

Ministério da Saúde:

Caderno Reivindicativo da

Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública

A – QUESTÕES GERAIS

I - Política de Saúde

Tendo em conta toda a legislação enquadradora da política de saúde, produzida pelos anteriores Governos, somos de opinião que as linhas estratégicas têm que ser invertidas.

É imperiosa a necessidade que existe de defender e aprofundar o Serviço Nacional de Saúde, o qual tem de ter carácter público, não só no financiamento e na fiscalização, como também, o que não é menos importante, na prestação dos cuidados de saúde.

Somente com uma oferta pública de cuidados completa, universal e gratuita, é possível garantir o direito constitucional à saúde a todos os cidadãos.

Neste quadro a Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública considera essencial o seguinte:

1) Fim do processo de privatizações dos serviços e dos vínculos laborais

- O processo de privatização das instituições do Serviço Nacional de Saúde e dos vínculos dos trabalhadores deve acabar.
- Todas as Entidades Públicas Empresariais com superintendência do Ministério da Saúde (Centros Hospitalares; Hospitais; Unidades Locais, etc), devem regressar de imediato ao regime de gestão pública administrativa e todos os seus trabalhadores devem ser integrados na função pública, com o respectivo vínculo público.
- Defendemos ainda que o vínculo público adequado para todos os profissionais do Ministério da Saúde é o vínculo público de nomeação em lugar do quadro, pelo que este deve ser aplicado a todos os trabalhadores do Ministério.

2) Serviços Centrais do Ministério

a) Administração Central do Sistema de Saúde, IP

Esta entidade, criada pela primeira vez em 2006, é uma entidade essencialmente burocrática, destinada a controlar o funcionamento administrativo-financeiro das instituições prestadoras de cuidados de Saúde no âmbito do SNS, quando deveria ser essencialmente uma instituição normativa, regulamentadora e planeadora do desenvolvimento da prestação dos cuidados de saúde e das necessidades de recursos humanos em todas as áreas.

Donde, para ter uma acção efectiva e ordenadora deveria ser alijada das responsabilidades que tem nas áreas administrativa, financeira e de informática, com a criação de um outro serviço a isso destinado.

b) Entidade Reguladora da Saúde

Esta entidade foi criada para regular o “mercado da Saúde”, criado pelas medidas de empresarialização/privatização que entendemos deverem ser terminadas. Se esse for o caminho, deixará de fazer sentido a sua existência, pelo que deverá ser extinta.

No entanto, e se assim não for entendido, deve ser dotada de maior autonomia, com o seu Presidente a ser eleito pela Assembleia da Republica, o qual deverá ser simultaneamente o Provedor do Doente e ser criado o seu Conselho Consultivo, o qual deverá ter uma composição representativa de todos os interesses que concorrem na área da saúde, desde os utentes, aos trabalhadores, até todos os prestadores de serviços de saúde e ao poder local.

c) Administrações Regionais de Saúde

O processo de extinção das Sub Regiões de Saúde foi/está a ser feito de forma conflituosa e a gerar maiores gastos para o erário público.

O que este processo de extinção das sub-regiões de saúde está a provocar é a extrenalização/privatização de áreas importantes destes serviços, que deveriam ser realizadas por serviços públicos, como sejam a conferência de facturas, do processamento dos vencimentos e da própria contabilidade dos serviços, entre outros.

Não se contesta a necessidade que os ACES e os Centros de Saúde têm de mais pessoal, não só pelas novas competências que têm, mas também, e essencialmente, pelo facto de nunca terem tido, desde a criação das ARS's, um processo consistente e planificado de recrutamento de pessoal.

No processo de reafecção dos trabalhadores é imperioso que este seja feito, quando necessário, tendo em conta o seu local de residência e a acessibilidade de transportes e que não seja justificação para a privatização de serviços que, pela sua natureza e melindre, devem ser executados por trabalhadores vinculados.

3) Hospitais

a) Estatuto Jurídico

Neste momento a quase totalidade dos Hospitais encontra-se empresarializada, seja através de Entidades Públicas Empresariais (EPE's), seja através de Parcerias Público-Privadas (PPP's), sendo já residuais os Hospitais que se mantêm no Sector Público Administrativo (SPA).

Esta situação levou à desorganização da prestação dos cuidados diferenciados e ao seu encarecimento exponencial.

A experiência havida com o fracasso da gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra), deveria ter determinado o não se avançar para as PPP's.

Os Hospitais EPE's (nesta designação incluindo os Centros Hospitalares e as Unidades Locais de Saúde) estão “descapitalizados” (para não sermos mais duros e dizermos que estão tecnicamente falidos, que é o que se passa), usando o dinheiro do capital social para o pagamento de despesas correntes, e têm dívidas acumuladas de muitos milhões de euros.

Por outro lado, tendo o Governo imposto, aos trabalhadores da Função Pública, o Regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas não faz sentido que o regime de pessoal não seja o mesmo para todos.

Assim, a Federação Nacional dos Sindicatos da Função Pública reivindica o seguinte:

- i) O fim da empresarialização das instituições de Saúde, com o regresso destas (EPE's e PPP's) ao Sector Público Administrativo;

ii) A integração de todos os trabalhadores ao serviço daquelas entidades no mesmo regime de trabalho o qual, em nosso entender, deve ser o regime do RCTFP, com o vínculo público de nomeação.

b) Falta de pessoal

Apesar da alteração do Estatuto Jurídico dos Hospitais e da sujeição do seu pessoal ao Regime do Contrato Individual de Trabalho e de este regime ter sido apresentado, durante anos, como a solução milagrosa para acabar com a precariedade dos trabalhadores e com a dificuldade em contratar, a situação não só não melhorou, como ainda se agravou significativamente.

A falta de pessoal, a todos os níveis é gritante e a precariedade aumentou.

Os ritmos de trabalho impostos são alucinantes, sendo constante a necessidade de prolongamento dos turnos, sem que as horas extraordinárias sejam, muitas das vezes, pagas porque “não foram previamente autorizadas”! Por outro lado não é permitido o gozo dessas horas feitas a mais, em tempo, porque não há pessoal em quantidade que o permita. Resultado: os trabalhadores estão a ser obrigados a trabalhar de borla e ficam com folgas e feriados acumulados em tal número que, nalgumas situações, se fossem todas concedidas de forma seguida, estariam meses fora dos serviços.

É pois necessário o reforço dos quadros/mapas de pessoal dos hospitais (sejam EPE's ou integrados do Sector Público Administrativo), por forma a que os trabalhadores não sejam sujeitos a ritmos de trabalho desumanos e que possam gozar as suas folgas atempadamente.

4) Centros de Saúde

a) Agrupamentos de Centros de Saúde

A criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde está a prejudicar as populações e os trabalhadores dos Centros de Saúde porque foi feito de forma precipitada, atabalhoada e conflituosa.

Conduziu ao encerramento/concentração de serviços, à redução de pessoal e à mobilidade de muitos trabalhadores, situações que se continuam a verificar e às quais é necessário pôr cobro.

Houve encerramento de extensões ou redução dos seus horários de funcionamento. Às Unidades de Saúde Pública existentes nos diferentes Centros de Saúde sucedeu uma única na sede do ACES, o que dificulta o acesso das populações a este serviço.

b) Unidades de Saúde dos Centros de Saúde

O anterior Governo ripristinou o Decreto-Lei 157/99, de 10/5, (revogando o Decreto-Lei 60/2003), medida com a qual concordamos, mas que entendemos que carece de alguns ajustamentos.

Desde logo no sentido de o pessoal administrativo passar a ter acento na Direcção dos ACES e de existir uma área de actuação social autónoma, dirigida por um Técnico Superior de Serviço Social.

Não discordando nós que os Centros de Saúde possam ser organizados em Unidades de Saúde com um elevado grau de autonomia, não concordamos que existam diferentes tipos de USF's (A, B e C).

Assim, todas as Unidades de Saúde Familiares devem ser unidades dos Centros de Saúde e terem gestão pública, não devendo poder ser entregues a entidades estranhas aos Centros de Saúde, pelo que a possibilidade de criação de USF's de Tipo C, deve ser eliminada.

Devem ainda ser eliminadas as diferenças de remuneração existentes entre as USF's de tipo A e B, com a aplicação a todos os trabalhadores que a elas ficarem afectos, do modelo de incentivos previsto para as USF's de tipo B.

O pessoal afecto às USF's deve contemplar a totalidade das carreiras que prestarem serviço a essas unidades.

Devem ser ainda regulamentadas as restantes Unidades dos Centros de Saúde.

5) Alargamento dos horários dos Centros de Saúde

O alargamento dos horários de funcionamento dos Centros de Saúde não pode ser conseguido à custa da saúde dos seus trabalhadores.

Os ritmos de trabalho a que os trabalhadores dos Centros de Saúde vêm sendo sujeitos, em particular desde o início do processo de alargamento dos seus horários de funcionamento, com o sistemático recurso a horas extraordinárias, que muitas vezes nem sequer são pagas, é incomportável, intolerável e desumano.

Do mesmo modo este alargamento do período de funcionamento dos Centros de Saúde, não pode ser feito com o recurso a trabalho precário, uma vez que se trata de funções de carácter permanente.

As Administrações Regionais de Saúde, desde a sua criação em 1979, nunca admitiram, de forma estruturada, novo pessoal, para as unidades de saúde de si dependentes.

Como tal encontram-se ainda hoje minguadas em meios humanos, provocando cansaço e saturação pelo que é absolutamente necessário que seja implementada uma política de contratação/recrutamento de pessoal para os Centros de Saúde e demais serviços das ARS's, que abranja todos os profissionais e que não deixe de fora o pessoal administrativo e o pessoal auxiliar, bem como uma política integrada de formação profissional que facilite e prepare todos os profissionais para as novas tecnologias e desafios do Serviço Nacional de Saúde.

6) Plano de recuperação de listas de espera (actualmente SIGIC)

Em nosso entender esta é uma matéria essencial para a credibilização dos serviços públicos, mas que não pode ser conseguida à custa da contratualização com os privados.

Efectivamente é sabido de todos que o factor que mais determina a existência de listas de espera é a grande promiscuidade entre público e privado.

- É necessário garantir que os blocos operatórios e os meios complementares de diagnóstico funcionem, pelo menos, durante 12 horas diárias.
- É necessário que haja maior dotação de pessoal e que, os incentivos financeiros sejam para todo o pessoal e não só para Médicos, Enfermeiros e Técnicos.

Por outro lado não podemos deixar de referir aqui que a legislação que regula o pagamento aos profissionais integrados nos sucessivos programas de recuperação das listas de espera não foi objecto de negociação com esta Federação, situação em que, inevitavelmente, teria tido o nosso desacordo, em virtude de não incluir no seu âmbito o restante pessoal que, directa ou indirectamente tem a ver com a recuperação das listas de espera, isto é: Técnicos Superiores de Saúde, Assistentes Técnicos e Assistentes Operacionais.

7) Política do Medicamento

Este é um aspecto essencial de qualquer política de saúde, quanto mais não seja porque é uma das rubricas mais pesadas em termos orçamentais.

No entanto, as sucessivas subordinações aos interesses da indústria farmacêutica e/ou da ANF, têm levado a que as políticas adequadas não tenham sido implementadas.

Assim, neste aspecto defendemos as seguintes medidas:

a) A criação de um Formulário Nacional de Medicamentos

- Para além da revisão indispensável do Formulário Nacional Hospitalar de Medicamentos (FNHM) é necessário criar o Formulário Nacional de Medicamentos de Ambulatório.

b) Prescrição por Princípio Activo ou DCI

- É absolutamente essencial que, tal como acontece nos hospitais públicos, onde a prescrição é feita por Princípio Activo, também no ambulatório e nos Centros de Saúde a prescrição se faça por Princípio Activo.

c) Farmácias Públicas

- Deve ser criada uma rede de farmácias públicas (e não farmácias privadas em serviços públicos) por forma a permitir que um utente, quando sai do Centro de Saúde possa sair logo com os medicamentos necessários, pelo menos, para os primeiros dias de tratamento.
- De igual modo as farmácias hospitalares devem poder fazer essa dispensa para os doentes das consultas externas dos hospitais e que têm alta do internamento.

Com estas medidas poupar-se-iam muitos milhões de euros ao erário público.

Naturalmente que será necessário aumentar a capacidade de formação de Técnicos de Farmácia e a sua colocação também nos Centros de Saúde.

f) Criação do Laboratório Nacional de Medicamentos

- É necessário criar capacidade do Estado para a produção, a custos mais baixos, de alguns medicamentos essenciais, o que deve ser feito pela criação de um Laboratório Nacional de Medicamentos, à imagem daquilo que foi o extinto Laboratório Militar, o qual foi o principal fornecedor de medicamentos genéricos para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde e cuja extinção provocou o aumento exponencial da factura de medicamentos dos Hospitais públicos.

g) Genéricos

A pseudo aposta do anterior Governo nos medicamentos genéricos sofreu de dois pecados capitais.

O primeiro foi a possibilidade de, no acto de prescrição, o médico poder impor o fornecimento de medicamento de marca, sem que para isso exista qualquer tipo de justificação.

O segundo foi a associação aos genéricos do preço de referência, medida que veio a aumentar os custos para os utentes.

Para que os genéricos possam ter o efeito por todos desejado é necessário que as medidas que acabamos de referir sejam revogadas e que sejam implementadas as propostas que apresentámos nos pontos anteriores.

8) Formação profissional

O SIADAP obriga os trabalhadores a terem formação profissional para poderem mudar de posição remuneratória, mas os serviços não a dão, e quando permitem que os trabalhadores a frequentem é fora das horas de serviço.

Também nos serviços onde o SIADAP não é aplicado (como é o caso de alguns dos serviços empresarializados, para os trabalhadores em CIT) não são cumpridas as regras mínimas do Código do Trabalho no que toca à Formação Profissional.

É pois necessário que os serviços elaborem planos anuais de formação, que os discutam e negociem com as organizações representativas dos trabalhadores, mas essencialmente que os concretizem e facultem aos trabalhadores ao seu serviço a formação profissional necessária para a actualização e aperfeiçoamento destes.

II – Emprego Precário

Os sucessivos Governos vêm desperdiçando diversas oportunidades de acabar com o emprego precário maciço nos serviços públicos.

Em 1987, 1989 e 1996 foram concretizados processos de integração, em regime de efectividade nos serviços, de dezenas de milhar de trabalhadores precários. No Ministério da Saúde foram ainda abertas quotas excepcionais de descongelamento de admissões em 1993, 1994 e 1995.

O resultado foi sempre o mesmo. Decorridos aqueles processos de regularização, pouco tempo depois a situação era a mesma. Voltavam a existir milhares de trabalhadores em situação precária a fazer trabalho de natureza permanente!

Tanto assim é que, mais recentemente, o próprio diploma que aprovou o regime de Contrato de Trabalho em Funções Públicas (Lei 59/2008) prevê, no seu artigo 14º, mais um processo de regularização, que embora seja burocrático e confuso, visa obter o mesmo resultado e conduzirá à mesma situação posterior.

Este processo ainda não foi concretizado, o que é de extrema gravidade.

De facto começou muito tarde (mais de um ano depois) e logo foi interrompido, com os concursos a serem anulados. Depois começaram a (re)abrir mas muito lentamente e, quando vieram as medidas de contenção, logo se levantaram vozes a dizer que era para parar aqueles concursos, quando nada disso era referido no despacho do Ministro das Finanças.

O que é certo é que aqueles concursos continuam por concretizar, havendo a ameaça permanente de que os contratos sejam terminados.

É pois necessário encontrar-se uma solução definitiva para o problema.

E advogamos essa solução definitiva não só na defesa dos interesses dos trabalhadores nessa situação mas também na defesa dos interesses do Serviço Nacional de Saúde e do combate ao desperdício.

Assim, defendemos que devem ser tomadas as seguintes medidas:

1) Resolução dos casos existentes

O pessoal actualmente a prestar funções nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, em situação de Contrato a Termo Certo (da responsabilidade do serviço ou de empresas de trabalho temporário), Recibos Verdes e que satisfazem necessidades permanentes dos serviços, devem ser integrados nos mapas de pessoal, em contrato sem termo, por aplicação do citado normativo legal, independentemente dos prazos nele referidos.

Por outro lado, os “voluntários” a receberem somente senhas de almoço como forma de garantirem um futuro contrato e os CEI's, que satisfaçam necessidades permanentes dos serviços, devem também ser integrados nos mapas de pessoal, em regime de Contrato Sem Termo.

2) Criação de um regime próprio para a Saúde

Deve ser criado um regime próprio de contratação/recrutamento para a Saúde.

Este regime deve obedecer às seguintes premissas:

- a) Fim do congelamento de Admissões.
- b) Dotação dos Serviços de todo o pessoal necessário ao seu regular funcionamento atentas as suas atribuições.
- c) Possibilidade de as Administrações poderem contratar/recrutar novo pessoal para o seu mapa de efectivos.
- d) Caso o número de pessoal definido em b), e que deve ser revisto anualmente, ser ultrapassado sem que existam novas atribuições ou sem que se obtenham ganhos em saúde, as administrações devem ser responsabilizadas.
- e) Possibilidade de contratação a termo ou a recibo verde só para funções transitórias ou de assessoria técnica.

Uma outra situação que carece de ser resolvida, tem a ver com os trabalhadores que estão nos serviços, a satisfazerem necessidades permanentes, ao abrigo dos programas ocupacionais (actualmente CEI's).

Estes trabalhadores prestam o mesmo tipo de serviço que os trabalhadores efectivos, pelo que devem ser postos a concurso esses postos de trabalho.

Idênticas medidas devem ser adoptadas para as instituições com o regime de EPE. Embora a sua empresarialização tenha sido apresentada, entre outras coisas, como a solução para acabar com a precariedade, a situação é ainda pior.

III – Serviços de Saúde Ocupacional

Estes serviços devem ser criados, pelo menos, em todos os Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde, Agrupamentos de Centros de Saúde, INSA, INEM, IDT e IPS.

IV – Pessoal Auxiliar com funções Administrativas

O problema do emprego precário não é uma questão de agora no Ministério da Saúde.

Em 1993, 1994 e 1995 foi tentado resolver pela atribuição de quotas de descongelamento.

Em 1993 as quotas só foram disponibilizadas para as carreiras específicas de saúde, deixando o pessoal administrativo de fora e nos anos seguintes as quotas para aquela carreira foram em número muito inferior às pessoas existentes na realidade.

Toda esta situação motivou que, para garantir o vínculo, o pessoal em situação precária e a desempenhar funções administrativas, tivesse concorrido, para as carreiras dos Serviços Gerais da Saúde, ganho os concursos e preenchido os lugares do quadro.

Só que fizeram-no com a garantia das administrações que continuariam a desempenhar as mesmas funções e que oportunamente fariam concurso interno para a carreira administrativa.

A primeira parte foi cumprida, mas a segunda, em muitos serviços, não!

Resultado: existe um conjunto de trabalhadores que ainda hoje, embora esteja de facto integrado nas carreiras dos Serviços Gerais de Saúde (hoje integrada em Assistente Operacional), desempenham, e sempre desempenharam, funções administrativas, pelo que deveriam ser hoje Assistentes Técnicos.

A situação agravou-se, do ponto de vista da injustiça relativa, quando estes trabalhadores viram os Escriturários Dactilógrafos (mesmo sem o 9º ano que estes possuem na sua grande maioria) serem integrados, e muito justamente, na carreira administrativa.

Mais revoltados ficaram ainda quando viram os seus colegas em situação precária, também aqui com inteira justiça, serem integrados na carreira administrativa.

É evidente, e realça-mo-lo, que ambas as situações foram inteiramente justas.

O que não é justo é que não se encontre uma solução para estes trabalhadores quando o D. Lei 404-A/98, ao elevar o nível habilitacional para o ingresso na carreira administrativa para o 11º ano, os veio impedir de poderem aceder à carreira administrativa com o 9º ano, como lhes tinha sido prometido pelas respectivas administrações.

Esta situação pode agora vir a ser agravada com mais um contingente de trabalhadores que estavam contratados com o 11º ano, mas que não podem concorrer aos concursos abertos ao abrigo do artigo 14º da Lei 59/2008, porque a habilitação literária para Assistente Técnico é o 12º ano de escolaridade.

- O que aqui se propõe é extremamente simples e da mais elementar justiça – é que se promova uma medida legislativa que faça (ou que venha a permitir) a reclassificação profissional destes trabalhadores para a carreira de Assistente Técnico, sem a exigência do 12º ano.

V – Abono para falhas

Em 6 de Janeiro de 1989 foi publicado o Decreto-Lei nº 4/89 que instituiu o abono para falhas.

Aquele diploma legal estabelece que têm direito a abono para falhas, os Tesoureiros e os *“funcionários e agentes que, não se encontrando integrados na Carreira de Tesoureiro, manuseiem ou tenham à sua guarda, nas áreas de tesouraria ou cobrança, valores, numerário, títulos ou documentos, sendo por eles responsáveis”*. (alínea b), do nº 1 do artigo 2º).

O nº 2 do mesmo preceito legal estabelece que “no caso da alínea b) do número anterior, as categorias que em cada departamento ministerial têm direito ao abono para falhas são determinados por despacho conjunto do respectivo Ministro e do Ministro das Finanças”.

Tal despacho, apesar das múltiplas insistências feitas e das diversas formas de luta empreendidas pelos trabalhadores, nunca saiu, no Ministério da Saúde.

E, como se sabe, tanto nos hospitais como, principalmente, nos Centros de Saúde, o número de trabalhadores que têm à sua guarda dinheiro e/ou valores é elevado, operando, muitas das vezes sem as mais elementares condições de segurança.

Já em 1998, veio a sair uma alteração ao D. Lei 4/89 (o D. Lei 276/98, de 11/9) o qual veio clarificar a atribuição do abono para falhas, e que pode ser de particular utilidade no Ministério da Saúde.

Acontece que nem aquela alteração fez com que, finalmente, o despacho visse a luz do dia!

Depois das Leis 12-A/2008 e 59/2008 a situação mantém-se.

Já saiu o despacho enquadrador da matéria, mas os trabalhadores do Ministério da Saúde, que mexem em dinheiro e/ou valores, continuam sem abono para falhas e a serem responsabilizados pelos enganamentos que sempre acontecem.

Urge pois pôr cobro a esta situação e acabar com um atraso de mais de 21 anos, sendo para isso necessário que o Ministério da Saúde apresente, para negociação, uma proposta de despacho.

Por outro lado é absolutamente essencial que existam meios físicos para que os trabalhadores possam guardar o dinheiro e/ou os valores de forma segura.

Não é mais possível continuar a responsabilizar os trabalhadores pelo dinheiro que desaparece ou pelos enganamentos, quando estes não têm condições para a guarda dos valores que lhes estão confiados e não recebem o Abono para Falhas.

VI – Reclassificação e Reconversão Profissional

A Lei dos Vínculos; Carreiras e Remunerações (Lei 12-A/2008) e a sua legislação complementar acabou, incompreensivelmente, com os regimes de reclassificação e reconversão profissional.

Isso determinou que muitos processos que estavam pendentes quando da entrada em vigor daquela Lei, não tivessem sido concretizados.

No Ministério da Saúde existem muitas situações, a maior parte das vezes por iniciativa dos responsáveis pelos serviços, em que os trabalhadores de uma carreira são colocados a fazer as funções de outra, mas qualificada e à qual corresponde um salário mais elevado, sem que seja pago por isso.

É pois necessário acabar com esta prática de exploração agravada dos trabalhadores.

Para isso propomos as seguintes medidas:

- a) Conclusão dos processos de reclassificação que estavam pendentes aquando da entrada em vigor da Lei 12-A/2008;
- b) Aprovação de um regime de Reclassificação e Reconversão profissional para a Saúde;
- c) Reclassificação/Reconversão profissional dos trabalhadores que estão a executar funções em carreiras mais qualificadas, desde que estas não exijam título profissional específico que o trabalhador não possua.

VII – Horários e Escalas

1 - Aplicação do D. Lei 62/79 a todos os serviços e profissionais da saúde

Desde a sua publicação que o Decreto-Lei 62/79, de 30/3 foi o diploma que regeu os horários de todos os trabalhadores integrados em carreiras nos hospitais.

Aplicava-se a todos os profissionais independentemente de estes pertencerem a carreiras específicas ou a carreiras gerais, uma vez que todos os trabalhadores estavam integrados em carreiras e contribuía para o mesmo fim.

Desde já há algum tempo que o facto de, nos Centros de Saúde, o diploma se aplicar a uns trabalhadores e não a outros vem gerando problemas.

Por outro lado, pelo D. Lei 437/91, aquele diploma foi aplicado a todos os Enfermeiros, independentemente de estarem em hospitais ou não.

Com a entrada em vigor da Lei 12-A/2008, de 27/2 e legislação complementar, os serviços têm vindo progressivamente a deixar de aplicar aquele diploma uma vez que o dispositivo legal que o permite só referir as carreiras especiais.

Ora, toda esta situação está a gerar o mais profundo descontentamento e confusão nos serviços.

Existem serviços onde pessoal da mesma carreira tem regimes de horários diferentes!

Existem serviços onde uma carreira – a de enfermagem – tem um regime de horários diferente de todos os outros!

Existem serviços onde ainda é aplicado o regime do DL 62/79 às carreiras gerais e outros onde essa aplicação foi feita cessar.

É a grande confusão para os trabalhadores e para os serviços!

Não faz sentido que trabalhadores que laboram lado a lado tenham regimes de horários diferentes, como não faz sentido que existam regimes diferentes para os diferentes serviços de saúde.

- A forma de acabar com esta balbúrdia é simples, e tem (se tiver) encargos mínimos – é aplicar o regime do Decreto-Lei 62/79 em todos os serviços, incluindo aos empresarializados e a todos os trabalhadores de igual modo.

2 - Escalas

Desde há algum tempo, tem-se instalado nos serviços, de forma completamente incompreensível, a grande confusão na elaboração das escalas do pessoal.

De facto instalou-se a ideia de que os horários têm que ser aferidos ao mês, ou em períodos de quatro semanas. Ora, como os meses teimam em ter mais de quatro semanas e os dias teimam em não terem somente vinte e uma horas (período de tempo que dividido por 3, permitiria turnos de 7 horas, o que em 5 dias por semana daria as 35 horas semanais), a confusão e o desrespeito pelos direitos dos trabalhadores é geral.

Durante anos e anos nunca houve problemas na feitura das escalas pois estas eram feitas segundo um modelo de escala perpétua, a qual permite que os trabalhadores possam organizar a sua vida pessoal e familiar com grande antecedência, uma vez que somente é alterada por razões imprevistas. Este modelo de escala permite a aferição da carga horária semanal em períodos de cinco semanas, o que nunca constituiu problema.

Aquilo que actualmente se quer praticar, somente para alguns profissionais, leva à completa imprevisibilidade das escalas, à desregulação da vida pessoal e familiar, às permanentes alterações das escalas, à atribuição casuística das folgas e dos feriados, etc, etc.

- É absolutamente essencial por cobro a esta situação através de medida regulamentar, que instrua a forma como o tempo de trabalho deve ser organizado.

VIII – Instituto Nacional de Emergência Médica

As primeiras carreiras específicas do INEM (então SNA – Serviço Nacional de Ambulâncias) foram criadas pelo Decreto-Lei 494-A/75, de 10/9. Eram elas as de Técnico Auxiliar de Emergência Médica e a de Auxiliar de Telecomunicações de Emergência.

Aos primeiros competia o “apoio na execução, desenvolvimento e aperfeiçoamento do sistema de emergência médica colaborando no ensino teórico-prático das respectivas técnicas”, sendo que para além destas funções também lhes eram cometidas outras funções, de maior responsabilidade e com elevado grau de autonomia, como trabalhos de estudo e análise, com elevado grau de qualificação e responsabilidade, elaborando pareceres e participando em trabalhos que exigiam conhecimentos altamente especializados em investigação e formação de técnicas de emergência médica, na construção de ambulâncias e seu equipamento, análise de protótipos, entre muitas outras.

Aos segundos executam técnicas nas áreas da electrotecnia, electrónica e telecomunicações, competindo-lhes, nomeadamente o estudo, desenvolvimento e instalação de redes de telecomunicações do INEM (rede telefónica, redes de VHF, sistemas de UHF e feixes hertzianos); a análise e detecção de avarias nos equipamentos das redes de telecomunicações do INEM; a manutenção e reparação dos equipamentos das redes (no local e em bancada), entre muitas outras.

Estas carreiras sofreram, ao longo dos tempos, diversas vicissitudes e acabaram por ficar (incorrectamente) como carreiras a extinguir quando vagassem na aplicação do Novo Sistema Retributivo de 1989 e nunca viram a aplicação do DL 404-A/98 de 18/12.

Acabaram agora, no âmbito da Lei 12-A/2008, de 27/2 por serem integradas (mais uma vez de forma incorrecta) nas carreiras de regime geral.

Entretanto, novas funções e necessidades apareceram no INEM como seja a dos Operadores de Telecomunicações de Emergência e a dos Tripulantes de Ambulância.

Estas nunca tiveram carreiras definidas legalmente, tendo sido utilizado o quadro e o enquadramento legal da Carreira de Auxiliar de Telecomunicações de Emergência para os regularizar.

Desde há mais de década e meia que esta Federação vem insistindo para que seja definido um quadro legal para as funções próprias do INEM, com a criação de carreiras de regime especial. Uma vez com a concordância e o apoio dos responsáveis do INEM, mas nunca esse objectivo colheu o necessário empenhamento político dos responsáveis pelo Ministério da Saúde.

Com o aumento de competências que foram nos últimos anos cometidos ao INEM esta situação tem que ser resolvida com a criação de carreiras de Regime Especial para estes trabalhadores, pelo menos em 3 destas áreas:

a) Operadores de Telecomunicações de Emergência

Profissionais com capacitação para o atendimento e encaminhamento dos pedidos de socorro, incluindo a necessária formação para a feitura do primeiro atendimento e aconselhamento das pessoas;

b) Tripulantes de Ambulância

Profissionais com capacitação e formação para o socorro e o prestar de cuidados de emergência sobre supervisão de profissionais de saúde.

c) Técnicos de Telecomunicações de Emergência

Com as funções que estavam cometidas aos Auxiliares de Telecomunicações de Emergência.

Admitimos que as carreiras referidas em a) e b) possam ser uma só, com as duas competências.

Sobre esta matéria esta Federação apresentará, em breve, uma proposta concreta.

IX – Criação da Carreira de Assistente de Serviços de Saúde

A criação das carreiras dos Serviços Gerais da Saúde, pelo Decreto 109/80, de 20/10 foi um importante contributo para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde.

Tanto assim foi que inicialmente era aplicável somente aos hospitais, tendo sido progressivamente alargado o seu âmbito de aplicação institucional às Escolas de Enfermagem, aos Centros de Saúde e às restantes instituições do Ministério da Saúde que prestam funções de assistência na saúde, ensino e investigação.

De forma completamente unilateral, no âmbito do processo de revisão do Regime de Vínculos, Carreiras e Remunerações, iniciado pela Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro o Governo veio a integrar as carreiras daquele grupo profissional na carreira de Assistente Operacional do Regime Geral.

Impões pois criar uma carreira profissional para os trabalhadores daquele antigo grupo profissional.

Assim, propomos a criação da carreira de:

ASSISTENTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Carreira com 3 categorias:

Coordenador Chefe – categoria com 3 posições remuneratórias

Coordenador – categoria com 4 posições remuneratórias

Assistente de Serviços de Saúde – categoria com 8 posições remuneratórias

Funções:

As que estavam atribuídas ao antigo Grupo de Pessoal dos Serviços Gerais da Saúde e a que corresponde genericamente o perfil profissional definido na Portaria 1041/2010 de 7/10.

Formação:

Formação profissional de 6 meses a ser dada no início do exercício de funções ou Curso Profissional de Técnico Auxiliar de Saúde criado pela Portaria 1041/2010, de 7 de Outubro.

Transição:

Todos os trabalhadores que estavam integrados nas carreiras dos Serviços Gerais da Saúde e que estão a exercer as funções inerentes à nova carreira e os que entraram já para Assistente Operacional, mas que exercem as mesmas funções, transitam para Assistente dos Serviços de Saúde.

Os trabalhadores que detinham as categorias de Chefe de Serviços Gerais e de Encarregado dos Serviços Gerais, bem como os actuais Encarregados Gerais Operacionais, oriundos desta área profissional, transitam para Coordenador Chefe.

Os trabalhadores que detinham a categoria de Encarregado de Sector, bem como os actuais Encarregados Operacionais, oriundos desta área profissional, transitam para Coordenador.

Lisboa, 1 de Fevereiro de 2011

A Direcção Nacional

(Paulo Taborda)