E o setor Privado? Entrevista com o Enf.º Jorge Rebelo

21 Abril, 2023

SEP EM FOCO

ENTREVISTA COM JORGE REBELO

O *SEP em Foco* deste número é dedicado exclusivamente ao trabalho desenvolvido no SEP no setor privado e social. Este setor inclui os diferentes grupos e hospitais privados, as IPSS, as Misericórdias, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, a Rádio Televisão Portuguesa e inclui também novos desafios, como o da Cruz Vermelha Portuguesa (Associação Humanitária), com as Mutualidades, e todas as outras unidades onde ainda não negociámos qualquer Instrumento de Regulamentação Coletiva de Trabalho.

E ninguém melhor do que o Enfermeiro Jorge Rebelo, o dirigente do SEP à frente desta área (há tantos anos que já quase nem se lembra quando começou) para servir de guia.

Começamos no futuro. Como antecipas o setor privado no espaço de dez anos?

Neste momento, vejo o setor privado da saúde ainda como um complemento ao Serviço Nacional de Saúde. Na prática, o privado, no seu conjunto, é alargado e muito diversificado e tem alicerçado o seu desenvolvimento nas fragilidades e na desorganização do SNS. O setor é, como disse, muito diversificado e alargado na sua oferta cobrando às pessoas a rapidez do seu serviço. Portanto, e sem querer ser redutor, vejo o setor privado como consultas, transplantes, cirurgias, exames e serviços de âmbito social e de saúde a pessoas mais idosas e com alguma incapacidade física ou mental. Penso que o setor privado, em sentido lato, irá ter um grande

desenvolvimento, mesmo que não tenha a mesma forma que hoje tem.

Recordo que, há uns anos, o setor privado, como área de negócio, era feito por pequenas clínicas quase de ”vão de escada” e, lentamente, passámos a ter os grandes grupos, não só nacionais, mas também internacionais a tomar conta do “negócio”. Isto é o setor privado, puro e duro. O negócio desenvolve-se quando existe procura e os utentes queriam respostas.

Cada vez mais, se fala em doença, toda a gente tem doenças e, se não as têm, o *marketing* vai encarregar-se de lhes encontrar uma. Estamos muito focados no corpo, no individual, mas, e à medida que vamos envelhecendo, temos cada vez mais doenças e incapacidades. Aparece então todo aquele setor maioritariamente dominado pelas Misericórdias, pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), pelas Mutualidades e por alguns pequenos grupos privados que “oferecem” a melhor “casa de fim de vida”. Esta é uma realidade que se expande. Ao mesmo tempo, está concentrada em três ou quatro Grupos, uns regionais e outros a nível nacional, deixando o apoio e a institucionalização das pessoas em final de vida para instituições de âmbito social, sejam elas Misericórdias ou não.

O Estado tem interesse nisto. E porquê? Porque lhes sai mais barato!

Apesar de serem funções sociais do Estado, e destas serem da sua responsabilidade, o Estado passou, ou delegou, a sua responsabilidade nas IPSS e Misericórdias que, sem fins lucrativos, poderiam resolver os problemas sociais e de apoio a pessoas idosas e frágeis, mas sem dispensar os necessários créditos para contratar os recursos humanos necessários. A contratação coletiva e a relação destas entidades com os seus trabalhadores tem sido miserabilista.

Há também outro dado, que é importante realçar e que passa pela própria Comunicação Social e no que ela transmite que, como sabemos, molda o comportamento das pessoas, na sua formação em geral e no desejo que provoca de compra de consultas e exames, como se já estivéssemos doentes. Falta-nos a segurança que os cuidados de saúde primários devem dar às pessoas.

Esta alienação vai no sentido de parecer que cada um é detentor de um máximo de consultas e exames, independentemente do tipo de exames. E é isto que ajuda o privado a crescer. Todos nós dizemos que é preciso as pessoas serem mais letradas no âmbito da saúde mas, na realidade, o que alguns Órgãos de Comunicação Social fazem é alienar as pessoas no que à promoção da saúde diz respeito. Por exemplo, nos programas da manhã, na televisão, quando aparece lá alguém a falar sobre esclerose múltipla ou outra doença qualquer, o que se constata é o aumento da procura de especialistas dessa área e de pessoas que, face ao que ouviram na televisão, começam a ser um poço de doenças. E todos nós somos um poço de doenças. Ora, a doença é uma forma de financiamento do setor privado.

Por isso, eu acho que o negócio vai expandir-se, para mais com esta situação do Serviço Nacional de Saúde, onde não se investe no âmbito dos cuidados de saúde primários. São as dificuldades de acesso, é a Comunicação Social e é um conjunto de outras situações que levam também ao crescimento do setor social.

Nesta dicotomia público/privado, como é que isso se vai refletir ao nível dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros?

Bem, eu estou a falar com o conhecimento de alguém que foi criado numa determinada época e teve uma determinada formação e, provavelmente, não estou capacitado para falar sobre os jovens e sobre aquilo que os jovens pensam, mesmo no âmbito da sua formação.

Quando comecei a trabalhar, no meu primeiro estágio, no meu primeiro ano, eu entrava num hospital e os enfermeiros e os utentes tratavam-me logo por enfermeiro e isso era uma forma de nos englobar, aqueles velhos tentavam-me englobar naquilo que era aquele conjunto. Agora dizem: “Você tem de ser um empreendedor, tem

de ser melhor do que o outro.” No passado, não se pensava desta forma e o privado claro que vai explorar isto.

Aquilo que tínhamos como igual vai desaparecer tendencialmente e levando a lutas entre enfermeiros. Eles veem que os seus pares, os médicos, funcionam dessa maneira, cultiva-se o individualismo apesar de terem uma base comum. Nós não tínhamos isso.

Quando fizemos a construção do desenvolvimento da profissão – e estamos a falar de toda a década de 80 – fizemos acontecer um conjunto de modificações, que foram fruto do que os nossos anteriores colegas tinham desenvolvido, e nisto éramos um corpo. Tanto éramos um corpo que fizemos um Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e uma Ordem. Hoje, não sentimos este fator de agregação, e isso também tem a ver, se calhar, com aquilo que é a construção dos jovens e naquilo que a academia, as escolas, lhes apontam como caminho de desenvolvimento.

Como vai ser no futuro? Não sei.

O que eu desenvolvo, enquanto membro do SEP, é a contratação coletiva. Mas falar de contratação coletiva no abstrato não quer dizer nada.

Para se falar disto tem de se falar de negociação e de trabalhadores que, neste caso, são enfermeiros disponíveis e conscientes do que querem contratar e da relação com as entidades patronais. Para haver uma negociação, os enfermeiros que estão no processo negocial têm de saber, em primeiro lugar, o que são. Mais do que saber se querem mais 20 euros, têm de saber o que são. Porque, quando o enfermeiro vai falar com a entidade empregadora, esta está munida de advogados, de legislação, mas não está munida do conhecimento daquilo que os enfermeiros podem e devem fazer, ou seja, o que é ser enfermeiro. Quando isto não existe e quando nós não valorizamos a nossa essência, como corpo de conhecimento e de experiência, dificilmente conseguiremos atingir os nossos objetivos. É deveras importante saber o que é que nós somos na sociedade e no mundo, enquanto profissionais, Se nós não tivermos isto como central poderíamos dizer que, num processo negocial, poderemos ser substituídos por um qualquer advogado.

E isso tem a ver com o contexto em que se trabalha?

Tem a ver com o contexto em que se trabalha, sim. Aqui, volto outra vez à questão da nossa socialização no local de trabalho. Nós, antigamente, quando começávamos num hospital ou numa unidade, os mais velhos “faziam-nos entrar” na filosofia da instituição e havia quase que uma absorção do que os mestres nos ensinavam e os exemplos que nos davam, sem, contudo, descurar os momentos de reflexão sobre estes processos empíricos e, por vezes, não formais de desenvolvimento de autonomia profissional. Havia uma filosofia criada e sedimentada ao longo de anos com o objetivo de nos fazer crescer como trabalhadores enfermeiros.

Face a esta situação atual de grande volatilidade em termos dos locais de trabalho e de andarmos a saltar e não haver um processo de desenvolvimento e de agregação não se entra na filosofia. Tive um exemplo na minha vida. Quando transitei de hospital e mudei de instituição, houve um médico que me perguntou de que hospital eu vinha, e se era dos Hospitais Civis de Lisboa, se vinha dos hospitais democráticos. Mesmo sem perceber, trazia um conceito e uma forma de estar diferente de outros que vinham de outros sítios e era interessante perceber isso. Eu trazia a filosofia de trabalhar em hospitais democráticos, como dizia o médico, outros colegas traziam outra forma e assim íamos construindo o nosso desenvolvimento como trabalhadores e como enfermeiros inseridos numa organização.

Hoje, com esta coisa de estar agora aqui e depois ir para ali, e o contrato ser aqueloutro, esta sequência pode prejudicar-nos. O privado privilegia alguns e os outros são instrumento dos que têm privilégio. Ou seja, uns privados querem um conjunto de enfermeiros que, neste caso, possam fazer enquadramento e coordenação, e esses preservam-nos para ficar, mas em função da filosofia que o próprio privado criou e que se centra naturalmente no lucro. Depois, tem um conjunto de outros, que vão utilizando, sejam eles prestadores de serviço

sejam eles jovens profissionalmente.

No privado, valorizam muito a imagem e vendem imagem, como outros setores de serviços, lojas e supermercados. O privado tem diversas facetas, é uma espécie de polvo com diferentes tentáculos e uns funcionam de uma maneira e outros funcionam de outra.

Do ponto de vista sindical, temos de estar alerta. Temos de conhecer bem o nosso contexto, as pessoas com quem estamos a trabalhar, com quem vamos negociar, para, eventualmente, podermos atingir os objetivos que pretendemos e que têm a ver com as melhores condições de trabalho para os enfermeiros. O que é difícil, digo-vos já.

Há aqui o risco de existir, agora ou a médio e longo prazo, uma certa demonização do setor privado em relação ao setor público, de desfasamento entre a interpretação que temos do setor privado face ao que os profissionais querem ter e saber?

A pior coisa que podemos fazer é demonizar seja o que for. Quando nós entramos na demonização, tornamo-nos vítimas do próprio demónio.

É claro que o privado é concorrencial, mas a pior coisa que podemos fazer é dizer que todo o privado é mau. E isso é uma coisa que, às vezes, se diz, em termos sindicais. Não pode ser porque, na realidade, o privado tem determinados objetivos e esses objetivos são provavelmente diferentes porque têm a ver com o lucro.

O que eu pretendo, como enfermeiro, é que me deem a autonomia e a capacidade que eu quero em termos do trabalho. Essa é que é a situação. Quando nós demonizamos alguém, ele fecha-se e torna-se efetivamente demónio e acaba por me destruir e impede que faça qualquer coisa. Na relação contratual, as partes não são iguais e o trabalhador é sempre a parte mais vulnerável.

Não posso entrar nesta situação de que o público é bom e é tudo bom, porque não é, tem imensas falhas. Mesmo o público está a ir buscar muitas das práticas do setor privado e nós continuamos a dizer que ele é bom, não percebendo que estão a ser introduzidas no setor público coisas que não deviam ser introduzidas. Temos de perceber o que é que o privado quer e como quer, para, então, nós também, deste lado, enquanto sindicato, conseguirmos atingir os nossos objetivos.

O privado é basicamente doença e centra-se numa figura única, que é o médico. Então, os enfermeiros podem ser vistos simplesmente como instrumentais. Se nós conseguirmos demonstrar que os enfermeiros não são só instrumentos e que têm mais para dar, estamos a tentar modificar essa visão, que os enfermeiros não são só fonte de despesa mas podem ser fonte de receita. Mas é um processo de difícil construção e eu não sei como isto se vai fazer.

Penso que passa muito pela formação que se dá nas escolas. No passado, os senhores professores estavam na carreira de enfermagem e entravam, também eles, nesta filosofia. A partir do momento, e bem, que se entrou no ensino superior, eles passaram a ser docentes e isto cria um desfasamento com a realidade. A própria formação existente parece-me que desacompanha os estudantes de enfermagem. E os estudantes de enfermagem têm, às vezes, como exemplo, más práticas ou maus comportamentos sem os necessários tempos de reflexão critica da prática de estágio.

Na perspetiva do SEP, quais são os maiores desafios do trabalho do setor privado nos próximos tempos?

O objetivo é ir à liça a todos e não perdermos os que já temos.

Não deixar entrar em caducidade com muitas Convenções. O principal objetivo é o sindicato manter-se nos processos negociais que tem e avançar com outros, se possível. É preciso perceber que há um conjunto de

grupos estrangeiros que estão por aí, em barda, fundamentalmente nesta área da terceira idade.

És dirigente do setor privado há quanto tempo?

Já nem me lembro. Desde 2003 ou 2004, mais coisa menos coisa.

Há alguma conquista que te tenha marcado mais profundamente?

No âmbito das Misericórdias, trezentas e tal, conseguimos melhorar uma coisa que tinha sido feita por outros sindicatos; conseguimos fazê-lo para 249 Misericórdias. Claro que o desejo é que fosse para todas, mas no que se tem de pensar e trabalhar é que com isto se vai construir o futuro.

No tempo do Guterres, em 1998, fizeram uma chamada portaria de regulamentação do trabalho, ou seja, como não havia nada, houve uma decisão unilateral. Nós não fomos convocados para nada, mas foram convocados sindicatos do comércio, de hotelaria, e fizeram-se coisas para os enfermeiros, não estando lá enfermeiros. Em novembro de 2001, fez-se uma Convenção e aquilo que o SEP fazia, à época, era passar procurações, porque se pensava que alguém, no âmbito da CGTP, também saberia defender-nos. Isso foi um erro. Porque eu só posso defender enfermeiros se eu souber o que é ser enfermeiro. Se eu não souber, não posso defender enfermeiros, vou só defender 20 euros ou 30 euros de aumento.

E o que aconteceu foi que, tanto as Misericórdias, as tais 249, como as IPSS, as 4.000, em 2016, equipararam os enfermeiros ao que os outros já eram, técnicos superiores. Isso foi uma grande conquista. E há sempre o grande objetivo de se impedir a caducidade de algumas Convenções.

A outra grande conquista, foi termos conseguido estabelecer, em 2016, um inovador Acordo de Empresa com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Os processos de construção são difíceis e, às vezes, muito morosos.

Não havendo, de facto, uma perspetiva de carreira mais contínua, como acontece no público, estão sempre a fazer processos com manchas de profissionais.

Há carreiras. Por exemplo, estamos no processo de construção da Associação Humanitária da Cruz Vermelha Portuguesa, um processo que já vem há alguns tempos, com avanços e recuos. A Cruz Vermelha Portuguesa não tem qualquer enquadramento, não é IPSS, não é militar, nada. Porque já tínhamos construído um processo semelhante com outros dois sindicatos, neste caso concreto com a FENPROF e com o Sindicato da Função Pública, iniciámos no processo negocial depois da manifesta vontade da própria Cruz Vermelha Portuguesa. Estamos a falar num um processo que começou em 2016, com avanços, recuos, paragens.

Um dos pontos difíceis é que não queriam que o desenvolvimento dos profissionais se chamasse “Carreira”. “Mas porquê?”, perguntávamos. “Porque Carreira está associada ao setor público e nós não queremos o setor público”.

Por isso, temos de ver o que temos de argumentar para dissociar aquilo que é a palavra “Carreira”, pensando em termos de enfermagem. Eles podem dizer que os enfermeiros são técnicos superiores e nós concordamos, mas com uma área específica. E quando nós lhes começamos a falar sobre a atividade ou sobre o que têm a fazer ou que deveriam fazer dão-nos razão. Mas para isso é preciso eu saber o que é ser enfermeiro.

Depois, tenho também de saber um conjunto de outras coisas que têm a ver com o enquadramento legislativo e o que a lei nos permite fazer, porque, do lado de lá, têm conhecimento disso. E quando não têm, temos de ter a capacidade de conhecer mais, para os conseguir levar ao nosso desígnio. Isto é do ponto de vista da negociação, temos de perceber o contexto, a cultura organizacional, perceber quem somos e fazer propostas.

E chegaram a alguma outra palavra para além de Carreira?

Não. (riso) Estivemos a andar à volta e vamos devagarinho. Os processos são lentos.

Estou a recordar-me que, desde 2014, na Cruz Vermelha Portuguesa, puseram no contrato individual de trabalho as 40 horas. Nós dissemos que não fazíamos mais nada se não fossem 35 horas, que não continuávamos a negociar sem isso. Se o princípio é aceite, é aceite. E como é que chegamos lá? Esse é muitas vezes o problema, a nossa pressa, é querermos logo tudo e depois não temos nada. Do lado de lá, nunca podem perder a face e nós também não. Sem abdicarmos dos nossos princípios, temos de encontrar soluções.

Neste momento, quantos enfermeiros estão a trabalhar no setor privado em Portugal?

Não sei porque não há levantamentos. Nós podemos dizer que nos hospitais privados, 75 instituições, têm à volta de 4.000 enfermeiros. Depois, temos esta grande mancha que são as IPSS, mas haverá mais.

Por exemplo, quando, em 2006, foi criada a Rede Nacional dos Cuidados Continuados, o Estado utilizou as estruturas existentes das Misericórdias e das IPSS para fazerem esse trabalho, descentrando-as da área educativa para a área da saúde. E puseram lá uns enfermeiros saídos da escola, a trabalhar por pouco dinheiro. E isso também era uma forma dos hospitais começarem a drenar os seus doentes.

Estamos a falar de enfermeiros mais jovens?

Sim. E isso tem um impacto concreto em termos da sua autonomia porque eles estão na organização sob a coordenação de outros profissionais, que não são enfermeiros. Dou um exemplo. Nos lares, estruturas residenciais para pessoas idosas, quem faz a avaliação dos graus de incapacidade não é o enfermeiro, é o psicólogo ou o assistente social. Está estabelecido que deve haver 1 enfermeiro para 20 utentes, dependendo do grau de incapacidade, ou 1 enfermeiro para 40, mas quem faz essa avaliação? A Segurança Social só paga baseada nessa avaliação. Fala-se muito da degradação dos lares, mas é aí que começa.

Na pandemia, verificou-se que, nas unidades em que havia menos enfermeiros, houve um alto nível de infeção; nas unidades em que o enfermeiro ia pontualmente ou não tinham enfermeiros, o nível de infeção era ainda maior. Isto era o sinal que os enfermeiros não se circunscreviam à mera administração de terapêutica, mas eram elementos de mudança de comportamentos e de desenvolvimento de circuitos que impediam a proliferação das infeções.

Recordo também uma Convenção com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, em 2016. Foi uma Convenção inovadora, um dos grandes ganhos. Fruto também dos interlocutores que tínhamos, conseguimos implementar uma forma de desenvolvimento para os enfermeiros e implicar as decisões dos enfermeiros, no sentido da sua valorização. Ou seja, a sua prática tinha de estar reconhecida e registada e, quanto mais registos, mais contributos, mais subiam na estrutura remuneratória.

Tendo em conta a tua experiência de negociações no público e no privado, quais são as diferenças, consequências e as dificuldades que mais sentes?

As negociações no público são pouco objetivas e nunca mais terminam. Reparem que começámos com a vontade de rever a carreira em 2005 ou 2006. Os nossos interlocutores mudaram, não têm a mesma linguagem, as negociações são “kafkianas”. No setor privado, as coisas são muito mais objetivas e estamos perante alguém que pode decidir, que pode dizer que sim ou que não. A minha capacidade ali é tentar argumentar e estudar. Temos de ter conhecimento do que é a profissão e os profissionais, conhecer o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o contexto organizacional, para perceber também o que pretende o lado de lá. Chama-se a isto ser

conciliador.

O processo de negociação no privado ser mais objetivo e célere poderá estar ligado à lógica de lucro inerente que, à partida, no público não é prioridade?

Não. O setor privado tem normas para a construção e para a negociação e tem de as seguir. Há prazos marcados. Por exemplo, tínhamos um processo no Hospital da CUF Infante Santo, em 2003 (que foi a primeira vez em que participei, meteram-me ali) e, até ao dia 23 de outubro de 2003, deveriam ser feitas as denúncias das Convenções. Ao fim de dois anos, o processo morreu, porque o Código mudou. Naquela altura, acreditei que não iria entrar em caducidade. A legislação laboral mudava e eu não me tinha capacitado para essa mudança. Era ainda ingénuo.

Referiste que se estava a transportar modelos do setor privado para o setor público, nomeadamente a questão de dizer que os enfermeiros fazem parte da despesa e não da receita, que o lucro vem dos médicos. Confirmas que também é assim no privado?

Eles têm consciência do valor dos enfermeiros, mas pretendem que sejam proativos, no sentido de apresentar propostas e projetos daquilo que são as suas capacidades enquanto grupo. No setor privado, se os enfermeiros não forem desafiantes e se só lá estiverem para serem os instrumentais de outros, rapidamente são substituídos por outros meios e profissionais.

O setor privado não pode olhar para o enfermeiro apenas como instrumental e deve valorizar os enfermeiros. Eu trabalhei no privado, para duas consultoras, e fui apresentando propostas.

O enfermeiro não pode só dar conselhos, o enfermeiro tem de vender, porque se não vender não é valorizado. E tudo o que é oferecido não é valorizado.