caminho obviamente condicionador, em que o Governo se furtaria de negociar, por já ter, antes, legislado[2]*.*

Certo é que nenhum clamor se sente que reclame a revisão do actual Regime Legal; inversamente, são conhecidos os nefastos efeitos que advêm de:

(i) não progredir a contratação colectiva para os trabalhadores médicos que optaram por celebrar contratos individuais de trabalho, ou que, entretanto, têm sido admitidos no Serviço Nacional de Saúde sob esta mesma modalidade contratual;

(ii) não ser prontamente iniciada a negociação colectiva para os trabalhadores médicos que, a partir de 1.I.2009, por força do novo quadro legal em vigor na Administração Pública, serão admitidos, já não como funcionários, mas sim como trabalhadores contratados em funções públicas[3]*.*

Na verdade, tendo em conta o número sempre crescente dos estabelecimentos em que, no Serviço Nacional de Saúde, se passou a aplicar o formato jurídico das epe, daqui resulta que o pessoal que aí é admitido, é-o em contrato individual de trabalho[4] *e não em contrato de*

---

[1] Sem embargo de serem inúmeros os pontos de discordância, o mais constante dos quais é o de o horário de trabalho-tipo ser o das 42 horas semanais, ao arrepio daquilo que se pratica e para que se ponta nos demais sectores e actividades, designadamente no sector da Saúde, em que a bitola é de 35 horas.

[2] Pelo menos, o Governo ao negociar – porque certamente um dia negociará os instrumentos de regulamentação colectiva do trabalho que lhe foram propostos pelo SIM –, partiria, nesta hipótese, com a vantagem não negligenciável de dispor de uma matéria que poderá, ou não, alcançar se primeiro negociar e, só depois, legislar…

[3] *Isto sem esquecer todos aqueles que, na mesma data, irão automaticamente migrar do estatuto de funcionários e agentes, que hoje possuem, para a de contratados em funções públicas, à luz dos novos Regimes de Vínculos, Carreiras e Remunerações, da L 12-A/2008, 27.II – cfr. arts. 88.º e 91.º.*

[4] *Vidé o art. 3.º/5, L 12-A/2008, 27.II e o art. 3.º/1, L 59/2008, 11.IX.*

CRÓNICAS *SIM*DICAIS

por António Bento
Outubro/ 2008

Em 2009, o Sindicato Independente dos Médicos orgulha-se de fazer trinta anos. Durante este longo período o SIM, de forma persistente, defendeu os legítimos interesses sócio-profissionais dos seus associados e dos médicos em geral.

Chegou agora o tempo de alguém registar a história fidedigna do SIM para que os vindouros saibam quem, quando, porque, como e para quê cinco centenas de médicos ajudaram a fundar um sindicato médico democrático e independente em 1979.

Como nenhum "cronista" se abalançou a fazer a história do SIM, acabei por me resignar a desempenhar a tarefa. Se alguém não gostar da minha verdade, desde já me penitencio, mas não deverá esquecer que teve 30 anos de oportunidades para escrever a sua.

Assim, a partir do próximo número serei colaborador assíduo, irreverente e fidedigno do Boletim do SIM, no papel e na net.

trabalho em funções públicas[5].
Quer isto dizer que o diploma legal que, agora, vier a consagrar as novas carreiras médicas, se destina a um número de trabalhadores médicos cujo estatuto funcional está em vias de extinção[6].

II.
Sendo assim, de duas uma:

(i) ou o actual Governo altera o modelo, que aliás herdou, retocando-o, do seu antecessor, passando a prever que também nas epe (antes sob a forma de sociedades anónimas), os trabalhadores médicos deverão possuir o vínculo do contrato de trabalho em funções públicas[7]*;*

(ii) ou o Governo adopta, diferentemente, a solução de revivificar as Carreiras Médicas pela via de encetar, por si, a negociação colectiva e de incentivar, nomeadamente, as administrações dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, de si dependentes, que a iniciem também, deixando de se preocupar com mudar o que ninguém de si reclama, o DL 73/90, 6.III.

Se a solução for a primeira, tornar-se-á certamente necessário que o Governo proponha, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, à Assembleia da República, a alteração do art. 2.º/2, L 12-A/2008, 27.II, por forma a que aí se preveja que
"2. A presente lei é também aplicável, com as necessárias adaptações, aos actuais trabalhadores com a qualidade de funcionário ou agente de pessoas colectivas que se encontrem excluídas do seu âmbito de aplicação objectivo <u>e àqueles que exercem funções integrados nas carreiras médicas</u> [vai sublinhada a parte inovadora do texto legal que aqui o SIM propõe]. ".

Se a solução for a segunda, o SIM está inteiramente disponível para desencadear os necessários procedimentos de negociação colectiva, reiterando apesar disso a improdutividade da pretendida, pelo Governo, revisão do actual Regime Legal das Carreiras Médicas.

---

[5] *Ao contrato individual de trabalho, aplica-se a L 23/2004, 22.VI; ao contrato de trabalho em funções públicas, aplica-se a L 59/2008, 11.IX. São inúmeras as diferenças, a não menor das quais é, consequencialmente e impressivamente, a de que os pleitos judiciais, no primeiro caso, são dirimidos nos Tribunais do Trabalho, e os segundos, caem sob a alçada da jurisdição administrativa, conforme determina o art. 4.º/3, d) ETAF, aprovado pela L 13/2002, 19.II, na redacção introduzida pelo art. 10.º L 59/2008, 11.IX.*

[6] *Pressupondo que o legislador, tanto o parlamentar como o do executivo, irá persistir na senda da empresarialização do sector, i.e., na afectação ao modelo epe dos estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares.*

[7] *Isto, desde logo, igualmente para que se respeite, quanto ao pessoal do Serviço Nacional de Saúde, o previsto na Base XXXI, L 48/90, 24.VIII, e no art 18.º do Estatuto, aprovado pelo DL 11/93, 15.I, coisa que as soluções dos "Princípios enformadores" põem em crise."*

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL

O Ministério da Saúde em 21 de Agosto de 2008, enviou ao SIM, o Projecto de Decreto-lei que cria no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, com um pedido de parecer. O SIM em 10 de Setembro de 2008, remeteu ofício com a sua posição.

"Preâmbulo

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surge no âmbito das políticas de saúde e de segurança social adoptadas pelo XVII Governo Constitucional, de forma a permitir o desenvolvimento de acções mais consentâneas com as necessidades das pessoas em situação de dependência e a potenciar as respostas dadas pelos recursos locais de proximidade, segundo um modelo de intervenção integrado ou articulado da saúde e de apoio social.

O modelo tem-se consubstanciado na concepção de respostas que combinam os recursos de saúde e de apoio social e envolvem a colaboração de diversos parceiros sociais, adequando-os às necessidades das pessoas em situação de dependência, garantindo o seu acompanhamento para além da fase aguda da doença, contribuindo, deste modo, para a transformação e modernização do sistema de cuidados de saúde e reforço do apoio social no País.

Apesar da maioria das situações de dependência estar contemplada pelo conjunto de respostas da RNCCI, existem, no entanto, situações, nomeadamente da área da saúde mental, cuja responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde, embora atribuída pelo Decreto-lei nº. 35/99 de 5 de Fevereiro, aos Serviços Locais de Saúde Mental, nas suas vertentes da prevenção, tratamento e reabilitação, que não foram, ainda, pela sua especificidade, incluídas no modelo de cuidados continuados integrados.
De facto, a caracterização histórica e sociológica da prestação de cuidados de saúde mental assume uma especificidade e uma evolução próprias, consequência, em parte, do enquadramento axiológico e psico-social dado à doença mental, indissociável, também ele, do tipo de respostas concebidas e proporcionadas ao longo dos tempos pelos sistemas de saúde e de apoio social.

Por outro lado, a realidade exige um reforço do investimento na promoção das condições adequadas à satisfação das necessidades das pessoas com doenças mentais de evolução prolongada, garantindo o seu acompanhamento fora das fases agudas da doença e promovendo a sua integração comunitária em alternativa à institucionalização.

Tendo por referência os mesmos princípios de adequação dos recursos às necessidades da população, preconizados pela RNCCI e numa perspectiva de promoção das condições para a efectivação da reforma da saúde mental em Portugal, considera-se pois, como imperiosa a criação de respostas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, especificamente dirigidas e adaptadas a este contexto e particularidades.

Foram ouvidas as Administrações Regionais de Saúde, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, a União das Misericórdias Portuguesas, a Administração Central dos Serviços de Saúde e ainda, a título facultativo, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos, a Federação Nacional de Sindicatos de Enfermeiros, o Sindicato Independente dos Médicos. Foram também ouvidas a Comissão Nacional de Protecção de Dados e a Associação de Municípios Portugueses.

Assim,
No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Capítulo I
Disposições gerais

Artigo 1.º
Objecto

1 - O presente diploma cria, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) instituída pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinadas às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 - As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, referidas no número anterior, integram-se na RNCCI nos termos do disposto neste diploma.

Artigo 2.º
Definições

Para efeitos do disposto no presente

diploma, entende-se por:

a) «Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental»: o conjunto de intervenções sequenciais de psiquiatria e saúde mental e de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na reabilitação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e continuo, que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência com vista à sua integração familiar e social;

b) «Dependência»: a situação em que se encontra a pessoa com incapacidade psicossocial, que por falta ou perda de autonomia psíquica, física ou intelectual, resultante de doença mental grave, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária;

c) «Doença Mental Grave»: doença psiquiátrica, cuja evolução se caracteriza pela persistência, recaídas ou recidivas dos sintomas, afectando de forma prolongada e contínua a funcionalidade da pessoa;

d) «Incapacidade psicossocial»: a situação objectiva de redução total ou parcial da capacidade da pessoa para desempenhar as actividades da vida diária, no contexto social, familiar e profissional;

e) «Desvantagem»: a situação social da pessoa relativamente aos prejuízos sofridos em consequência da sua incapacidade;

f) «Funcionalidade»: a capacidade da pessoa, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, se relacionar com o meio envolvente e participar socialmente;

g) «Estrutura Modular»: a autonomização de um espaço físico dentro de uma estrutura física comum, de forma a recriar um ambiente próprio, tipo domicílio, o mais próximo do ambiente familiar;

h) «Treino da autonomia»: o conjunto de intervenções psicossociais e de terapia ocupacional, destinado a promover a aquisição e ou a manutenção de competências para o desempenho, o mais autónomo possível, das actividades da vida diária;

i) «Reabilitação psicossocial»: o processo de desenvolvimento das capacidades remanescentes e de aquisição de novas competências para o autocuidado, actividades da vida diária, relacionamento interpessoal, integração social e profissional e participação na comunidade;

j) «Serviço Local de Saúde Mental»: a unidade funcional de suporte à prestação de cuidados psiquiátricos e de saúde mental às populações de uma determinada área geo-demográfica que corresponde, na estrutura orgânica hospitalar, a um departamento ou a um serviço de psiquiatria ou de pedopsiquiatria dos hospitais gerais, ou a um sector de psiquiatria dos hospitais psiquiátricos, nos termos dos artigos 10º, 11º e alínea a) do nº 1 do artigo 16º do Decreto Lei nº 35/99, de 5 de Fevereiro;

l) «Elevado grau de incapacidade psicossocial»: a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente graves limitações funcionais e ou cognitivas, necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e da medicação, reduzida mobilidade na comunidade, dificuldades relacionais acentuadas, incapacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

m) «Moderado grau de incapacidade psicossocial»: a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas e ou funcionais medianas, necessidade de supervisão regular na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica, na gestão do dinheiro e da medicação, dificuldades relacionais significativas, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

n) «Reduzido grau de incapacidade psicossocial»: a situação objectiva da pessoa com incapacidade psicossocial que apresente limitações cognitivas ligeiras, necessidade de supervisão periódica na gestão do dinheiro e da medicação, e da organização da vida social e relacional, não apresentando disfuncionalidades a nível da mobilidade na comunidade, da autonomia funcional, da autonomia na higiene, alimentação e cuidados pessoais, nas actividades de vida diária e doméstica e da capacidade para reconhecer situações de perigo e desencadear procedimentos preventivos de segurança do próprio e de terceiros;

Artigo 3.º
Objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, os seguintes:

a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;

b) A manutenção e ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial;

c) A integração familiar, social e profissional das pessoas com incapacidade psicossocial;

d) A desinstitucionalização das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos de psiquiatria dos hospitais gerais;

e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Artigo 4.°
Articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental

1 - As unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental funcionam em articulação com os Serviços Locais de Saúde Mental previstos no artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

2 - No âmbito do disposto no número anterior, os Serviços Locais de Saúde Mental asseguram, designadamente:

a) A referenciação das pessoas com incapacidade psicossocial para as Equipas de Coordenação Local (ECL) da RNCCI;

b) A prestação de cuidados de psiquiatria e de saúde mental às pessoas com incapacidade psicossocial das unidades, residências e equipas, sempre que disponham de recursos próprios para o efeito, nos termos do previsto no presente diploma.

Artigo 5.º
Coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental

A coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental da RNCCI, sem prejuízo do disposto nos artigos 9º, 10º e 11º do Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, é assegurada nos seguintes termos:

a) A nível nacional pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) através de uma equipa multidisciplinar composta, entre outros, por representantes da Saúde, da Segurança Social e da Coordenação Nacional de Saúde Mental e, quando necessário, técnicos ou consultores de outras áreas;
b) A nível regional pelas Equipas Coordenadoras Regionais (ECR) que incluem representantes da Coordenação Regional de Saúde Mental, designados pelo Presidente da respectiva Administração Regional de Saúde, sob proposta do Coordenador Nacional de Saúde Mental;
c) A nível local pelas Equipas Coordenadoras Locais (ECL) que incluem dois representantes do Serviço Local de Saúde Mental da respectiva área geo-demográfica, designados pelo Presidente da respectiva Administração Regional de Saúde, sob proposta do Coordenador Nacional de Saúde Mental.

Capítulo II
Tipologia

Artigo 6.º
Tipologia das unidades e equipas

1 - A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

a) Unidades de convalescença;
b) Unidades residenciais de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção;
c) Unidades sócio-ocupacionais;
d) Equipas de apoio domiciliário.

2 - Constituem unidades residenciais de média duração e reabilitação as:

a) Residências de treino de autonomia,

3 - Constituem unidades residenciais de longa duração e manutenção as:

a) Residências de apoio máximo;
b) Residências de apoio moderado;
c) Residências autónomas.

Secção I
Unidade de convalescença

Artigo 7.º
Caracterização

1 - A unidade de convalescença é uma unidade de internamento localizada na comunidade, para dar continuidade ao processo de tratamento e iniciar o processo de reabilitação psicossocial, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação clínica.

2 - A unidade de convalescença tem por finalidade consolidar a estabilização clínica potenciadora da aquisição de competências, que habilite para o regresso ao domicílio ou para o encaminhamento para outras unidades ou equipas.

3 - A unidade de convalescença destina-se a internamentos com previsibilidade máxima até 90 dias consecutivos.

4 - A capacidade da unidade de convalescença é de 20 a 30 lugares, com estrutura (s) modular (s) de 6 a 8 pessoas.

Artigo 8.º
Serviços

A unidade de convalescença assegura, sob a direcção de um médico psiquiatra, designadamente:

a) Cuidados médicos diários da especialidade de psiquiatria;
b) Cuidados de enfermagem permanentes;
c) Meios complementares de diagnóstico;
d) Prescrição, fornecimento e administração de fármacos;
e) Actividades de reabilitação diárias;
f) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores;
g) Educação e treino dos familiares e outros cuidadores;
h) Higiene, conforto e alimentação;
i) Convívio e lazer.

Secção II
Unidades residenciais de média duração e reabilitação

Subsecção I
Residência de treino de autonomia

Artigo 9.º
Caracterização

1 - A residência de treino de autonomia é uma unidade residencial, localizada na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, estabilizadas clinicamente e que conservam alguma funcionalidade.

2 - A residência de treino de autonomia tem por finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicilio ou, em caso de ausência de suporte familiar e ou social adequado, para a admissão em outras unidades e equipas.

3 - A permanência na residência de treino de autonomia tem uma duração máxima de 18 meses consecutivos.

4 - A capacidade das residências de treino de autonomia é de 6 a 12 lugares com estrutura(s) modular(s) até 6 pessoas em capacidade máxima.

Artigo 10.º
Serviços

A residência de treino de autonomia assegura, sob a direcção de um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, designadamente:

a) Cuidados médicos semanais da especialidade de psiquiatria;
b) Cuidados de enfermagem semanais;
c) Actividades de reabilitação diárias incluindo actividades em estruturas da comunidade;
d) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores;
e) Educação e treino dos familiares e outros cuidadores;
f) Prescrição e fornecimento de fármacos;
g) Monitorização e treino na gestão da medicação;
h) Higiene, conforto e alimentação;
i) Convívio e lazer.

Secção III
Unidades residenciais de longa duração e manutenção

Subsecção I
Residência de apoio máximo

Artigo 11.º
Caracterização

1 - A residência de apoio máximo é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com

elevado grau de incapacidade psicossocial clinicamente estabilizadas, impossibilitadas de serem tratadas no domicilio por ausência de suporte familiar e ou social adequado.

2 - A residência de apoio máximo tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.

3 - A residência de apoio máximo destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias, por ano.

4 - A capacidade das residências apoiadas é de 20 a 30 lugares, com estrutura(s) modular(s) de 6 a 8 pessoas.

Artigo 12.º
Serviços

A residência de apoio máximo assegura, sob a direcção de um médico psiquiatra ou de um enfermeiro da área da saúde mental, designadamente:
a) Cuidados médicos semanais da especialidade de psiquiatria;
b) Cuidados de enfermagem permanentes;
c) Actividades de reabilitação diárias;
d) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores;
e) Educação e treino dos familiares e outros cuidadores;
f) Prescrição, fornecimento e administração de fármacos;
g) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
h) Higiene, conforto e alimentação;
i) Convívio e lazer.

Subsecção II
Residência de apoio moderado

Artigo 13.º
Caracterização

1 - A residência de apoio moderado é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial clinicamente estabilizadas, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar e ou social adequados.

2 - A residência de apoio moderado tem por finalidade proporcionar cuidados que permitam a manutenção e o desenvolvimento da funcionalidade existente, proporcionando melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional.

3 - A residência de apoio moderado destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias, por ano.

4 - A capacidade das residências de apoio moderado é de 12 a 16 lugares com estrutura(s) modular(s) de 6 a 8 pessoas.

Artigo 14.º
Serviços

A residência de apoio moderado assegura, sob a direcção de um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, designadamente:
a) Cuidados médicos da especialidade de psiquiatria;
b) Cuidados de enfermagem semanais;
c) Actividades de reabilitação diárias, incluindo actividades em estruturas da comunidade ou nas Unidades sócio-ocupacionais;
d) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores;
e) Educação e treino dos familiares e outros cuidadores;
f) Monitorização e apoio na gestão da medicação;
g) Higiene, conforto e alimentação;
h) Apoio e orientação nas actividades da vida diária;
i) Convívio e lazer.

Subsecção III
Residência autónoma

Artigo 15.º
Caracterização

1 - A residência autónoma é uma estrutura residencial, localizada na comunidade e destinada a pessoas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado.

2 - A residência autónoma tem por finalidade proporcionar suporte residencial que permita a integração em actividades de socialização e de formação profissional ou emprego, promovendo melhor qualidade de vida e maior participação social.

3 - A capacidade das residências autónomas é de 5 a 7 lugares.

Artigo 16.º
Serviços

1 -A residência autónoma assegura, sob a direcção de um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, designadamente:
a) Cuidados médicos da especialidade de psiquiatria;
b) Cuidados de enfermagem;
c) Supervisão das actividades da vida diária;
d) Apoio na integração nas actividades profissionais ou sócio-ocupacionais;
e) Apoio psicossocial;
f) Educação e treino dos familiares e outros cuidadores;
g) Supervisão na gestão da medicação;
h) Acesso a actividades de convívio e lazer.

Secção IV
Unidade sócio-ocupacional

Artigo 17.º
Caracterização

1 - A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 - A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 - A unidade sócio-ocupacional funciona, no mínimo, oito horas por dia, nos dias úteis.

4 - A capacidade da unidade sócio-ocupacional é, no máximo, de 30 lugares diários.

Artigo 18.º
Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, sob a direcção de um técnico da área psicossocial, designadamente:
a) Reabilitação psicossocial;
b) Apoio sócio-ocupacional;
c) Apoio na gestão da medicação;
d) Apoio psicossocial, incluindo aos familiares e outros cuidadores;
e) Educação e treino dos familiares e

outros cuidadores;
f) Apoio de grupos de auto-ajuda, incluindo familiares e outros cuidadores;
g) Apoio à reintegração familiar;
h) Apoio na alimentação e higiene;
i) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
j) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade;
l) Convívio e lazer.

Secção V
Equipas de apoio domiciliário

Artigo 19.º
Caracterização

1 - A equipa de apoio domiciliário destina-se a:
a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
b) Melhorar a integração social e o acesso aos recursos comunitários;
c) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
d) Sinalizar situações de descompensação para os Serviços Locais de Saúde Mental;
e) Apoiar a pessoa e a sua família ou outros cuidadores na saída do hospital ou das unidades residenciais para o domicílio;
f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 - A constituição e a gestão das equipas de apoio domiciliário, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, é objecto de regulamentação por despacho do Ministro da Saúde.

3 - A equipa de apoio domiciliário, para efeitos de apoio social, articula com os serviços de apoio domiciliário do âmbito do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Artigo 20.º
Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, sob a coordenação de um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, designadamente:
a) Apoio de psiquiatria e saúde mental, através dos serviços locais de saúde mental;
b) Cuidados domiciliários de enfermagem;
c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros cuidadores;
d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e outros cuidadores;
e) Promoção da autonomia nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária;
f) Apoio na gestão da medicação;
g) Promoção do acesso a actividades de convívio e lazer.

Capítulo V
Acesso, ingresso e mobilidade nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental

Artigo 21.º
Acesso

São destinatários das unidades e equipas previstas no presente diploma as pessoas com incapacidade psicossocial que tenham:
a) Alta das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais gerais;
b) Alta das unidades residenciais de evolução prolongada públicas e privadas;
c) Necessidade de cuidados continuados integrados de saúde mental e se encontrem a viver na comunidade.

Artigo 22.º
Ingresso

1 - O ingresso nas unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, é determinado pela Equipa Coordenadora Local, sob proposta dos Serviços Locais de Saúde Mental.

2 - Para efeitos da proposta de ingresso nas unidades e equipas mencionadas no ponto anterior, o grau de incapacidade psicossocial é determinado através de um instrumento único de avaliação a aprovar por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Capítulo VI
Financiamento das unidades e equipas

Artigo 23.º
Financiamento

1 – Sem prejuízo do disposto no Capítulo XI do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de Junho, os encargos decorrentes do funcionamento das unidades e equipas de apoio domiciliário são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados, nos seguintes termos:
a) As unidades de convalescença são da responsabilidade do Ministério da Saúde, ou por este contratualizadas;
b) As unidades residenciais de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção e a unidade sócio-ocupacional são da responsabilidade dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, consoante a natureza dos cuidados prestados;
c) As equipas de apoio domiciliário, no âmbito da prestação de cuidados de saúde, são da responsabilidade do Ministério da Saúde.
d) No âmbito do apoio social, as equipas de apoio domiciliário são da responsabilidade do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

2 - A utilização das unidades referidas na alínea b) do número anterior é comparticipada, na vertente do apoio social, pela pessoa com incapacidade psicossocial em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar, a definir por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Capítulo VII
Disposições transitórias e finais

Artigo 24.º
Aplicação progressiva

1 - As unidades e equipas previstas no presente diploma são implementadas progressivamente, através de experiências piloto, a criar no primeiro ano a contar da entrada em vigor do mesmo.

2 - A identificação das unidades de cuidados continuados integrados de saúde mental que integram a RNCCI é definida por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

3 - As unidades criadas pelo presente diploma são objecto de regulamentação por despacho dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Artigo 25.º
Norma transitória

1 - O Despacho Conjunto n.º 407/98, de 15 de Maio, mantém-se transitoriamente em vigor no que se refere às respostas já existentes dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico, até à sua reconversão nas unidades e equipas previstas no presente diploma.

2 - A reconversão das respostas, prevista no número anterior, tem de ser concluída no prazo de dois anos.

Artigo 26.º
Direito subsidiário

No que não contrarie o disposto no presente diploma é subsidiariamente aplicável o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

Artigo 27.º
Início de vigência

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação."

POSIÇÃO DO *SIM*

"Lisboa, 10 de Setembro de 2008

Ex.mo Senhor
Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
Dr. Francisco Ramos

Assunto: Projecto de Decreto-Lei que cria no âmbito da RNCCI as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental. V/ oficio n°. 6215, de 14 de Agosto de 2008.

Senhor Secretário de Estado,

No estrito plano jurídico, não há particulares reparos a fazer ao projecto de decreto-lei acima referido e que nos foi remetido para *pronúncia*.

O projecto deve ser interpretado em conexão com o DL 101/2006, 6.VI, mas também com o DL 35/99, 5.II; este último é o que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Designadamente, a vertente de *reabilitação* e do apoio à *reinserção dos doentes* (de *evolução prolongada* ou em estado de *dependência*), figura como atribuição, seja dos hospitais psiquiátricos, seja, depois, das unidades e equipas de cuidados continuados.

Dito isto, o diploma em apreço traduz-se no desenvolvimento natural do algoritmo da saúde mental, na fase reintegradora.

Ora, sendo lógico, esperado, até conceptualmente entendivel no normal desdobrar legislativo, este diploma causa-nos sérias preocupações de exequibilidade e aplicabilidade porque dá corpo a uma tendência, legítima mas discutível, da Psiquiatria: a ruptura com a institucionalização centralizada sob o escrutínio directo dos serviços de Psiquiatria e, *maxime*, de médicos especialistas em Psiquiatria. Isto é, assenta na tendência de psiquiatria social, válida, importante, mas não consensual como modelo organizativo de saúde mental. É uma escolha ideológica e, como tal, muito longe de garantir, de *per si*, uma boa prestação de cuidados de saúde mental.

Estamos perante uma proposta de modelo *social* da psiquiatria e não de um modelo *médico* (no sentido Hipocrático), enquadrando os cuidados de saúde num contexto social demasiado abrangente, impreciso, dando espaço para o livre arbítrio das equipas multidisciplinares.

E esta imprecisão é extremada pelo âmbito proposto do próprio DL para seu destino de aplicação: *as pessoas com incapacidade psicossocial*. Ora, por mais que nos esforcemos, não encontramos acomodação científica médica para esta designação, não lhe conhecemos definição precisa nem a encontramos em qualquer sistema de classificação de doenças mentais reconhecido internacionalmente (ICD 10 ou o DSM IV).

Mais, o diploma crê na mudança bondosa, fácil e pacífica, assente em parceiros e instituições que não existem, com cuidados médicos psiquiátricos estabelecidos por presença (ou não) do psiquiatra e aferição da respectiva periodicidade de cuidados, mas sem referência precisa a que tipo de assistência médica irá ser prestada.

Em contraponto, deve dizer-se, em abono da verdade, que, no presente, ninguém parece querer cuidar da doença men-tal e dos doentes psicóticos e que as comunidades, princi-palmente a nível dos Cuidados de Saúde Primários, se debatem com enormes dificuldades para apoio condigno a este tipo de doentes, quer a nível de referenciação a consultas externas de Psiquiatria, quer para internamento ou institucionalização.

É assim proposto por V. Exa. um caminho, ideológico e tendencioso, mas um caminho. Desejemos-lhe controlo absoluto na adivinhada burocratização, tolerância mínima para a constituição de pseudo poderes, esforço sério numa correcta orçamentação e, por fim, um horizonte temporal de execução que não transforme a progressividade e a experimentação em desespero e derrota.

Com as nossas melhores saudações sindicais,"

SINDICATOS, RESPONSABILIDADE CIVIL E SEGUROS

Face ao deficit informativo do Diário Económico relativamente ao papel dos Sindicatos Médicos na questão dos seguros de responsabilidade civil dos médicos, foi enviado ao director deste jornal o ofício abaixo .

"Ex.mo Senhor
Director do Diário Económico

*Assunto: **"Médicos querem apoio do Estado contra erros laborais" – DE***

No Diário Económico do dia 01 de Outubro é publicada, na página 44, uma notícia com o título "Médicos querem apoio do Estado contra erros laborais", e em cujo desenvolvimento é afirmado, logo no seu início, que "Os sindicatos dos magistrados, polícias e médicos querem ver o Estado a apoiar os seus funcionários no pagamento de seguros de responsabilidade civil extracontratual."
Manifestando desde já o nosso apreço pela atenção prestada pelo DE a este candente problema derivado da entrada em vigor da nova legislação referente à transferência da responsabilidade civil do Estado, convirá no entanto que algumas correcções se façam e informações complementares sejam dadas.
Assim:

1º Na notícia em questão não são fornecidos quaisquer elementos referentes aos sindicatos médicos, tão só são recolhidas declarações do sr. bastonário da Ordem dos Médicos.
Este informa da existência de um seguro de responsabilidade civil ao dispor dos médicos, algo que revela uma boa utilização das quotas que os médicos têm de obrigatoriamente pagar para aquela instituição. Convirá contudo referir que se trata de um seguro de grupo, sujeito a franquias, e em que a Ordem dos Médicos actua a modos de mediadora de seguros de uma companhia do ramo.

2º No que ao Sindicato Independente dos Médicos respeita, é um direito dos seus associados a assistência jurídica especializada e integral do seu Departamento Jurídico, de modo gratuito; o acesso a apoio financeiro para fazer face a despesas em processos judiciais, conforme regulamento do Fundo Social do SIM; e bem assim o acesso a comparticipação até 15.000 euros em caso de decisão judicial condenatória por responsabilidade civil ou profissional, por erro ou negligência, também conforme regulamento do Fundo Social, sem intermediação de qualquer companhia de seguros.

3º Acresce ainda que nos Acordos de Empresa que têm sido negociados pelo SIM é a empresa a pagar os seguros de responsabilidade civil dos médicos que para ela trabalham.
Saliente-se que a mais recente legislação referente à Administração Pública (Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro; Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro) aponta inequivocamente para a negociação colectiva e para a celebração de contratos colectivos de trabalho e de acordos de empresa, sendo esse o caminho para obviar às implicações que muito bem são referidas na notícia do DE.
Com efeito, é na contratação colectiva que deve figurar o seguro de responsabilidade civil tal como já é obrigatório, para quem está em CIT nas empresas, o seguro de acidentes pessoais.
Esta é a posição que o Sindicato Independente dos Médicos vem defendendo desde há anos junto do Ministério da Saúde e que, interpretando o presente sentido legislativo laboral da Administração Pública, prosseguirá no processo negocial em curso.
Com as melhores saudações sindicais,

Secretariado Nacional do SIM"

ARS NORTE IMPÕE CIT

A ARS Norte impõe, de forma abusiva, Contratos Individuais de Trabalho a médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar, seleccionados no âmbito do concurso interno geral de ingresso aberto em 14/03/2007. O CIT em questão tem cláusulas perigosas e ilegais e é acompanhado de esclarecimentos onde se afirma, sonhadoramente, que *"os contratos terão os direitos e deveres que assistem os funcionários da carreira que estiver em causa, só que em vez de ingressarem por despacho de nomeação e consequente aceitação, ingressam através da assinatura de um contrato de trabalho por tempo indeterminado"*. Ora esta publicidade enganosa é ainda agravada pela pressão para a assinatura do CIT sem dar ao médico qualquer hipótese de analisar as suas cláusulas e as submeter ao crivo jurídico dos Sindicatos. Mais grave é que os médicos em questão só podem entrar em funções através de nomeação e, como todos, a partir de Janeiro de 2009, então passar a regime de contrato de trabalho em funções públicas. A ARS Norte vem, candidamente, dizer; assine aqui este CIT que é tudo a mesma coisa. Não é. É muito diferente e mais penalizante para o médico e acompanhado de esclarecimentos falsos e enganadores.
Assim não vamos lá.

O ESTAMINÉ DA FILÓ E AS CHOURIÇAS DA TI EMÍLIA

TAKE I

Passei por Leiria.
Lembrei-me - podia visitar a Filó, médica de família de muitos anos, pertencente ao quadro do CS Arnaldo Sampaio e colocada na extensão de Parceiros. Um pequeno toque. Estou a passar ao pé da Igreja. Não tem nada que enganar. Sempre em frente. Placa a dizer Posto Médico e Cemitério, curiosa associação directiva, viras à direita, mais duzentos metros. Lá estava à porta, longo sorriso, sempre jovem e bonita.
E eu, desculpa, passava por perto e às vezes dá-me para pedir para entrar e ver em que condições é que os médicos trabalham.
Aqui estamos, 4000 utentes, 1 administrativa, 1 enfermeira e 2 médicas. Muito trabalho. Gente boa às portas da capital do distrito. Já agora vem ver.
É normal tanto pó e lixo, pergunto admirado? - Não temos auxiliar e é uma empresa que vem limpar no final do dia. Mas parece ser pessoal sem formação e sem acompanhamento. O lixo contaminado é despejado junto com o lixo geral. Os sacos de lixo são despejados e recolocados. Estão bonzinhos não estão, ainda aguentam.
Aquilo ali é sangue? - É. Ontem à tarde foi dia de planeamento e fizemos algumas citologias. Estamos fartas de dizer que não pode ser mas sentimo-nos impotentes pois nada muda.
A coisa promete, penso eu. Aquilo é mesmo teias de aranha. Sim. Parecem de estimação. Mas estão em todos os vidros, menos nos da frente. Convém manter as aparências. Caramba, aquela rivaliza com as caves de vintage em Gaia.
Também é a empresa que faz a esterilização dos materiais? Essa eu nunca vi. E faz bem? Os líquidos esterilizadores não parecem gastar-se ao ritmo recomendado.
Quanto aos tempos... Mas o edifício parece novo. Porque é que as paredes estão cheias de salitre? Não havia dinheiro para isolamento e a obras políticas não se olha à qualidade.
Mas ainda limpam as mãos em toalhas turcas? Não temos outras. Não fornecem de papel. São caras.
Mas aquilo não é um esquentador? Sim. O que está a fazer na secretaria? E para onde vão os gazes? Para o forro. Mas o chão até parece simples de limpar e higienizar. Sim, mas a lixívia acumula-se sem gasto aparente e sem que lhe sintamos o cheiro tranquilizador. Parece que a casa é lavada com água.
O frigorífico não tem UPS? O que é isso? Quando falta a luz como fazem para proteger as vacinas? Espero dar conta, pois vivo aqui perto, diz a enfermeira. Tento vir ligar para não haver estragos.
E aqueles brinquedos ali amontoados? Estavam dispostos num cantinho para as nossas crianças brincarem na sala de espera, mas nunca eram limpos...
Despedi-me envergonhado, encurtando a visita de médico, quase como se tivesse culpa. Se calhar tenho. Apetece-me berrar. Devo, como Secretário-Geral, berrar ainda mais, mesmo que me chamem chato, inconveniente e outros mimos. Há centros de saúde que funcionam em condições e em instalações impróprias. Há regras sanitárias inexplicavelmente não cumpridas no sector da Saúde.
E se a ASAE fizesse umas visitinhas por aí?
Quantos estaminés teríamos que encerrar?
E não deveria faze-las em vez de implicar com as chouriças da Ti Emília?

TAKE II

A 20/06/2008 publicámos no Jornal Virtual (site do SIM), uma notícia sobre as condições de trabalho na extensão dos Parceiros, Centro de Saúde de Leiria.
Aquela notícia, carregada de ironia e de premeditada agressividade sindical, despertou consciências, abanou gente e suscitou intensa discussão.
Foi, como é lógico, dada a conhecer, por ofício institucional, ao senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde de Leiria, Dr. Jorge Silva Pereira.
A 4/09/2008, recebemos resposta. O seu teor, que aqui reproduzimos na íntegra, revela-nos que o cinzentismo não é geral, que a crítica, mesmo dura e agressiva, não é entendida em termos pessoais e partidários e que, mais importante, há quem se importe e quem tente resolver. Sem esquemas, sem remoques, sem subterfúgios.
Encaixar crítica é um sinal concreto de lucidez democrática. Utilizar a crítica para proceder a alterações em prol dos doentes é sinal de inteligência. Lucidez democrática e inteligência são factores em extinção acelerada.
Daí o agrado da resposta à nossa provocação e a consideração pública por quem a produziu.
"Presente o teor do print publicado no Jornal Virtual do SIM da v/ autoria que mereceu a n/ melhor atenção e apreço, permitindo chegar ao n/ conhecimento por esse meio das anomalias identificadas e introduzir os necessários ajustamentos.
Como teve oportunidade de verificar, a Extensão de Saúde de Parceiros é recente, funcional, tem bom aspecto, aceitando-se no entanto que carece de algumas intervenções nas áreas identificadas.
A Empresa de Limpeza contratada para o efeito, executa o serviço de rotina, confirmando-se todavia a necessidade melhorar alguns pormenores.
O lixo contaminado por se tratar de uma área sensível e regulamentada, é recolhido por Empresa Especializada (a recolha é efectiva e está documentada), admitimos contudo que a Empresa de Limpeza possa cometer erros de manuseamento pelo que vai ser alertada para corrigir procedimentos.
Sobre a esterilização, nomeadamente lavagem de material cirúrgico, prévio à sua introdução no auto clave, vão ser dadas instruções aos responsáveis de Enfermagem para vigiar e alterar as práticas usuais.
O esquentador encontra-se junto ao balcão de atendimento em espaço anexo com um separador que deveria estar fechado para isolar a área. Sobre o sistema de exaustão vai ser pedida intervenção do Gabinete de Instalações, que avaliará a situação assim como a questão do frigorífico de vacinas e a presença de salitre nalguns gabinetes, a fim de serem equacionadas as melhores soluções."

TRANSFORMAÇÃO DO HOSPITAL PROF.DR.FERNANDO DA FONSECA EM E.P.E.

COMUNICADO

Foi publicado em 10 de Outubro de 2008 o DL 203/2008, 10.X, que procede à transformação do Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca em entidade pública empresarial (EPE), com o capital estatutário de € 1.200.000,00, subscrito e integralmente realizado pelo Estado.

A posição da Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA, acabou, mantendo-se, todavia, inalterada a situação jurídica dos trabalhadores médicos, quer possuam a condição de funcionários ou agentes, quer possuam a de trabalhadores em contrato individual de trabalho.

Infelizmente, nem o transmitente – a Sociedade Gestora, nem o adquirente – O Estado português, cumpriram a lei, visto que não informaram os trabalhadores médicos, nem os seus representantes "da data e motivo da transmissão, das suas consequências jurídicas, económicas e sociais para os trabalhadores e das medidas projectadas em relação a estes", como se determina no art. 320.º/1, do Código do Trabalho. Esta informação deveria ter sido prestada *por escrito* e *em tempo útil*. Mais, também não foi feita a *consulta* prévia, destinada a obter o respectivo *acordo*, como impõe o n.º 2, da mesma disposição legal.

Esta leviandade de condutas é muito censurável, não só porque ilegal, mas também porque oriunda do próprio Estado que assim demonstra o menoscabo em que tem os trabalhadores, designadamente médicos.

Por outro lado, interessa a todos ter presente que o Acordo de Empresa (AE) em vigor, celebrado entre o SIM e a Sociedade Gestora, à luz do que prevê o art. 555.º, do Código do Trabalho, se mantem em vigor no actualmente Hospital EPE " no mínimo durante 12 meses a contar da data da transmissão [que é 11.X.2008, por ser esta a data de entrada em vigor do decreto-lei que opera esta modificação]", isto é, até 10.X.2009.

Entretanto, o SIM desencadeará as iniciativas que repute adequadas à melhor salvaguarda dos direitos dos trabalhadores médicos abrangidos pelo seu AE.

Novas informações serão, pois, oportunamente, prestadas pelo Sindicato.

Lisboa, 14 de Outubro de 2008 O SECRETARIADO NACIONAL

MÉDICO EXCLUÍDO DE COBERTURA EM RESPONSABILIDADE CIVIL PELA COMPANHIA DE SEGUROS AXA

Um médico viu negada a renovação automática da sua apólice de seguro de responsabilidade civil com um espantoso argumento: "*Foi detectado no seu contrato em referência um comportamento de sinistralidade atípico que a AXA não poderá continuar a suportar*". Ora a atípia em questão refere-se a uma processo cível e penal em que o arguido (o médico) foi absolvido. Isto é, está inocente perante acusação de crime por negligência e um colectivo de juízes e o próprio Ministério Público assim o confirmam. De uma forma absolutamente espantosa, a Companhia de Seguros AXA, responsável por uma larga faixa de apólices de médicos através da Ordem dos Médicos, tomou agora a iniciativa de não renovar a apólice em curso com aquele extraordinário argumento.

Vendo nas costas dos outros as nossas, aqui se alertam os médicos com apólices de seguros naquela Companhia, a AXA, para a possibilidade de receberem, quando se comportarem atipicamente, presente semelhante por via postal.

PROPOSTA DO SECRETARIADO NACIONAL AO CONSELHO NACIONAL DO SIM

APRESENTADA NA REUNIÃO DE 16 DE SETEMBRO DE 2008

Tendo em conta o ponto 4 da Ordem de Trabalhos da reunião do Conselho Nacional do SIM, marcada para 16 de Setembro, vem o Secretariado Nacional propor aos senhores conselheiros o seguinte:

1 – Que as datas para o IX Congresso do SIM sejam os dias 6 e 7 de Março de 2009, sexta e sábado, de modo a poder fazer coincidir o nosso Congresso com a celebração do 30º Aniversário do nosso Sindicato.

2 – Que o Congresso se realize na cidade de Lisboa, em local a designar pelo Secretariado Nacional, em função da oferta de acomodação hoteleira e do seu respectivo balanço qualidade/preço.

3 - Que o Conselho Nacional delibere em 104 (cento e quatro) o número de delegados a eleger por sufrágio universal para o IX Congresso, dado que os delegados por inerência (secretariado nacional, conselho nacional, conselho de disciplina e conselho fiscalizador de contas) são 51 (cinquenta e um).

4 – Que o Secretariado Nacional proponha ao Presidente da Mesa do Congresso a marcação do IX Congresso do SIM com o número total de 155 (cento e cinquenta e cinco) delegados e proceder à tramitação estatutária do respectivo cronograma.

5 – Que se constitua, entre os conselheiros nacionais, uma comissão de apoio à realização do IX Congresso do SIM, nomeadamente coadjuvando o Secretariado Nacional na proposta de Ordem de Trabalhos e de Programa para a comemoração do 30º Aniversário do SIM.

Lisboa, em 16 de Setembro de 2008

O Secretariado Nacional

PROPOSTA DO SECRETARIADO NACIONAL AO CONSELHO NACIONAL DO SIM

APRESENTADA NA REUNIÃO DE 16 DE SETEMBRO DE 2008

Tendo em conta o ponto 4 da Ordem de Trabalhos da reunião do Conselho Nacional do SIM, marcada para 16 de Setembro, vem o Secretariado Nacional propor aos senhores conselheiros o seguinte:

1 – Que as datas para o IX Congresso do SIM sejam os dias 6 e 7 de Março de 2009, sexta e sábado, de modo a poder fazer coincidir o nosso Congresso com a celebração do 30º Aniversário do nosso Sindicato.

2 – Que o Congresso se realize na cidade de Lisboa, em local a designar pelo Secretariado Nacional, em função da oferta de acomodação hoteleira e do seu respectivo balanço qualidade/preço.

3 - Que o Conselho Nacional delibere em 104 (cento e quatro) o número de delegados a eleger por sufrágio universal para o IX Congresso, dado que os delegados por inerência (secretariado nacional, conselho nacional, conselho de disciplina e conselho fiscalizador de contas) são 51 (cinquenta e um).

4 – Que o Secretariado Nacional proponha ao Presidente da Mesa do Congresso a marcação do IX Congresso do SIM com o número total de 155 (cento e cinquenta e cinco) delegados e proceder à tramitação estatutária do respectivo cronograma.

5 – Que se constitua, entre os conselheiros nacionais, uma comissão de apoio à realização do IX Congresso do SIM, nomeadamente coadjuvando o Secretariado Nacional na proposta de Ordem de Trabalhos e de Programa para a comemoração do 30º Aniversário do SIM.

Lisboa, em 16 de Setembro de 2008

O Secretariado Nacional

PROGRESSÃO NAS CARREIRAS MÉDICAS

Nos termos do DL 73/90, 6.III, que institui o Regime Legal das Carreiras Médicas, a progressão da categoria de assistente para a categoria de assistente graduado, opera-se por: (i) progressão da categoria de assistente habilitado com o grau de consultor, verificando-se a mudança de categoria a partir da data de obtenção do grau; ou (ii) mediante informação favorável de uma comissão de avaliação curricular, pelos assistentes que possuam, pelo menos, oito anos de antiguidade nesta categoria; estas progressões operam-se à luz do disposto no art. 23º.

Consequentemente, em anexo remeto-lhe a minuta que pode utilizar para desencadear o processo de avaliação curricular.

(MINUTA PARA DESENCADEAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO CURRICULAR)

Data, __/__/__

Exmo. Senhor Presidente do
Conselho de Administração da
Administração Regional de Saúde de ____

F _____(identificação pessoal e profissional completas), vem expor e requerer a V. Exa. o seguinte:
1. A médica signatária exerce funções próprias da sua categoria de assistente, há mais de 8 anos;
2. Pode permitir a sua promoção à categoria seguinte, a de assistente graduado, tal qual se prevê no art. 23.º/1, b) DL 73/90, 6.III, a da obtenção de informação favorável de uma comissão de avaliação curricular, composta por três elementos da carreira com a categoria igual ou superior à de assistente graduado, nos termos do disposto no art. 23.º/3, do referido decreto-lei;
3. Importa, pois, que tal comissão seja constituída e que a signatária seja convocada para apresentar o respectivo curriculum.
Nestes termos se requer:
(i) que seja constituída a comissão a que se refere o art. 23.º/3, in fine, DL 73/90, 6.III;
(ii) que a médica signatária seja convocada para apresentar o respectivo curriculum, a fim de obter, como é de direito e do seu interesse profissional a categoria de assistente graduada.

PEDE DEFERIMENTO
A MÉDICA,

CONDIÇÕES DE TRABALHO INADEQUADAS, SITUAÇÕES DE RISCO E RESPONSABILIDADE. O QUE FAZER?

É sentida no seio da classe, a crescente exposição dos profissionais a situações de *risco* e de *responsabilidade*, resultantes da depauperação das condições de trabalho com que se vêem confrontados quotidianamente.

Em inúmeros casos, tem sido doutrina do SIM aconselhar os médicos a apresentarem, cautelarmente, por escrito, *reclamação* ou *pedido de transmissão ou confirmação*, também por escrito, das ordens ou instruções emanadas dos seus superiores hierárquicos, que se revelem em matéria de serviço, do seu ponto de vista, ofensivas dos seus direitos ou geradoras do acréscimo do risco no desempenho profissional.

Com esta finalidade, os associados do SIM têm sido incentivados a invocar o art. 271º/2, da Constituição da República, adiante CRP, que dispõe que:

"*É excluída a responsabilidade do funcionário ou agente que actue no cumprimento de ordens ou instruções emanadas de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver*

reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.".
Todavia, se bem se reparar, esta disposição constitucional, tem por sujeitos o "*funcionário ou agente*"; isto é, literalmente, o preceito, inscrito no Título IX, CRP, "*Administração Pública*", refere-se aos *funcionários públicos* e aos *agentes administrativos*, respectivamente, aqueles trabalhadores da Administração Pública que possuem vínculos de *nomeação* ou de *contrato administrativo de provimento.*

Há, portanto, que perguntar, se aqueles, como os médicos do SNS, que não detenham a qualidade de *funcionários públicos* ou de *agentes administrativos*, a que se refere *expressis verbis* o preceito constitucional, designadamente os hoje detentores de cit, estão, ou não, abrangidos pela garantia do art. 271°/2, CRP.

Porque este não é o lugar apropriado para desenvolvimentos adicionais, há que observar apenas que:

(i) Tanto o legislador constitucional de 1976 como o de 1989 (2ª revisão), terão tido em consideração o universo fechado dos *funcionários e agentes*, não contemplando aqueles outros cujo vínculo jurídico assumisse alguma das demais formas que a lei ordinária previa, e prevê, como seja o *contrato a termo*, a *avença*, o cit, etc.;
(ii) Não obstante, os trabalhadores em cit, na actual Administração Pública em reforma profunda, tenderão a ocupar a esmagadora maioria dos postos de trabalho existentes;
(iii) Estes trabalhadores irão, entretanto e no futuro, desenvolver funções *iguais* às dos que foram ou ainda vão sendo *funcionários* ou *agentes*, nada, em substância, distinguindo uns dos outros;
(iv) Permitir a uns e negar a outros, constituiria uma discriminação que nada justificaria, a não ser a letra da norma em apreço;
(v) A interpretação do preceito, para além de um sentido literal, conferido pelo elemento histórico, deve comportar um sentido actualístico, de acordo com as circunstâncias novas, actuais, de aplicação da norma;
(vi) Actualmente, os médicos que exercem funções públicas no âmbito do SNS, fazem-no sob as vestes da *nomeação*, do *contrato administrativo de provimento* e do cit, sem que, materialmente, os seus desempenhos apresentem, por isso, contornos distintos, no que ao tema da *responsabilidade*, diz respeito.

Consequentemente, o art. 271°, CRP, deve considerar-se que abrange, no universo dos trabalhadores da Administração Pública ou, como no caso, desempenham funções públicas, também os vinculados por cit.
De onde que os médicos em cit possam subscrever, por escrito, as *reclamações* e os *pedidos de transmissão ou confirmação*, que os protejam em caso de serem responsabilizados civil ou disciplinarmente "*pelas acções ou omissões praticadas no exercício das suas funções e por causa desse exercício*".
A situação em questão não terá, contudo, tratamento semelhante para as situações em que o médico, funcionando como um prestador de serviços, não está sujeito a subordinação.

Nos casos em que seja oportuno, tendo em conta o acima indicado, poderá o médico, se o pretender, utilizar a minuta que anexo, a qual deve ser elaborada em dois exemplares, ficando um deles na posse do médico, depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o receber.

(MINUTA PARA UMA DECLARAÇÃO / PROTESTO)

Data, __/__/__

Excelentíssimo Senhor Presidente
do Conselho de Administração do Hospital _____

F _____ (identificação pessoal e profissional completas) – face à imposição que lhe foi feita de _____ (indicar todas as circunstâncias adversas da prestação de trabalho), pese embora o(a) signatário(a) se tenha oportuna e reiteradamente manifestado em oposição ao descrito quadro – vem apresentar o presente protesto.
O presente protesto tem em vista: (i) alertar para as condições de muito piorada prestação de cuidados médicos aos doentes assistidos neste Hospital; e (ii) produzir os efeitos a que alude o art. 271.°/2, da Constituição da República Portuguesa, considerando a signatária totalmente excluída toda a forma de responsabilidade, mormente civil e disciplinar, que possa provir do exercício das suas funções e por causa desse exercício, dentro do descrito quadro de imposição administrativa, na medida em que para si do mesmo decorrem deterioradas condições de trabalho e se assinala uma intolerável intensificação do risco profissional, em particular porquanto é fácil prognosticar a ocorrência, por acção ou por omissão, de situações de erro médico.
Por consequência, uma vez excluída a responsabilidade da médica exponente, transfere-se esta para o órgão máximo da gestão hospitalar – esse conselho de administração – na medida em que se reveja, mantendo-as, nas condições acima descritas, de que aqui se protesta formalmente.

O(A) MÉDICO(A),

APOSENTAÇÃO
REGRAS E REGIME LEGAL DA APOSENTAÇÃO

A APOSENTAÇÃO PODE OCORRER POR:

a. Iniciativa do subscritor, quando para tal reúna os requisitos;
b. Incapacidade;
c. Limite de idade;
d. Aplicação de legislação específica.

O direito de aposentação pressupõe, necessariamente, a qualidade de subscritor e o requisito mínimo de 5 anos de serviço (ou de 3 anos de serviço, no caso de incapacidade absoluta e permanente para toda e qualquer profissão ou trabalho).

A aposentação pode ser requerida pelo próprio - **aposentação voluntária** - ou pode resultar directamente da lei (limite de idade) ou de iniciativa ou decisão da entidade em que o subscritor exerça funções - **aposentação obrigatória.**

A aposentação pode qualificar-se como **não antecipada** ou **antecipada.**

REQUISITOS PARA A CONCESSÃO DA APOSENTAÇÃO

A **aposentação não antecipada** verifica-se quando o subscritor estiver numa das seguintes situações:

- Conte, pelo menos, 65 anos de idade e 15 anos de serviço ou, em alternativa, até 31 de Dezembro de 2014, as condições do quadro seguinte:

Condições de aposentação voluntária não antecipada

Ano	Idade	Tempo de Serviço
2008	61 anos e 6 meses	33 anos
2009	62 anos	30 anos
2010	62 anos e 6 meses	25 anos
2011	63 anos	23 anos
2012	63 anos e 6 meses	21 anos
2013	64 anos	19 anos
2014	64 anos e 6 meses	17 anos

- Conte, pelo menos, **5 anos de serviço** ou complete este período com tempo de descontos para outras instituições de previdência (tempo de garantia) e reúna uma das seguintes condições:
  - o Atinja o limite de idade para o exercício das suas funções;
  - o Seja declarado, pela junta médica da CGA, absoluta e permanentemente incapaz para o exercício das suas funções;
  - o Seja punido com a pena disciplinar de aposentação compulsiva;
  - o Seja abrangido por legislação especial.

Os subscritores que tinham, em 31 de Dezembro de 2005, pelo menos, 60 anos de idade e 36 anos de serviço podem aposentar-se quando quiserem.
Do mesmo modo, os subscritores que naquela data reuniam condições para se aposentarem antecipadamente, continuam a poder aposentar-se ao abrigo do artigo 37.º-A do Estatuto da Aposentação independentemente de quaisquer outros requisitos.

A **aposentação antecipada**, que é uma aposentação voluntária, verifica-se quando o subscritor reúna as condições do quadro seguinte:

Condições de aposentação antecipada

Ano	Idade	Tempo de Serviço
2008	-	33 anos
2009 e seguintes	55 anos	30 anos

A aposentação antecipada com, pelo menos, 55 anos de idade e 30 anos de serviço depende de o subscritor contar aquele tempo de serviço no momento em que completa a idade referida.

Até 31 de Dezembro de 2014, a pensão de aposentação antecipada é calculada de acordo com a fórmula aplicável à aposentação ordinária, mas com uma penalização de 4,5% do valor da pensão por cada ano - ou fracção de ano - de antecipação da aposentação em relação à idade em que o subscritor poderia, normalmente, aposentar-se, de acordo com a legislação aplicável à sua situação (idade do primeiro quadro ou idade inferior quando prevista em estatuto especial).

Por exemplo, se o interessado podia aposentar-se, normalmente, com 61 anos e 6 meses de idade (2008) e lhe faltarem 3 anos e 1 dia para os completar, a penalização será correspondente a 4 anos (18% do valor da pensão) e, se lhe faltar 1 dia para completar os 61 anos e 6 meses, a penalização será correspondente a 1 ano (4,5%).

Nos casos em que o subscritor beneficie de estatuto especial que lhe permita passar à situação de aposentação voluntária antes de completar a idade do referido quadro, a penalização será calculada em função dos anos que faltem para atingir a idade - inferior à do quadro - em que poderia requerer a aposentação ao abrigo desse estatuto especial, sendo sempre necessário, porém, que o

interessado reúna as condições do segundo Quadro para poder optar por esta modalidade de aposentação.

A partir de 1 de Janeiro de 2015, a pensão de aposentação antecipada, calculada de acordo com a fórmula aplicável à aposentação ordinária, é penalizada em 0,5% do valor da pensão por cada mês - ou fracção de mês - de antecipação da aposentação em relação à idade em que o subscritor poderia, normalmente, aposentar-se, de acordo com a legislação aplicável à sua situação (65 anos ou idade inferior quando prevista em estatuto especial).

O número de anos (até 2014-12-31) ou meses (após 2014-12-31) de antecipação a considerar para a determinação da taxa global de redução da pensão é reduzido:

- Até 2014-12-31:
  - Em 1 ano por cada módulo de 3 anos que o tempo de serviço exceder a carreira completa em vigor no momento da aposentação (terceiro quadro ou, no caso dos subscritores dos grupos B, F e M, 36 anos de serviço); ou, em alternativa
  - Em 6 meses por cada ano que aquele tempo de serviço exceder a aludida carreira completa (esta modalidade, que considera sempre a carreira completa do terceiro quadro só é aplicável aos subscritores dos grupos B, F e M se dela não resultar a sua aposentação com direito a pensão completa em momento anterior àquele em que adquiririam esse direito no âmbito do regime em vigor em 2005-12-31);
- A partir de 2015-01-01:
  - Em 1 ano por cada módulo de 3 anos que o tempo de serviço exceder a carreira completa em vigor no momento da aposentação (36 anos), para os subscritores dos grupos B, F e M;
  - Em 12 meses por cada período de 3 anos que o tempo de serviço, aos 55 anos de idade, exceder os 30 anos, para os restantes subscritores, isto é, os referidos em C, D, I, J, N e O.

As penalizações aplicadas ao valor da pensão de aposentação antecipada no momento do seu cálculo são definitivas, isto é, não são posteriormente reduzidas, nomeadamente em função da evolução da idade do pensionista.

CESSAÇÃO DO REGIME DE PREVENÇÃO

O regime de prevenção carece do acordo do médico.

Não obstante, uma vez prestado, não é líquido que, unilateralmente, o médico lhe possa por fim, visto que livremente por ele optou e dessa forma criou a expectativa da sua manutenção sem termo.

De todo o modo, afigura-se sempre possível requerer a respectiva cessação, para o que anexo minuta, a qual deve ser elaborada em duplicado, ficando para o(a) médico(a) um duplicado, depois de carimbado, datado e rubricado pelo funcionário que o receber.

Em caso de resposta ou na falta dela, passados que sejam 90 dias úteis, há que encarar eventualmente outra atitude.

(MINUTA)

Lisboa, __/__/__

Ao Excelentíssimo
Conselho de Administração
do Hospital de _____

F_____ (identificação pessoal e profissional completas), o(a) signatário(a) acordou em _____ (indicar data) iniciar a prática do regime da prevenção, no Serviço de Urgência do nosso Hospital.
Sucede que, volvido este tempo, é da sua conveniência retomar a prática do regime presencial, porquanto _____ (indicar motivos profissionais ou pessoais, como sejam os de ordem familiar).
Nestes termos, requer-se que, à luz do disposto no art. 31.º/5, DL 73/90, 6.III, na sua actual formulação, seja autorizada a passagem da médica signatária ao regime presencial no Serviço de Urgências, a partir do primeiro dia do mês de _____ (indicar, considerando, pelo menos, o pré aviso de um mês inteiro), ordenando-se, em conformidade, a sua integração na respectiva escala.

Pede Deferimento
O(A) Médico(a),

LEGISLAÇÃO

ENTIDADE	DIPLOMA/ DATA	ASSUNTO
D. R. Nº 149 2ª Série	Deliberação 2162/2008 04/08/2008	Prorrogação dos contratos administrativos de provimento dos internos que, à data da sua entrada em vigor, se encontravam a frequentar o internato complementar e requeiram colocação em estabelecimentos considerados carenciados na respectiva especialidade médica.
D. R. Nº 158 1ª Série	Portaria 925/2008 18/08/2008	Aprova o regulamento do programa integração profissional de médicos imigrantes que visa apoiar imigrantes licenciados em medicina.
D. R. Nº 160 2ª Série	Aviso 22170/2008 20/08/2008	Publicação de Protocolo celebrado entre o Ministério da Defesa Nacional e o Ministério da Saúde, que tem como finalidade estabelecer as regras de acesso e frequência do internato médico pelos médicos militares.
D. R. Nº 174 1ª Série	Lei 58/2008 09/09/2008	Aprovação do Estatuto Disciplinar dos Trabalhadores que exercem Funções Públicas.
D. R. Nº 176 1ª Série	Lei 59/2008 11/09/2008	Aprovação do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas.
D.R. 197 1ª Série	Dec. Lei 203/2008 10/10/2008	Transformação do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, em Entidade Pública Empresarial (E.P.E.).

CONHECENDO A LEGISLAÇÃO QUE REGULAMENTA A SUA CARREIRA OU AS SUAS FUNÇÕES TEM MELHORES CONDIÇÕES DE SE DEFENDER E RECLAMAR OS SEUS DIREITOS.
CASO NECESSITE DESTA OU DE OUTRA LEGISLAÇÃO, CONTACTE-NOS, TEREMOS DISPONÍVEL PARA CONSULTA, ENVIO VIA CTT, FAX OU EMAIL.

A PARTIR DE JANEIRO DE 2009
NOVO REGIME DE LICENÇA DE MATERNIDADE

A 1 de Janeiro de 2009, entrará em vigor o novo Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas e o respectivo Regulamento.
Nos termos do art. 42º do Regulamento, as trabalhadoras podem optar por uma licença superior a 25 % aos 120 (cento e vinte) dias consecutivos, 90 (noventa) obrigatoriamente a seguir ao parto, devendo esse acréscimo ser gozado necessariamente a seguir ao parto.
Para exercer essa opção devem informar a entidade empregadora pública até 7 (sete dias) após o parto de qual a modalidade de licença que pretende, presumindo-se, na falta de declaração, que a licença tem a duração de 120 (cento e vinte dias.

SINDICATO INDEPENDENTE dos MÉDICOS

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

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

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

FICHA DE SÓCIO

INSCRIÇÃO ☐ ACTUALIZAÇÃO DE FICHEIRO ☐

Sócio Nº.

Data de Inscrição

Sexo M ☐ F ☐

Nome

Morada

Localidade

Código Postal -

Telfs. de contacto

E.mail:

Data de Nascimento

Nacionalidade

B.I. nº. de Arquivo de

Cédula Profissional nº.

Contribuinte nº.

Grau

Especialidade

Local de Trabalho

Localidade

Entidade Pagadora

Nº. Mecanográfico

2º Local de Trabalho

DECLARAÇÃO

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

Data, ... /..... /.....

Assinatura

DIREITOS dos SÓCIOS do SIM

Os sócios com quotização regularizada têm direito a:

1 – Eleger e ser eleito para os órgãos do SIM, nos termos dos Estatutos e Regulamento Eleitoral.

2 – Participar livremente em todas as actividades do Sindicato, segundo os princípios e normas dos Estatutos do SIM.

3 – Beneficiar de todos os serviços organizados pelo Sindicato na defesa dos seus interesses profissionais, económicos, sociais e culturais.

4 – Beneficiar da quotização sindical e nomeadamente dos fundos de solidariedade nos termos estabelecidos pelo Conselho Nacional.

5 – Ser informado regularmente de toda a actividade do Sindicato.

6 – Recorrer para o Conselho Nacional das decisões dos órgãos directivos que contrariem os Estatutos do SIM ou lesem algum dos seus direitos.

7 – Acesso a comparticipação em caso de decisão judicial condenatória por responsabilidade civil ou profissional, por erro ou negligência, dos médicos Internos do Internato Médico/ Ano Comum e Especialistas, conforme regulamento do Fundo Social.

8 – Acesso a comparticipação destinada a minimizar as despesas e encargos que o sócio haja de suportar com a assistência médica hospitalar própria e do seu agregado familiar, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

9 – Acesso a comparticipação por redução de vencimento em caso de doença e na parte não comparticipada pelo Cofre de Previdência dos Funcionários e Agentes do Estado, Seguro Integral do Médico ou qualquer outra entidade conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

10 – Apoio jurídico gratuito em casos sindicais e profissionais.

11 – Acesso a apoio financeiro a conceder ao sócio para fazer face a despesas em processos judiciais, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

12 – Acesso a apoio financeiro em situação de emergência, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

13 – Acesso ao fundo complemento de reforma/apoio social, desde que o Sócio esteja reformado e tenha pelo menos 15 anos de sindicalização no SIM, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

14 – Acesso ao Fundo para Formação dos Médicos Internos e dos Assistentes Eventuais para bolsas de estudo, conforme regulamento do Fundo Social do SIM.

15 – Acesso a passar férias e fins-de-semana na Isla Canela (Espanha), por baixo preço, num dos 12 apartamentos (T1 e T2) adquiridos pelo SIM, sendo 10 junto à praia e Marina e 2 junto ao Campo de Golf, mediante as normas estabelecidas anualmente pelo Secretariado Nacional.

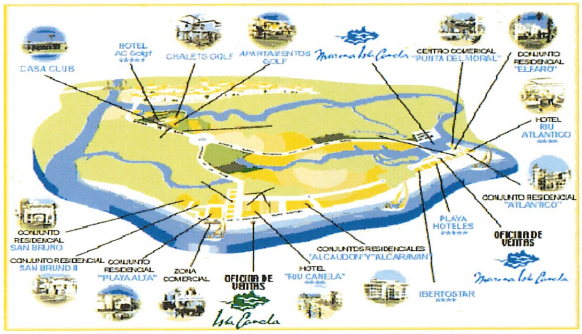
O Secretariado Nacional

2007

Isla Canela

NOVOS SÓCIOS

Aos Sócios que se inscreverem ainda durante o ano de 2008, oferecemos 3 dias gratuitos nos apartamentos do SIM, em Isla Canela.
Também o Sócio proponente tem direito, por cada novo sócio, a 1 dia gratuito. Em ambos os casos, estes dias poderão ser usufruídos APENAS FORA DA ÉPOCA ALTA.



Isla Canela fica situada na província de Andaluzia, no Sul de Espanha, junto à fronteira de Portugal/Espanha, banhada pelo Rio Guadiana e pelo Oceano Atlântico.
É uma ilha natural que ocupa uma extensão de 1.760 hectares, com 7 km de praia, canais de navegação, um clima temperado e um encanto natural.
Zona turística por excelência que gira em torno de três motivações para férias: Praia, Golf e Porto Desportivo.
Para informações mais detalhadas, sobre Isla Canela, consulte o nosso Site, www.simedicos.pt, no link Férias.

2008
CRITÉRIOS DE MARCAÇÃO

1 – As reservas para a época alta, Junho a Setembro, são aceites por ordem de entrada na Sede Nacional do SIM.
O preçário mantém-se igual ao da época anterior.
2 – Na época alta o aluguer é feito à semana, de Sábado a Sábado, sendo as entradas a partir das 17 h e as saídas até às 12h.
3 – Os novos sócios e os seus proponentes podem usufruir, gratuitamente, dos apartamentos que estejam disponíveis, sempre fora da época alta.

NORMAS

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

Para mais informações não hesite em contactar os nossos serviços para esclarecer as suas dúvidas, fazer reservas e/ou marcações.
Contacte-nos: Tel 217826730 - Fax 217826739 ou email secretaria@simedicos.pt / ferias@simedicos.pt

POR UM SINDICALISMO MÉDICO

INDEPENDENTE E DEMOCRÁTICO

ADERE AO SIM