

3^o CONGRESSO

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES



APRECIACÃO DA
APLICAÇÃO DO
PROGRAMA DE ACÇÃO
DA DIRECÇÃO NACIONAL
E BALANÇO DA
ACTIVIDADE SINDICAL
DESENVOLVIDA

COIMBRA, 7 E 8 DE ABRIL DE 2006

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. SISTEMA DE SAÚDE E ACESSIBILIDADE DOS CIDADÃOS

2. AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

3. 1. Emprego

3. 2. Código do Trabalho

3. 3. Saúde Ocupacional/SHST

3. 4. Sector Privado

3. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

4. 1. Pela Profissão de Enfermagem

4. 2. Pela Formação

4. 3. Pela Carreira

4. ORGANIZAÇÃO SINDICAL, REFORÇO DO SINDICATO E FUNCIONAMENTO

INTRODUÇÃO

Nos termos estatutários, cabe à actual Direcção Nacional organizar o 3º Congresso do SEP. Uma das competências do Congresso é efectuar uma apreciação da aplicação prática do Programa de Acção da Direcção Nacional e um breve Balanço da actividade sindical desenvolvida entre congressos.

O 2º Congresso realizou-se em Junho de 2002. Seria natural que este 3º Congresso se realizasse decorridos os 3 anos e se concretizasse no 2º ano do mandato da nova Direcção, eleita em 2003. Contudo, porque a actividade sindical não está desligada da situação política e social que se vive em cada momento concreto, tal não foi possível.

A intensa actividade que tivemos que desenvolver, em consequência do brutal ataque perpetrado pelos dois Governos entretanto eleitos – o Governo de maioria PSD/CDS eleito em Março de 2002 e o Governo de maioria PS eleito em Fevereiro de 2005 – não nos permitiu entretanto fazer a necessária pausa para reflectir sobre o trabalho desenvolvido e perspectivar o futuro, como iremos demonstrar ao longo do documento.

Considerando que o 2º Congresso fez o balanço da actividade desenvolvida até Junho de 2002, o presente balanço desenvolverá o período de tempo entre o 2º semestre de 2002 e o final do mês de Dezembro de 2005, ainda que, relativamente ao ano de 2005 não seja possível fazer uma análise mais aprofundada, porque os relatórios de actividades das regiões e departamentos não foram ainda apresentados nem apreciados.

O objectivo deste balanço não é fazer a descrição exhaustiva de todas as actividades desenvolvidas, mas apenas procurar perceber se os objectivos propostos aos sócios pela actual Direcção foram concretizados e, se não foram, perceber os factores que interferiram na sua não concretização. O outro objectivo é fazer neste Balanço uma reflexão crítica sobre a actividade sindical desenvolvida pelo colectivo sindical.

No 2º Congresso, na apreciação que fizemos, considerámos que, apesar das adversidades político-sindicais, “o SEP e os enfermeiros averbaram assinaláveis conquistas e reforçaram a sua organização”. No Balanço que hoje fazemos, sendo verdade que continuámos a reforçar a nossa organização, já não poderemos afirmar o mesmo relativamente às conquistas.

Apesar do reconhecido empenho de inúmeros dirigentes, delegados e activistas, da intensa acção reivindicativa, da discussão com os enfermeiros nos locais de trabalho, informando, dinamizando e mobilizando, das lutas concretizadas, resistindo fortemente, vimos consumada a redução e mesmo retirada de direitos, a diminuição das condições de trabalho, a redução dos salários e do nível de

vida, o aumento da precariedade, enfim, o ataque sem paralelo aos serviços públicos e aos seus trabalhadores.

A situação política e social no Plano Internacional, ao longo deste período, foi marcada por um conjunto de acontecimentos que criaram um clima favorável à implementação e aprofundamento também em Portugal das políticas neo-liberais com consequências fortemente negativas para as populações e para os trabalhadores. São exemplo:

- Os acontecimentos do 11 de Setembro nos Estados Unidos que, a pretexto do combate ao terrorismo, definiram uma estratégia belicista sem precedentes na história da humanidade, visando o domínio absoluto no plano militar, político cultural e económico. Em consequência, acentuou-se o carácter desregulador da economia e o aprofundamento das políticas anti-sociais; focos de tensão e conflitos armados em várias regiões do mundo, que impedem o desenvolvimento e são causadoras de doenças, mortes, fome, miséria e da propagação de doenças;
- A invasão do Iraque e o cenário de violência instalado naquele país;
- A degradação acelerada das condições ambientais do planeta em resultado de políticas predadoras dos recursos naturais, na ânsia desmedida pelo lucro económico;
- O alargamento da U.E. a novos países, que, como então se previa, teve impactos negativos para Portugal, enquanto país periférico com níveis de convergência muito distanciados da média comunitária, em resultado de opções de secundarização das políticas económicas e sociais, tão contrárias da efectiva coesão no interior da U.E.;
- O pacto de estabilidade, de natureza restritiva e interpretado pelo governo PSD/CDS de forma rigorosamente ortodoxa, mais não foi do que um instrumento do neo-liberalismo, responsável pelas políticas económicas desajustadas das necessidades de desenvolvimento dos povos europeus.

Tal como então se previu, o Governo PSD/CDS aprofundou todos os traços negativos das políticas que vinham a ser seguidas pelo Governo do Partido Socialista e pôs em marcha um violento ataque aos direitos laborais e sociais dos trabalhadores, de que são exemplo o Código do Trabalho, o agravamento da injustiça fiscal, a revisão da lei de bases da segurança social a alteração do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e uma política de deterioração da qualidade do Ensino e do estatuto profissional dos professores.

Lançou através da comunicação social uma campanha de descredibilização dos serviços públicos e dos seus trabalhadores, como forma de justificar o seu desmantelamento e entrega ao sector privado, fazendo aprovar os necessários instrumentos legislativos, que designou por reforma do Estado. Assim,

- Publicou o Estatuto do Pessoal Dirigente da Administração Pública;
- Publicou a Lei-quadro dos Institutos Públicos
- Publicou o Sistema de Avaliação do Desempenho - SIADAP
- Publicou o Contrato de Trabalho na Administração Pública - CIT

No sector da Saúde, a estratégia do Governo/Ministério da Saúde visou dois objectivos centrais: reduzir a despesa pública a curto prazo (reduzindo o deficit público no orçamento de estado, sem que tivesse significado reduzir despesas com saúde!) e viabilizar a entrada de sectores económico-financeiros na gestão de fundos públicos a médio prazo, alterando a organização e gestão do SNS e alterando o seu modelo de financiamento.

Ao longo da legislatura concretizou as alterações legislativas necessárias, fazendo-as aprovar na Assembleia da República, tirando partido da maioria parlamentar PSD/CDS. Assim, em 2002 e 2003:

- Alterou a Lei de Bases de Saúde, estabelecendo um novo Regime Jurídico de Gestão Hospitalar;
- Publicou o diploma que regula o Regime de Parcerias público-privadas em que o Estado concessionaria a construção, equipamento, exploração e gestão de 10 novos hospitais por um período de 30 anos;
- Transformou 34 Hospitais do Sector Público Administrativo em 31 Sociedades Anónimas;
- Publicou o diploma sobre Rede de Cuidados de Saúde Primários;
- Introduziu importantes alterações à legislação existente, designadamente:
 - Estabeleceu uma tabela de preços de actos e actividades, enquanto forma de financiamento/pagamento às instituições;
 - Potenciou a concretização da possibilidade de a gestão das Instituições e Serviços do SNS ser concessionada a entidades privadas;
 - Nos Hospitais S.A Potenciou a concretização da possibilidade de concessionar a gestão de partes funcionalmente autónomas a outras entidades;
 - Nos Cuidados de Saúde Primários concretizou medidas que facilitam a concessão da gestão de Centros de Saúde, extensões ou partes funcionalmente autónomas a entidades privadas e cooperativas de médicos.
- Consagrou o Contrato Individual de Trabalho para admissão de trabalhadores para todas as Instituições do SNS;
- Publicou o diploma sobre Rede de Cuidados Continuados;
- Publicou a Regulamentação da Gestão Hospitalar para os Hospitais do Sector Público Administrativo;
- Criou a Entidade Reguladora da Saúde.

Com estas alterações e a nova forma de financiamento das Instituições, o Governo criou as condições legais para passarmos a ter um sistema de saúde misto. Assim, deixaríamos de ter um sistema assente num forte sector público prestador – o SNS – que garantia o direito constitucional dos cidadãos à saúde e em que o sector privado, social e cooperativo era complementar deste, para passarmos a ter um sistema em que todos os sectores estão ao mesmo nível de responsabilidade pela prestação pública dos cuidados de saúde. O principal objectivo de tais medidas é a introdução de regras de mercado e de concorrência, a subordinação da saúde à lógica económico-financeira,

com impactos perniciosos na universalidade do acesso, na qualidade dos cuidados e no aumento dos custos globais do sistema.

A intervenção desenvolvida e a luta dos trabalhadores e dos enfermeiros não permitiram a concretização desta legislação.

O ano de 2004, no Plano Nacional foi marcado por alguns acontecimentos que tiveram impacto na vida do país:

- A revisão extraordinária da Constituição da República Portuguesa, em 23 de Abril, concretizada com os votos favoráveis do PS, PSD e CDS/PP, que consagrou a supremacia das normas da U.E face ao direito interno e à Constituição do país e que se traduz numa efectiva perda de soberania;
- As eleições para o Parlamento Europeu em 14 de Junho;
- A destituição do 15º Governo, em 6 de Julho, na sequência do abandono de Durão Barroso do cargo de 1º Ministro e a nomeação do 16º Governo pelo Presidente da República em 17 de Julho, indigitando Santana Lopes para o cargo de 1º Ministro, mantendo a coligação PSD/PP no poder;
- As eleições para as Assembleias Legislativas das RA dos Açores e da Madeira;
- A dissolução da Assembleia da República em 10 de Dezembro e a convocação de Eleições Legislativas para 20 de Fevereiro de 2005.

Depois da constituição do 16º Governo com Santana Lopes 1º Ministro, o Ministro da Saúde foi reconduzido e prosseguiu a política de saúde em curso:

- Publicou o diploma relativo à gestão dos Hospitais Universitários (que não determinou qualquer alteração nestas instituições);
- Criou os Centros Hospitalares do Alentejo Sul, S.A. (Hospital de Beja e Serpa) e do Barlavento Algarvio, S.A. (Hospitais de Portimão e Lagos);
- Lançou o 1º concurso público para a Parceria Público-Privada do Hospital de Loures.
- Tentou implementar, sem sucesso, fruto da luta sindical, a Política de Incentivos;
- Iniciou o processo de contratação colectiva para os trabalhadores com CIT nos Hospitais S.A., através do ACT.

Numa análise global, podemos dizer que as políticas prosseguidas pelos 2 Governos do PSD agudizaram a instabilidade política e aprofundaram a crise económica e social.

A dissolução da Assembleia da República e a convocação de Eleições Legislativas para 20 de Fevereiro de 2005 provocou o abrandamento do que então era designado por fúria privatizadora e, no seio dos trabalhadores, gerou a necessidade de por fim à maioria que conduziu o país a um estado de crise, sobretudo orçamental e política. Os resultados eleitorais de 20 de Fevereiro, que

deram a vitória ao Partido Socialista, com maioria absoluta, criaram na sociedade em geral expectativas de mudança das políticas em curso.

Infelizmente para os trabalhadores e em particular para os trabalhadores da Administração Pública, as expectativas foram sendo sucessivamente defraudadas, à medida que foram sendo visíveis as medidas do Governo.

O ano de 2005 foi caracterizado pelo prosseguimento das políticas neo-liberais, pelo aprofundamento da linha privatizadora do sector empresarial do Estado. Foi desencadeada uma nova e violentíssima ofensiva contra os trabalhadores da Administração Pública, acompanhada do lançamento de uma campanha de difamação junto da opinião pública, atentatória da sua dignidade, fazendo crer que os funcionários públicos usufruem privilégios aos quais é necessário por cobro.

Desde a tomada de posse do novo Governo, os trabalhadores da função pública e as suas estruturas sindicais desenvolveram um conjunto de iniciativas junto do Governo, no sentido de fazer perceber que o processo negocial em torno da PRC para 2005 não estava encerrado, uma vez que o anterior Governo não negociou, pelo contrário, impôs 2% de actualização salarial. Foram também desencadeadas acções de protesto e luta.

Em conclusão e defraudando todas as expectativas criadas nos trabalhadores e na população, em menos de um ano de governação, o Governo do Partido Socialista, com o apoio da sua maioria parlamentar:

- Fez aplicar todo o pacote legislativo aprovado pelo Governo PSD/PP considerado para a Reforma do Estado, designadamente: alterações no Regime de Protecção Social, a Avaliação do Desempenho, admissão generalizada por CIT e prepara-se para aplicar a redução de efectivos, através da utilização da Lei dos Supra Numerários;
- Congelou salários, o valor das remunerações acessórias e antiguidade dos trabalhadores para efeito de progressão;
- Alterou o Estatuto da Aposentação dos funcionários, arrasando as condições particulares dos corpos especiais, que para os enfermeiros tinham sido reconhecidas inclusivamente pelo governo PSD em 1991 e consagradas na carreira.

Foi neste contexto que se desenvolveu nossa acção sindical, profundamente marcada e influenciada pela condução das políticas que, no essencial, não diferiram dos governos do PSD e do PS, antes se complementaram.

O 2º Congresso do SEP definiu um conjunto de linhas para a Intervenção Sindical, em 3 áreas essenciais: o sistema de saúde português, as condições de trabalho dos Enfermeiros e o desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.

1. SISTEMA DE SAÚDE E ACESSIBILIDADE DOS CIDADÃOS

Propusemo-nos desenvolver a intervenção sindical:

- Reafirmando a importância do desenvolvimento e aprofundamento dos Serviço Nacional de Saúde;
- Exigindo a concretização de políticas de saúde que apostem no desenvolvimento dos cuidados voltados para as comunidade;
- Exigindo a melhoria do acesso, da qualidade e da quantidade dos cuidados de saúde;
- Exigindo o exercício da gestão e administração dos serviços de saúde por profissionais com experiência profissional na área da saúde;
- Exigindo a participação dos Enfermeiros a todos os níveis de decisão do sistema de saúde;
- Exigindo uma gestão eficiente e responsabilizante, sem recurso a “experiências inovadoras”

Em termos de apreciação de resultados, face aos objectivos:

Em torno destes objectivos o SEP desenvolveu um conjunto diverso de iniciativas, institucionais, de acção reivindicativa e desencadeou processos de luta dos Enfermeiros que registaram elevados níveis de adesão. Destacamos:

Em torno do novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar, para além das reuniões institucionais com os Grupos Parlamentares e com a Comissão do Trabalho e Assuntos Sociais, em 2002:

- A ocupação das Galerias da Assembleia da República em Julho e em Setembro;
- A Greve de todos os Sindicatos da saúde em 19 de Julho;
- Iniciativa Pública do SEP junto à Assembleia da República em 26 de Setembro;
- Iniciativas regionais de esclarecimento junto da população.

Em torno do Diploma sobre a Rede de Cuidados de Saúde Primários, com impacto na acessibilidade dos cidadãos, realizou-se um vasto conjunto de reuniões inter-organizações da saúde onde o SEP participou e que impulsionou:

- Realizaram-se algumas reuniões entre o SEP e organizações médicas com o objectivo de delinear estratégias para dificultar a implementação do diploma (em 2003);

E ainda:

- Posição crítica pública de todas as organizações de Enfermagem;
- Realização de uma Iniciativa Pública junto à Residência Oficial do 1º Ministro;
- Realização de uma nova Greve da Administração Pública em 13 de Novembro, em que este era também objectivo;
- Realizaram-se colóquios nas Direcções Regionais de Lisboa, Faro e Setúbal (em 2004)

Em torno do primeiro aniversário dos Hospitais S.A.:

- Debate Nacional no Porto em 13 de Dezembro 2004;
- Diversas iniciativas regionais.

Em 2004, ao nível dos Hospitais, a questão central foi a tentativa por parte da Unidade de Missão, em pleno período de férias, de aplicar o Sistema de Incentivos em várias Administrações dos Hospitais S.A.. Para além de vários pedidos de reunião ao Ministro da Saúde e da intervenção jurídica, o SEP:

- Lançou uma campanha de informação e esclarecimento, denunciando os reais objectivos desta medida e intervindo junto dos Conselhos de Administração, o que fez abrandar o processo e fez com que o SIADAP e o SIADAP/versão Beta se não aplicassem aos enfermeiros.

A forte contestação social desencadeada pelos Sindicatos, tendo embora conseguido reduzir a intensidade das medidas, não conseguiu impedir que a ofensiva prosseguisse e se acentuasse a linha liberalizadora, ao serviço dos grupos financeiros.

Ainda assim, não fora a luta e a intervenção sindical desenvolvida, a ofensiva teria sido muito maior.

Simultaneamente, o Governo procurou ignorar os parceiros sociais, não desenvolvendo qualquer negociação com os Sindicatos e confrontando-nos com a política do facto consumado.

No que diz respeito à saúde, fruto das opções e da postura do governo/Ministro da Saúde, de submissão aos grupos económicos, o SEP não teve condições para atingir os objectivos traçados.

Relativamente à defesa dos Serviços Públicos essenciais, como a Educação, a Justiça, a Segurança Social, entre outras e o Pacote Laboral, aumentos salariais, Emprego, participámos na organização e mobilizámos a estrutura e os enfermeiros para a participação nas acções promovidas pela Frente Comum de Sindicatos da Administração Pública e pela CGTP, designadamente:

- Concentrações, manifestações e tribuna pública (2002);
- Conferência Sindical sobre a Saúde (Junho 2002);
- As Greves dos Trabalhadores da Administração Pública, decretada pela FCSAP (16 de Outubro e 14 de Novembro 2002);
- A Greve Geral em torno do Pacote Laboral (10 de Dezembro 2002);
- A Greve geral dos trabalhadores da Administração Pública, convocada pela FCSAP (23 de Janeiro 2004);
- A Marcha pela Educação promovida pela CGTP/FENPROF (23 de Janeiro 2004);
- O “Cortejo de Carnaval” contra o bloqueio da Negociação da PRC 2004, a proposta de Lei sobre o Sistema de Avaliação de Desempenho e proposta de Lei que introduz o Contrato Individual de Trabalho na Administração Pública (25 Fevereiro 2004);
- As “Tribunas Públicas” contra a carestia de vida e o agravamento do desemprego, pela actualização dos salários e a defesa dos direitos dos trabalhadores (26 e 27 de Fevereiro 2004);

- A “Jornada de Luta Nacional”, que teve lugar em todas as Capitais de Distrito, contra a carestia e o desemprego, salários, direitos e serviços públicos (11 de Março 2004);
- A Manifestação convocada pela FCSAP pelo aumento mínimo de 50 euros e por uma AP com qualidade e ao serviço dos cidadãos que reuniu mais de 20 mil trabalhadores (19 de Maio 2004);
- As Concentrações realizadas em vários pontos do país e com maior impacto em Lisboa a reclamar eleições legislativas antecipadas (06 de Julho 2004);
- A Jornada de Luta pela contratação colectiva e os direitos sindicais, realizada em Lisboa e Porto (15 de Julho 2004);
- O “Dia Nacional de Luta”, realizado também em Lisboa e Porto, sob o lema “Basta de injustiças e desigualdades, um novo rumo é possível” (10 de Novembro 2004);
- As grandiosas Manifestações do 1º de Maio, realizadas em mais de 60 localidades com Lisboa a alcançar uma das maiores dimensões de sempre, precedidas pelas Manifestações comemorativas do 30º Aniversário do 25 de Abril, CGTP-IN, e que, em Lisboa, reuniu cerca de 40 mil manifestantes (2004).

Em 2005, diversas iniciativas de pressão e acções de luta se desenvolveram, face à ausência de um processo negocial em torno da PRC de 2005:

- A realização de um Plenário que reuniu centenas de dirigentes, delegados e activistas sindicais em 20 de Abril, que se deslocou ao Ministério de Estado e da Administração Interna, onde fez entrega de uma resolução que continha as principais reivindicações;
- As Manifestações do 25 de Abril e do 1º de Maio, em que pela sua forte participação, os trabalhadores da Administração Pública deram um inequívoco sinal de que estariam dispostos a defender os seus direitos e o direito enquanto cidadãos, a serviços públicos de qualidade prestados pelo Estado.

No dia 2 de Maio a Frente Comum foi recebida pelo Ministro da Finanças. Foi no decurso desta reunião que nos foram anunciadas as principais intenções do Governo, quanto ao futuro dos serviços públicos e dos seus funcionários:

- Vínculo por CIT;
- Manutenção da precariedade;
- Alteração das regras de aposentação;
- Manutenção da avaliação do desempenho por quotas, entre outras.

Face às anunciadas intenções do Governo, decidiu convocar uma Manifestação Nacional para denunciar as medidas e tornar público o seu protesto.

O discurso do 1º Ministro, proferido no dia 25 de Maio, no debate mensal na Assembleia da República sobre “A situação Orçamental do País” confirmou os receios dos trabalhadores e acabou

por confirmar a justeza da convocação da Manifestação que veio a ser uma das maiores de sempre após o 25 de Abril de 1974 e Greve:

- Em 17 de Junho 2005 mais de 50 mil trabalhadores de todos os sectores da Administração Pública contra o arrasar dos direitos e a destruição dos serviços públicos, pelo direito ao trabalho e ao trabalho com direitos, pela dignidade, pela valorização dos serviços públicos e dos seus trabalhadores;
- Em 15 de Julho 2005 concretizou-se a Greve dos trabalhadores da Administração Pública fruto do anúncio de medidas lesivas para os trabalhadores nomeadamente, aposentação; Congelamento das Progressões.

Agosto foi mês de esclarecimento:

- Afixámos faixas, levando a todo o país a mensagem de que o Governo mente sem qualquer pudor, quando diz que apenas pretende acabar com os nossos “privilégios”;
- Distribuímos informação à população, clarificando quem são os verdadeiros responsáveis pelo défice – os sucessivos Governos, ora da responsabilidade do PS, sozinho ou coligado com o CDS/PP, ora do PSD, sozinho ou coligado com o CDS/PP;
- Realizámos em Lisboa (2 dias), Porto (1 dia) e Coimbra (1 dia) uma Iniciativa Pública com uma tenda preparada, onde contactámos com a população e onde mais uma vez os Enfermeiros prestaram Cuidados aos utentes, fazendo o diagnóstico da diabetes e da hipertensão arterial, aconselhando hábitos de vida saudáveis ou encaminhando as situações mais problemáticas diagnosticadas. Através de um folheto próprio, divulgámos à população as razões pelas quais os Enfermeiros reclamam a manutenção das actuais condições de aposentação e que o Governo quer degradar;
- Diversos Sindicatos desenvolveram iniciativas de esclarecimento nos locais de trabalho e algumas Direcções Regionais do SEP desenvolveram Iniciativas Públicas semelhantes, em torno das especiais condições de risco e penosidade inerentes ao exercício da profissão.

A luta prosseguiu:

- Em 14 de Setembro a Cimeira de Sindicatos da Administração Pública aprovou a PRC para 2006, reafirmando a disponibilidade dos trabalhadores para prosseguir a luta;
- Fizemos o Plenário de Sindicatos em 20 de Setembro e fomos em manifestação entregar a PRC para 2006 ao 1º Ministro;
- A Manifestação Nacional da AP em 20 de Outubro que se deslocou para a Assembleia da República aquando da alteração ao Estatuto de Aposentação;
- Em 5 de Dezembro foi feita a entrega de um Abaixo-assinado na Presidência da República solicitando a fiscalização da Lei sobre Estatuto de Aposentação dos trabalhadores da Administração Pública.

Continuamos a registar que a participação dos dirigentes, delegados e activistas continua a não valorizar suficientemente a necessidade da sua participação nas acções promovidas pela Frente

Comum e pela CGTP, mesmo em torno de questões que dizem directamente respeito aos trabalhadores que representam. Também em algumas iniciativas específicas, decididas em Direcção ou Conselho Nacional, se verificou uma participação reduzida da estrutura.

2 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS

Propusemo-nos desenvolver a intervenção sindical:

- Exigindo a formação de Enfermeiros em número suficiente para suprir a carência nacional e para a dotação correcta dos serviços, de forma a permitir a satisfação das necessidades concretas das pessoas em cuidados de enfermagem com qualidade e a permitir o respeito pelo exercício dos direitos pelos Enfermeiros, reivindicando para o efeito a implementação de políticas adequadas de organização dos serviços;
- Exigindo a admissão de Enfermeiros para o sector público por Contrato Administrativo de Provisão, sem necessidade de descongelamento prévio de quotas;
- Esclarecendo os Enfermeiros, de forma sistemática e sustentada, sobre os direitos, nomeadamente realizando uma campanha de direitos no triénio;
- Criando no Sindicato uma área de responsabilidade pelas questões da Higiene Segurança e Saúde no Trabalho, que promova o desenvolvimento das actividades inerentes, na estrutura e nas Instituições e elaborar um caderno reivindicativo nesta área;
- Exigindo a possibilidade de opção pela exclusividade de funções, devidamente remunerada;
- Exigindo o reconhecimento da natureza especialmente penosa e desgastante do exercício da profissão, que se traduza na obtenção de benefícios para a reforma/aposentação dos Enfermeiros.

2.1. Emprego

Em Portugal é reconhecido por todas as entidades que existe Carência de Enfermeiros para responder às actuais necessidades em cuidados de enfermagem. O envelhecimento da população, o aumento das doenças e dos doentes crónicos e a necessidade de intervir no âmbito das determinantes da saúde, são alguns dos factores que demonstram uma linha de tendência crescente da necessidade de respostas em saúde, nomeadamente em Cuidados de Enfermagem.

Sob orientação dos sucessivos Governos, a pretexto da redução de custos com pessoal e designadamente com os Enfermeiros, sem ter em conta os impactos negativos na qualidade dos cuidados e na sua prestação em tempo útil, penalizando os utentes e o gozo de direitos pelos Enfermeiros, a generalidade das Administrações:

- Não admitiu o número de enfermeiros necessários ao regular funcionamento dos serviços;
- Não renovou os contratos nomeadamente 3+3 meses, despedindo enfermeiros;

- Não atribuiu novos regimes de horário acrescido e cessou muitos dos que estavam autorizados, colocando em causa a prestação de cuidados.
- Dificultou o pagamento e o exercício de trabalho extraordinário e gozo de feriados.

Algumas Administrações, a pretexto da apresentação de “bons resultados económico-financeiros,” promoveram outras medidas “criativas, designadamente:

- Subcontratação de Enfermeiros através de empresas de trabalho temporário;
- Contratação ilegal de Enfermeiros a Recibo Verde.

Contrariamente ao anunciado pelos Governos, de que a admissão por CIT iria agilizar a forma de admissão e conferir mais estabilidade e segurança sem colidir com os direitos e/ou expectativas dos Enfermeiros, a realidade foi bem diferente.

O Ministério da Saúde aumentou os gastos, gerou instabilidade, insegurança e desmotivação, decorrente do aumento dos Enfermeiros a vínculo precário. Nos Hospitais S.A a admissão continuou a ser feita a prazo e estes Enfermeiros, na globalidade, passaram a realizar 40 horas de trabalho semanal, auferindo uma retribuição global inferior à praticada para os colegas da carreira da Administração Pública com o regime de trabalho a tempo completo (35h). Paralelamente em vários Hospitais S.A os colegas com CAP foram pressionados e ameaçados de despedimento/ cessação do CAP e sofreram pressões de várias ordens para assinarem Contratos Individuais de Trabalho.

Em termos de apreciação de resultados, face aos objectivos:

No que respeita à exigência de emprego estável e com direitos, o SEP desenvolveu intervenções diversas junto das Administrações e de denúncia junto da tutela e vários processos de luta, que mobilizaram um número significativo de enfermeiros que, contudo, ficou aquém do que seria de esperar, tendo em conta os níveis elevados de precariedade existente em diversas regiões, onde não conseguimos que participassem nas iniciativas. Ainda assim, destacamos:

- O Fórum Nacional realizado, a 24 de Abril 2002, no Porto que contou com a presença de centenas de jovens que se deslocaram à ARS Norte exigindo medidas que solucionassem a precarização do emprego dos Enfermeiros.

Desenvolvemos ainda, em 2003:

- Um plano nacional de denúncia da degradação das condições de trabalho e de emprego, que decorreu de Junho a Setembro, com conferências de imprensa regionais, iniciativas públicas e institucionais e comunicados à população;
- O lançamento de um Abaixo-assinado que veio a recolher mais de 6000 assinaturas;
- A realização de uma Iniciativa Pública junto ao Ministério da Saúde, em 24 de Setembro, com dirigentes e delegados, onde se procedeu à inauguração de um monumento e à entrega do Abaixo-assinado.

Em 2004 prosseguimos a intervenção na linha da denúncia pública, intervenção junto da Administrações e acção reivindicativa no plano nacional e regional, com destaque para:

- Realização de uma Conferência de Imprensa Nacional em Julho;
- Promovendo Abaixo-assinados
- Promovendo iniciativas de rua como as realizadas em Leiria, Bragança, Coimbra Faro, entre outras.

Em 2005 a precariedade manteve-se tendo continuado a serem desenvolvidas iniciativas de denúncia e exigência de soluções:

- Regional (Porto, Lisboa);
- Nacional – Debate/Manifestação em 21 Junho junto ao Ministério da Saúde.

Apesar da intensa acção reivindicativa desenvolvida, o processo iniciado em 2002, fruto do compromisso assumido ainda pelo Governo do PS e concretizado já no mandato do Governo PSD/Durão Barroso, foi o único que permitiu a regularização de Enfermeiros a vínculo precário, através do descongelamento de 2100 quotas para admissão através de CAP.

No entanto, importa referir que todas as restantes iniciativas contribuíram decisivamente para evitar despedimentos, promovendo a renovação dos Contratos e para melhorar o clausulado dos CIT, tanto quanto à remuneração como quanto ao termo.

Mantendo presente a necessidade de organizar os jovens em prol da luta por um contrato com uma relação jurídica de emprego pública que garanta estabilidade e direitos o SEP privilegia o contacto com estes ainda enquanto Estudantes. Neste sentido participamos em sessões lectivas para as quais somos convidados pelas Escolas ou pelos próprios Estudantes, participamos nos eventos promovidos pela FNAEE dos quais destacamos AG, ENEE, FNEE.

2.2. Código do Trabalho

O Governo de coligação PSD/PP pôs em marcha um violento ataque aos direitos dos trabalhadores no plano laboral e social, de que são exemplos mais relevantes o Código de Trabalho e a sua Regulamentação, o agravamento da injustiça fiscal, a Revisão da Lei de Bases da Segurança Social.

Sendo certo que a generalidade da Legislação que o Código Laboral enquadrado não se aplica à maioria dos Enfermeiros, a verdade é que introduziu alterações significativas em várias matérias que também se aplicam aos Enfermeiros que trabalham na Administração Pública (contratos a termo; protecção da maternidade e paternidade; estatuto do trabalhador-estudante; principio de igualdade de oportunidades).

No desenvolvimento do processo relativo ao Código do Trabalho, o PS enquanto oposição emitiu opiniões sobre a matéria, na campanha eleitoral expressou promessas e no Programa do Governo assumiu compromissos relativamente à revisão do Código.

Genericamente, no imediato e após as eleições, o Governo assumiu iniciar o processo de revisão do Código relativamente a matérias mais determinantes para o desenvolvimento da contratação colectiva. Posteriormente, desenvolverá uma revisão mais ampla do Código.

Assim, do que aqui tratamos é deste 1.º processo, relativo à revisão de matérias muito importantes para o desenvolvimento da contratação colectiva.

Assim, no dia 31 de Maio 2005 o Governo remeteu aos Parceiros Sociais a sua 1.ª Proposta de Revisão, no sentido de ser abordada em reunião de concertação

Entre outros vários aspectos de conteúdo haviam duas matérias centrais:

- Princípio do Tratamento mais favorável
- Sobre vigência/Caducidade das Convenções

Na 1.ª proposta do Governo, apesar das críticas e melhorias apresentadas pela CGTP, estes dois aspectos estavam contemplados e, no que respeita ao Princípio do tratamento mais favorável, embora a proposta do Governo não fosse consentânea com posições anteriores do PS, havia condições de fazer aproximações.

No desenvolvimento do processo negocial, e exclusivamente sobre esta matéria central para a contratação colectiva, o Governo foi cedendo ao Patronato, acabando por não incluir nesta revisão esta matéria.

A proposta apresentada pelo Governo relativamente ao princípio do tratamento mais favorável não segue a proposta inicialmente apresentada pelo Partido Socialista, constituindo uma alteração insuficiente que não aplicaria o princípio do tratamento mais favorável a todos os instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho. De fora ficariam as decisões de arbitragem e os regulamentos de condições mínimas, certamente com a finalidade de permitir que, por via do recurso à arbitragem obrigatória, as convenções colectivas de trabalho fossem esvaziadas de conteúdo.

O princípio do tratamento mais favorável é um princípio estruturante do direito do trabalho que consagra em si mesmo a noção deste ramo do direito como um direito de protecção da parte mais fraca na relação de trabalho, que é o trabalhador.

O princípio do tratamento mais favorável tem de ser aplicado quer aos contratos individuais de trabalho, quer a todos os instrumentos de regulamentação colectiva, incluindo os chamados

instrumento de regulamentação colectiva não negociais. Para cumprir tal objectivo basta que o Governo aplique integralmente a proposta que tinha e que se comprometeu a executar.

A proposta do Governo mantém, ainda, a previsão de caducidade das convenções colectivas, como prémio para o boicote patronal à negociação, na linha iniciada pelo Governo do PSD/PP. Tal posição não promove a negociação colectiva, antes promove o vazio contratual que, a concretizar-se, levaria a novos processos negociais iniciados a partir do “zero”, destruído que fosse o conjunto de direitos conquistados ao longo de anos de luta dos trabalhadores e que constituem a base da estabilidade da regulamentação do trabalho.

A caducidade das convenções continuaria, assim, a constituir um prémio para a parte que não quisesse negociar e que não tivesse aceite a proposta de realização de arbitragem voluntária, ainda que comprovadamente estivesse de má-fé e se socorresse de todos os expedientes e práticas dilatórias e obstrutivas da negociação.

Por outro lado, a proposta do Governo transforma a arbitragem obrigatória num instrumento intolerável de intromissão do poder político na contratação colectiva, totalmente à revelia dos normativos da OIT, atribuindo ao Governo, na pessoa do Ministro do Trabalho, o poder discricionário de promover ou não promover a arbitragem obrigatória.

Podendo o Ministro, em todas as situações, mesmo quando tenha havido requerimento de uma das partes, determinar ou não a realização de arbitragem obrigatória, será esta entidade quem, de facto, determinará quais as convenções que poderão caducar.

Em termos de apreciação de resultados, face aos objectivos:

O SEP desenvolveu um vasto debate em torno desta matéria com a estrutura e com os Enfermeiros, que contribuiu grandemente para que se disponibilizassem para processos de luta específicos em torno da exigência de alteração aos CIT apresentados aos Enfermeiros nos Hospitais S.A. que continham os aspectos mais lesivos do Código (40h/sem; 25% trabalho nocturno; férias).

Na sequência desta ofensiva aos direitos conquistados, a Direcção decidiu pôr em prática a Campanha de Direitos, aprovada no Congresso, para que estes fossem amplamente divulgados, para que, na fase seguinte os Enfermeiros se consciencializassem da necessidade de os defender. Esta campanha esteve várias vezes planificada mas acabou por nunca se conseguir concretizar.

O processo de luta em torno do Código Laboral foi desenvolvido em conjunto por todo o MSU, com especial realce para a Greve Geral de 10 Dezembro 2002, que registou elevados níveis de adesão. Em consequência, conseguiu-se retirar algumas disposições muito gravosas para os trabalhadores e a versão final do Código que veio a ser publicado não correspondeu ao que o patronato e o Governo de então pretendiam.

O Dia Nacional de Luta realizado a dia 28 de Junho 2005 constitui um momento alto da luta dos trabalhadores em defesa do direito de contratação colectiva e dos direitos que eles consagram. Assim como a Jornada de Luta do dia 10 de Novembro de 2005.

2.3. Saúde Ocupacional / SHST

Apesar de desde 2002 ser planificada a necessidade de promover a reflexão e discussão na Organização/SEP e com os enfermeiros no sentido de dinamizar e o desenvolvimento dos Departamentos de Saúde Ocupacional e da Eleição dos Representantes dos Trabalhadores do SHST com vista à intervenção qualificada nas questões do RIP e das condições de trabalho não conseguimos implementar sobretudo por dificuldade da Organização, mas também pelas duvidas surgidas com a alteração da legislação através do Código do Trabalho, que só foi clarificado pelo nosso departamento jurídico no final do ano 2005.

Em termos de apreciação de resultados, face aos objectivos:

Foram promovidos, em 2005, com o apoio da CGTP, Seminários descentralizados (Porto, Coimbra e Lisboa) de sensibilização de Dirigentes. De referir ainda que no âmbito da CGTP vários dirigentes frequentaram cursos de Formação Pedagógica de Formadores em Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho.

Apesar disto, o SEP não teve a iniciativa de avançar com a eleição dos representantes dos trabalhadores SHST. No entanto, alguns Conselhos de Administração, decorrente do seu processo interno de certificação de qualidade, convocaram os sindicatos para uma reunião e promoveram a eleição. Daí resulta termos representantes dos trabalhadores SHST nas seguintes instituições:

- H. Stº António, EPE
- H. S. Teotónio, EPE
- H. Distrital Águeda
- Centro Hosp. Cova da Beira, EPE

2.4. Sector Privado

Fruto da conjuntura política nacional o sector privado na saúde começou a reorganizar-se nos finais de 2002.

Os grandes grupos económicos passaram a ser os grandes investidores, concentrando, absorvendo e adquirindo pequenas unidades de saúde. O investimento na saúde como área de negócio passou a ser visto como o investimento aprazível, de longo prazo, para o grande capital. Paralelamente e de uma forma insidiosa foi-se criando e empolando a noção que o SNS não era eficiente e que o meio mais eficiente para resolver os problemas de saúde (ou de doença) dos Portugueses passava por subcontratar no sector privado a resolução da ineficiência do sector público.

O sector privado aparecia assim como o sector da pura eficiência e da eficácia empresarial desburocratizante e capaz de “dar” a cirurgia, a consulta ou o transplante que cada português ansiava há muito tempo e que o SNS não era capaz de dar em tempo útil para além de ter condições hoteleiras que todos ansiavam por ter.

Se do ponto de vista económico as condições estavam criadas, a publicação do Código do Trabalho em Dezembro de 2003 veio consolidar as condições do ponto de vista legislativo.

O processo de “liberalização” do sector privado concentrado nos grandes grupos financeiros estava criado e o bloqueio à contratação iria começar.

Neste contexto, o Sindicato e os Enfermeiros iniciaram então um processo de resistência no sentido de impedir a pura desregulamentação da contratação colectiva de trabalho.

Daqui que durante o ano de 2003 conseguíssemos em negociação, fazer publicar integralmente dois importantes contratos:

- Republicação integral do Acordo da Cruz Vermelha Portuguesa em Agosto de 2003
- Republicação com revisão de grande parte Clausulado do Acordo de Empresa do Hospital Fernando Fonseca em Dezembro de 2003 (mesmo depois de já estar em efectividade o Código do Trabalho).

Em Outubro de 2003 e ainda sobre a vigência da anterior legislação laboral, fizemos também a denúncia de outros importantes Instrumentos de Regulação Colectiva de Trabalho, quer sozinhos, quer associados com outros Sindicatos do Movimento Sindical, nomeadamente:

No A E do Hospital da Cuf- Infante Santo

No CCT da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada que envolvia 40 unidades

No CCT das IPSS que envolvia cerca de 7000 unidades

No CCT da RTP/RDP

No AE dos CTT

No CCT do Ensino Superior e Cooperativo

No CCT da União das Misericórdias Portuguesas

Em 2004 fizemos a primeira denúncia de um Acordo Colectivo de Trabalho inserida na nova legislação laboral o aconteceu nos SAMS sem que o processo tenha ainda terminado.

Em 2005 apresentámo-nos em Plataforma Sindical no processo de discussão de um IRCT para os trabalhadores da Stª Casa Misericórdia de Lisboa, o que constitui um processo inteiramente novo.

O desenvolvimento dos processos negociais em que temos estado envolvidos tem sido muito difícil. Da mesma forma, a acção sindical tem sido muito dificultada no seio das empresas prestadoras de cuidados, devido não só à fraca vinculação contratual existente – o privado ainda se constitui como o emprego de recurso e complementar da actividade do sector público – como também à dificuldade “imposta” pelas administrações à actividade sindical nos locais de trabalho aos enfermeiros.

No âmbito das questões mais globais da profissão, o sector deu um importante contributo, designadamente:

- Pela defesa da profissão e dos Enfermeiros desenvolvemos em 2003/2004 um projecto de Avaliação de Desempenho no Hospital Fernando Fonseca em que Enfermeiros avaliam enfermeiros na base do que está estabelecido no REPE.
- Desenvolvemos um processo de luta no Hospital Fernando da Fonseca pela defesa da Profissão no âmbito do Bloco Operatório e dos Serviços de Medicina e Cirurgia para evitar a substituição de enfermeiros por outros profissionais da área do apoio e suporte.
- Decretámos uma Greve de 2 dias no Bloco Operatório do Hospital Fernando Fonseca por tentativa de substituição dos Enfermeiros Circulantes por outros que não eram enfermeiros em Outubro de 2004
- O SEP participou no Sistema Nacional de Certificação Profissional, no âmbito da CGTP coordenado pelo IEFP, na construção de profissões não regulamentadas. Fruto dessa participação foram definidos três perfis profissionais o AAM o Ajudante de Saúde, (estes dois em 2004/2005) e o Operador de Hidroterapia (2006).

3. O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

3.1. Pela Profissão de Enfermagem

Propusemo-nos desenvolver intervenção sindical visando:

- Reafirmar a área da prestação de cuidados como o espaço por excelência da afirmação da enfermagem, determinante para o reconhecimento da imprescindibilidade social dos Enfermeiros;
- Reconhecer, política e organizacionalmente, a importância dos Enfermeiros como gestores dos serviços de saúde, a todos os níveis, promovendo a sua participação em condições e com direitos idênticos às dos restantes gestores dos mesmos órgãos;
- Promover os contextos de trabalho como espaços de formação e investigação, nos quais os prestadores qualificados assumam diferentes responsabilidades e competências.

Nesse sentido foram promovidas várias Iniciativas de Luta pelo SEP ou pelo conjunto das Organizações das quais destacamos:

- A ocupação das Galerias da Assembleia da República em Julho e em Setembro de 2002;
- A Greve de todos os Sindicatos da Saúde em 19 de Julho de 2002;
- Iniciativa Pública do SEP junto à Assembleia da República em 26 de Setembro de 2002;
- Iniciativas regionais de esclarecimento junto da população.

No âmbito da profissão, o SEP, com outras Associações Profissionais de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros:

- Esteve presente em todas as reuniões de discussão da representação Enfermagem Portuguesa em termos internacionais, nomeadamente no Conselho Internacional de Enfermeiras – ICN.
- Esteve presente também no Congresso do ICN e na reunião do PCN, o seu órgão executivo, em Genebra (em 2003), na qualidade de observador;
- Em mais de 30 Colóquios, Fóruns, Congressos e Conferências nacionais e regionais, sobre Saúde e Enfermagem;
- Nas reuniões da FNOPE – Fórum Nacional das Organizações Profissionais de Enfermagem
- Nas reuniões da Comissão Nacional de Mulheres da CGTP
- Nas comemorações do Dia Internacional do Enfermeiro, organizado pela FNOPE (em 2004);
- No Congresso do ICN em Taiwan, em Maio de 2005, integrando a representação portuguesa da FNOPE.

3.2. Pela Formação

Propusemo-nos continuar a:

- Lutar para que todos os enfermeiros tenham possibilidade de obtenção do grau de licenciado;
- Exigir junto do Governo o desenvolvimento dos Cursos de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem;
- Exigir da Ordem dos Enfermeiros a prossecução mais célere de todo o processo inerente às novas condições para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista,
- Continuar a exigir a formação sustentada de Enfermeiros.

Face ao adiamento do início do Curso de Complemento de Formação em algumas Escolas Superiores de Enfermagem, por motivos nunca formalmente esclarecidos, o SEP desencadeou, como forma de pressão para o seu início, a recolha de postais junto dos Enfermeiros, tendo sido entregues 5000 postais no Ministério do Ensino Superior em 22 de Outubro 2002.

Ao longo do triénio participamos em vários debates promovidos pela Ordem dos Enfermeiros com o objectivo de acompanhar a discussão em torno da aquisição do título de Enfermeiro Especialista. No entanto, pensamos que ao longo da discussão com os Enfermeiros sobre a proposta de Carreira e a

nossa intervenção em vários Congressos para os quais fomos convidados ajudou na clarificação do modelo que defendemos para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista.

3.3. Pela Carreira

Propusemo-nos construir um projecto de carreira e consensualizá-la no seio dos enfermeiros, enquadrando os seguintes princípios:

- Desenvolvimento do enquadramento remuneratório no quadro das remunerações previstas para os licenciados, independentemente da relação jurídica de emprego ou do empregador;
- Estrutura horizontal que permita a todos os Enfermeiros atingir o topo da carreira sem a aquisição de outros graus académicos;
- Desenvolvimento associado à aquisição de competências
- A possibilidade de o exercício da gestão, formação, investigação e assessoria assumirem carácter temporal, mediante candidatura de projectos;
- Promovendo a intercomunicabilidade entre carreiras dos sectores público e privado.

Face às transformações verificada na profissão de Enfermagem e às profundas alterações introduzidas pelos Governos no Sistema de Saúde e na organização das instituições, designadamente as decorrentes da transformação dos 34 Hospitais em SA, tornou-se premente concretizar uma proposta de carreira, assente nos princípios definidos no 2º Congresso.

Assim, em 2003 promovemos a discussão dos Princípios Enformadores da Carreira.

No entanto, decorrente da necessidade de responder ao pacote de medidas legislativas que, tanto na área da saúde como no âmbito da designada “reforma do Estado” que o governo foi lançando, só em 2004 foi possível aprofundar o pensamento sobre os Princípios Enformadores do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional e levá-lo à discussão com os Enfermeiros (Abril de 2004).

No decurso deste processo de discussão com os enfermeiros, foi entregue ao SEP pela Comissão Negociadora do Ministério da Saúde uma proposta de ACT para os Hospitais S.A, o que determinou que este processo de construção da carreira fosse acelerado, com vista a apresentarmos uma contraproposta ao ACT.

Apesar de a proposta em discussão ser globalmente consensual, o segmento relativo à Área de Gestão suscitou dúvidas, preocupações e até alguma oposição. Surgiu também o sentimento generalizado de que o processo de discussão estava atrasado e que já há muito devia estar concluída a sua negociação.

A proposta de ACT apresentada pela Unidade de Missão continha dois aspectos centrais a combater.

- Definição e Certificação de Competências dos Enfermeiros pelo Ministério da Saúde/Conselhos de Administração;
- Definição de campos de actuação e áreas de actividade dos TAC, que são competência dos Enfermeiro.

Por isso, a Direcção Nacional decidiu que, previamente ao processo negocial, se impunha deslocar o foco de tensão político-sindical sobre estas matérias para o Ministério da Saúde, enquanto responsável pela política das profissões nas áreas da saúde, exigindo-se a retirada desta insustentável proposta, que, a concretizar-se, teria certamente consequências para toda a profissão de Enfermagem. Assim:

- Realizamos uma Vigília em 6 de Outubro 2004 junto ao Ministério da Saúde denunciando a intenção do Governo de querer substituir Enfermeiros por outros profissionais pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados e a segurança dos utentes;
- Decretamos dois dias de Greve Nacional para 27 e 28 de Outubro de 2004.

A estratégia definida pelo SEP permitiu alcançar os objectivos definidos, tendo sido averbada uma importante vitória para o Sindicato e sobretudo para a Enfermagem. Contudo, a desconvocação da Greve anunciada não foi consensual na Direcção Nacional e dificilmente foi entendida por muitos Enfermeiros nos locais de trabalho, uma vez que foi desconvocada na sequência de um acordo sobre as matérias em curso (da competência da Ordem) entre a Ordem e o Ministério da Saúde, sem que tivesse havido qualquer reunião com o SEP (parceiro negocial no âmbito do ACT onde estas matérias estavam inscritas).

Apesar destas dificuldades processuais, iniciou-se a negociação formal da proposta de ACT, para a qual foi constituída uma Comissão de Negociação Sindical com os sindicatos afecto à CGTP para a negociação do Clausulado Geral, onde o SEP se integrou e que decorrem até ao momento

Entretanto, iniciou-se a discussão parcelar da proposta de ACT, se bem que sobre a Carreira apenas se tenham realizado duas reuniões, em que no fundamental se discutiu a Avaliação de Desempenho, para o qual o SEP apresentou uma proposta.

Contudo, contrariamente ao que se passou com o ACT, cuja negociação prosseguiu, apesar da mudança de governo/governos, com as necessárias adaptações para a nova organização das Instituições de Saúde (Hospitais EPE), a negociação da Carreira de Enfermagem da Função Pública não foi iniciada, apesar de:

- Entrega de uma proposta pelo SEP em 28 de Abril 2005;
- Concentração de Dirigentes, Delegados e Activistas junto ao Ministério da Saúde com entrega de 4300 cartas subscritas pelos enfermeiros em 2 de Novembro 2005.

Ainda assim, conseguimos, com a nossa intervenção jurídico/reivindicativa.

- Que o SIADAP não se aplicasse aos Enfermeiros, mantendo-se em vigor o sistema de Avaliação do Desempenho consagrado na Carreira;
- Que o Sistema de Incentivos, ainda que largamente difundido pelo Governo/Ministro da Saúde, não se conseguisse implementar.

No entanto, o ataque aos trabalhadores da Administração Pública não ficou por aqui.

O Governo impõe congelamento do tempo de serviço para progressão e dos suplementos remuneratórios. Assim, aos enfermeiros e a todos os funcionários públicos:

- É congelado o tempo de serviço para efeitos de progressão nos escalões, até 31/12/2006;
- São mantidos no montante vigente em 2005, todos os suplementos remuneratórios que não tenham a natureza de remuneração base, até 31/12/2006.

No que se refere ao Regime de Aposentação, ainda no Governo PSD/CDS foram alteradas as condições de aposentação, do Regime Geral da Administração Pública, através do Orçamento de Estado penalizando os trabalhadores que, apesar de terem o tempo de serviço exigido não tinham 60 anos de idade, viram deduzido 4,5% na sua pensão por cada ano que lhes falte para completar os 60 anos. Apesar da luta desencadeada o Governo impôs as alterações pretendidas.

Já com o Governo de maioria PS, no desenvolvimento do princípio de harmonizar o Regime Geral de Aposentação da Função Pública pelo Regime da Segurança Social (Sector Privado) e dos Regimes Especiais de Aposentação por aquele Regime Geral, o Governo anunciou a intenção de eliminar ou alterar os diversos Regimes Especiais de Aposentação, entre os quais, o dos Enfermeiros.

Face a este anúncio, realizámos uma excelente Greve de protesto, em 29 de Junho 2005, dando sinais claros ao Governo e Ministério da Saúde da importância da manutenção de um Regime Especial para os Enfermeiros e do que estaríamos dispostos a lutar por este objectivo.

No entanto, o Governo prosseguiu com a sua pretensão e no dia 14 de Setembro, através da Frente Comum, o SEP recebe uma Proposta de Diploma que integra alterações de todos os Regimes Especiais de Aposentação. Assim, no que se refere aos Enfermeiros o Governo/Ministério da Saúde elimina o Regime Especial de Aposentação dos Enfermeiros a partir de 1/Janeiro/2006, remete-nos para o Regime Geral da Função Pública a partir de 1/Janeiro/2019, e, entre estas datas, planifica faseadamente a passagem de um para o outro Regime.

No dia 20 a Direcção decidiu e anunciou um Plano de Luta que passava pela realização de dois dias de Greve. Neste mesmo dia e ao final da tarde, deram entrada no SEP dois documentos: Um da SEAP dando resposta ao nosso requerimento sobre o estudo de avaliação, mas não remetendo qualquer estudo; Outro do Ministério da Saúde que convoca o SEP para uma reunião a realizar dia 27/9 e uma nova versão da Proposta de Diploma. O Governo acabava de “ser empurrado” para

negociações sectoriais. No dia 23/9 o SEP voltou a requerer o citado estudo, agora ao Ministério da Saúde.

Na reunião com o MS, face à ausência de estudos por parte do Ministério para fundamentar a sua posição, o SEP referenciou o conjunto de elementos e estudos que fundamentam o especial risco e as condições particularmente penosas inerentes à função (“ser enfermeiro”), ao exercício profissional e aos diversos contextos em que exercemos a actividade. Contudo, apesar do MS disser que “reconhecia o especial risco e as condições particularmente penosas da enfermagem” mas não para efeitos de aposentação, o SEP decretou a Greve anunciada para 12 e 13 de Outubro.

Posteriormente foram desenvolvidas várias Iniciativas de Luta:

- Concentração junto à Presidência Conselho Ministros em 10 Novembro após a aprovação do Diploma;
- Greve 22, 23 e 24 Novembro (Norte, Centro e Sul) com concentração a 24 junto ao Ministério da Saúde.

De referir que os enfermeiros marcaram significativamente a sua posição através da adesão à greve. Relativamente às acções de rua a sua participação foi muito diminuta, ainda que exigissem que o sindicato desenvolvesse, para além do aumento progressivo dos dias de greve, outras formas de luta.

Apesar da luta travada o Regime de Aposentação dos Enfermeiros foi alterado.

4. ORGANIZAÇÃO SINDICAL, REFORÇO DO SINDICATO E FUNCIONAMENTO

Para que se possam por em prática as orientações do Congresso, é necessário analisar a organização que temos e tomar as medidas que se impuserem para o reforço contínuo do Sindicato e para a melhoria do seu funcionamento.

Assim, ao longo do triénio e com o objectivo de ampliar a estrutura e sustentar e melhorar a organização e o seu funcionamento apontaram-se as seguintes medidas:

- Aumentar o número de sócios,
- Reforçar a organização local através do aumento da rede de Delegados Sindicais;
- Reforçar e sustentar a estrutura nacional e regional através da apresentação de listas de continuidade nas Eleições para a Direcção Nacional, Mesa da Assembleia Geral e Direcções Regionais;
- Implementar um plano de Formação Sindical para Dirigentes e Delegados Sindicais;
- Prosseguir uma política de gestão de recursos que permita rentabilizar e melhorar os meios disponíveis.

Ao nível da Sindicalização constatamos que o SEP continua a registar um aumento de sócios. No triénio anterior (1999/2002) verificou-se um aumento de 1021 sócios e desde o último congresso até final de 2005 verificou-se um aumento de 511 sócios. Apesar do número de sócios continuar a aumentar, o crescimento no último triénio foi metade do registado no triénio anterior. Certamente que a situação política e social não é alheia a estes resultados mas teremos igualmente de repensar a nossa estratégia de intervenção sindical ao nível dos locais de trabalho, nomeadamente através da presença regular de dirigentes e delegados sindicais. Importa ainda referir que, em 2003, estivemos confrontados com a redução do número de sócios efectivos pela 1ª vez.

Apesar do reduzido aumento do número dos sócios efectivos, importa registar que foram admitidos/readmitidos neste triénio (2002/2005) 3494 sócios e que passaram ao passivo 3079 por motivos diversos (aposentação, demissão a pedido e demissão pela Direcção).

Se a situação política e social interfere na decisão de os enfermeiros se sindicalizarem, bem como na manutenção da sua condição de sócios do SEP, o mesmo não podemos dizer relativamente à acção reivindicativa. Ou seja, não temos identificado relação entre os momentos de forte acção reivindicativa e o aumento da sindicalização.

De referir que no sentido de prestar serviço aos sócios foi desenvolvida Formação Profissional por várias Direcções Regionais e que o impacto na sindicalização/dessindicalização nem sempre foi o esperado. Com o mesmo objectivo tinha sido planeado a criação de um Centro de Formação Creditado que não se veio a concretizar pelas implicações que iria trazer na organização da Contabilidade do SEP.

Quanto à organização local – Delegados Sindicais – ao longo do triénio foram eleitos/reeleitos 430 Delegados Sindicais sendo 158 Homens e 272 Mulheres.

Importa referir que alguns dos Delegados Sindicais continuam eleitos há mais de 3 anos e que é importante que se proceda à eleição/reeleição nessas instituições.

Da eleição em simultâneo da Direcção Nacional/Regional e Delegados Sindicais verificaram-se dificuldades no acompanhamento dos vários processos eleitorais por parte das Direcções Regionais pelo que se concluiu que não deveria ser repetido.

O processo de empresarialização da saúde, com a criação de 31 Hospitais S.A e o anúncio da criação de 10 Hospitais Parcerias Público/Privado vêm trazer dificuldades às organizações sindicais, nomeadamente no acesso à informação. Daí a necessidade de se proceder à eleição de Delegados Sindicais nestas instituições, na medida em que são estes que podem ter acesso a um conjunto vasto de informação que, nos termos da legislação e da prática das Administrações, está dificultada e mesmo vedada aos Dirigentes.

Apesar de algumas Direcções Regionais terem conseguido desenvolver métodos que potenciaram a participação dos Delegados Sindicais nas actividades regionais, este continua a ser um problema com o qual estamos confrontados.

A ausência de Formação Sindical continua a ser identificada como uma das grandes lacunas da Organização. Apesar dos sucessivos planos de formação e do atribuir de responsabilidades nunca o conseguimos concretizar, fruto da prioridade dada à acção reivindicativa. Este poderá ser um dos factores que influencia o envolvimento dos Delegados Sindicais e mesmo de alguns Dirigentes.

Entre o II Congresso e este que agora se irá concretizar realizaram-se eleições para a Direcção Nacional, Mesa da Assembleia Geral, Direcção Regional de Lisboa e Direcção Regional dos Açores em 2003 e restantes Direcções Regionais no início do ano 2005.

No que se refere à Direcção Nacional e com o propósito de reforçar e sustentar a estrutura foi apresentada uma lista de continuidade e atendidas algumas preocupações anteriormente identificadas, como são exemplo o trabalho na áreas de SHST e dos Jovens. No entanto, alguns dos elementos eleitos, por dificuldades pessoais, não tiveram uma participação regular e outros deixaram mesmo de participar, o que não permitiu desenvolver muito do trabalho planificado.

No que se refere às Direcções Regionais constata-se a renovação e rejuvenescimento das várias Direcções Regionais.

Devido a diferentes concepções da intervenção sindical em conflitos institucionais e gestão de processos à Direcção Regional do Porto concorreram duas listas. Na sequência deste processo foi eleita a actual Direcção Regional.

A preparação e realização de eleições envolvem toda a estrutura e continua a envolver um grande número de enfermeiros que asseguram o funcionamento das mesas de voto. As eleições constituem mais um momento de afirmação do SEP como estrutura sindical nacional e reafirmam a confiança dos enfermeiros na sua intervenção político-sindical, quer pelo número de enfermeiros envolvidos quer pela dinâmica gerada em torno dos processos eleitorais. No entanto, o número reduzido de sócios que afluem às urnas continua a ser factor de preocupação.

Decorrente das eleições e fruto da renovação e rejuvenescimento da estrutura sentiu-se a necessidade de se planificar e as realizar. Concretizaram-se as seguintes Iniciativas:

- Acção de formação sobre Planeamento do Trabalho de Direcção para os membros da Comissão Executiva;

- Integração para os Dirigentes Regionais e novos Dirigentes Nacionais, descentralizada, em que se dá a conhecer a organização e o seu funcionamento assim como os princípios que defende.
- “Semana de Reflexão”, em Abril de 2004, onde se discutiu o documento “Princípios para Dirigentes e Delegados Sindicais”, que veio a ser posteriormente aprovado em Conselho Nacional.

A agenda político-sindical não permitiu a realização de umas Jornadas de Reflexão em torno do Sindicalismo, os Sindicatos e o seu papel na Sociedade que culminasse com uma iniciativa lúdica que envolvesse Dirigentes, Colaboradores e Técnicos, conforme planeado.

No que se refere ao funcionamento dos órgãos, estes têm mantido a regularidade definida nos Estatutos e nos respectivos Regulamentos de Funcionamento. De referir as dificuldades verificadas no funcionamento da Assembleia de Representantes de Delegados Sindicais e do Conselho Fiscalizador devido ao baixo número de membros que comparecem às reuniões. Importa ainda referir que ao nível da Comissão Executiva, por razões pessoais, um dos seus membros não participou desde a sua eleição, outros dois deixaram de participar a partir do segundo semestre de 2003 e outro ainda participa com bastante irregularidade.

A reorganização dos Tribunais Administrativos e as alterações resultantes da transformação de Hospitais em S.A obrigou a uma reorganização e reforço do aparelho técnico Jurídico do SEP. Que se traduziu com maior disponibilidade de horas de apoio dos Advogados no Serviço de Contencioso Norte e na Sede.

O acompanhamento efectuado por elementos da Comissão Executiva às Direcções Regionais ocorreu com alguma regularidade, quer na participação nas reuniões da Direcção quer no apoio `a acção sindical.

Ao nível da Gestão dos Recursos, dando cumprimento à decisão do Conselho Nacional de Outubro de 2004, concretizou-se já em 2006 a aquisição de um imóvel que permitirá juntar a Sede, CDI e Direcção Regional de Lisboa.

Tendo sido compromisso desta Direcção proceder a revisão do Regulamento Interno em vigor para os trabalhadores do SEP, foi feito um estudo de análise e qualificação de funções dos postos de trabalho e conseqüentemente apresentada uma proposta de revisão do referido regulamento. A discussão/negociação decorreu até meados de 2005 e o novo Regulamento Interno foi aprovado na Direcção Nacional de Julho de 2005, entrando em vigor a partir de Agosto de 2005, produzindo efeito a 1 de Janeiro de 2005 no que se refere às cláusulas de expressão pecuniária.

3^o CONGRESSO

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES



POLÍTICA
DE
SAÚDE

COIMBRA, 7 E 8 DE ABRIL DE 2006

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1 – O QUADRO EUROPEU

- 1.1 – A Organização Mundial do Comércio**
- 1.2 – A “Estratégia de Lisboa”**
- 1.3 – Cronologia de documentos europeus importantes**
- 1.4 – Directiva Bolkestein**

2 – A POLÍTICA DE SAÚDE DO XVI GOVERNO CONSTITUCIONAL (PSD/PP)

3 – A POLITICA DE SAÚDE DO ACTUAL XVII GOVERNO CONSTITUCIONAL (PS)

3.1 – ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

- 3.1.1 – Reorganização dos Centros de Saúde**
 - 3.1.1.1 – Modelo de organização**
 - 3.1.1.2 - Modelo de Gestão de Unidades e dos Centros de Saúde**
- 3.1.2 – Encerramento de SAPs (“Urgências”)**

3.2 – ÁREA HOSPITALAR

- 3.2.1 – Transformação de Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPEs)**
- 3.2.2 – Novos Hospitais através de Parcerias Público-Privadas**
- 3.3.3 – Encerramento de Salas de Partos**
- 3.3.4 – Saúde Mental**

3.3 – CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE ÀS PESSOAS IDOSAS E ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

- 3.3.1 – Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em situação de Dependência**
- 3.3.2 – Protocolo entre Ministério da Saúde e União das Misericórdias Portuguesas**
- 3.3.3 – Projecto de diploma sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados**

– OUTROS ASPECTOS

- 3.4.1 - Unidades Locais de Saúde**
- 3.4.2 – Call Center do SNS**
- 3.4.3 – Modelo de Financiamento**

4 – O SECTOR PRIVADO

RESOLUÇÃO POLITICO SINDICAL

INTRODUÇÃO

Desde o 2.º Congresso do SEP, com a chegada do XVI Governo Constitucional ao poder (em Março de 2002), suportado numa maioria parlamentar do PSD/PP, a pressão liberalizadora do SNS intensificou-se bastante.

A estratégia de privatização foi explícita e a forma de concretização clara: alterar as disposições legais no sentido de viabilizar a concessão da gestão de Instituições ou partes a grupos privados; fomentar o desenvolvimento de grupos privados na saúde, no sentido de poderem assumir a gestão de Serviços Públicos de Saúde; desenvolver as necessárias medidas para concretizar a concorrência entre os diversos operadores; todo este processo foi desenvolvido rapidamente e sem qualquer possibilidade de participação dos parceiros sociais.

Só as lutas desenvolvidas e a demissão do Governo impediram a concretização operacional de todas as medidas publicadas.

Os objectivos liberalizadores e o ritmo imprimido não foram alheios à perspectiva da livre circulação de serviços no espaço europeu, que estava a ser imprimido pela Comissão Europeia, e ao cumprimento do Pacto de Estabilidade e Crescimento.

Com a chegada do XVII Governo Constitucional suportado numa maioria parlamentar do PS, o elevado índice de esperança depressa se esvaneceu. Decorrido cerca de um ano de governação, podemos afirmar que este Governo deu continuidade às políticas gerais do anterior. Em relação à Saúde, de uma forma célere, implementou medidas preconizadas pelos anteriores Governos e altamente nefastas quer para os trabalhadores, quer para os utentes. Ou seja, o actual Governo mantém os mesmos objectivos estratégicos de liberalizar o sector, ainda que mais suavemente, melhor suportado em estudos técnicos e de forma mais envolvente.

Assim, perspectivando-se, de acordo com o actual ciclo eleitoral, a manutenção deste Governo durante o próximo triénio, importa harmonizar o ponto de situação e perspectivas sobre os diferentes e mais relevantes elementos de reforma do Sistema de Saúde, designadamente do SNS, e sobre esta matéria, qual o quadro europeu em que nos movemos.

1 – O QUADRO EUROPEU

Esta abordagem de enquadramento não pretende efectuar um ponto de situação sobre as reformas do sector da saúde nos países europeus. São notas globais e muito generalistas sobre as perspectivas de enquadramento da Saúde nas políticas europeias, nomeadamente nos seus instrumentos de regulação e de governação que têm vindo a ser produzidos ao nível da Comissão Europeia.

Pretendem fornecer elementos genéricos que ajudem a compreender as perspectivas e o quadro regulador que norteiam as Reformas dos Sistemas de Saúde Europeus, e, designadamente, o seu impacto e balizamento das medidas que estão a ser tomadas e anunciadas pelo Governo Português/Ministério da Saúde.

Independentemente do paradigma e modelo de organização dos Sistemas de Saúde dos diferentes países, a grande maioria desenvolveu vários aspectos de reforma do sector a partir do final da década de 80. Estas Reformas acentuaram-se mais (mais países e reformas mais profundas) a partir de meados da década de 90.

Independentemente dos pressupostos e impactos das medidas de reforma em diversos segmentos dos Sistemas de Saúde dos diferentes países (modelos de financiamento; acessibilidade; medidas em torno do aumento da eficácia e eficiência das organizações prestadoras; etc.), há dois aspectos que marcaram e continuam a marcar e condicionar o sentido das reformas:

A – O sentido liberalizador das medidas – processo de desintervenção do Estado na produção de bens e serviços de vários sectores económicos de actividade, assente, entre outras, na famigerada ideia liberal de separar as funções Prestador / Financiador / Regulador (no caso da Saúde, desintervenção do Estado na Gestão de Instituições Prestadoras – Hospitais/Centros de Saúde – e/ou na Prestação de Cuidados).

B – A redução das despesas públicas dos países no quadro do Pacto de Estabilidade e Crescimento – Com vista a esta redução da despesa pública nos Orçamentos, para além das medidas acima referidas e outras de contenção orçamental a nível gestor, introduziu-se generalizadamente o Contrato Individual de Trabalho (de resto, quase em toda a Administração Pública).

Durante muitos anos, até ao início da década de 2000, os caminhos e as medidas de Reforma dos Sistemas de Saúde não tinham quadro enquadrador e regulador a nível europeu, ou eram muito ténues. Os diferentes países, condicionados pelos aspectos acima referidos mas sobretudo na consideração da Governação do Sistema de Saúde do seu país (diagnóstico de situação, objectivos que estabeleciam, agendas, ciclos eleitorais, etc.), iam fazendo as reformas dos seus Sistemas.

A partir do início do séc. XXI, ao nível da União Europeia, começa-se a prefigurar a necessidade de enquadrar e regular o desenvolvimento da liberalização das Políticas de Saúde dos diferentes países (de resto, como de outros Serviços de Interesse Geral).

Há dois elementos centrais que marcam esta trajectória:

1.1 – Organização Mundial do Comércio (OMC)

A OMC constitui o enquadramento institucional comum para a condução das relações comerciais entre os seus membros, com naturais impactos nos países não membros, em questões relativas aos

acordos e aos instrumentos jurídicos conexos. Os acordos visam estabelecer regras mundiais sobre o livre de comércio de produtos, bens e serviços, sem barreiras nem protecção, ao nível plurilateral e multilateral.

Na última reunião da OMC, ainda que sem qualquer acordo, esteve em discussão a livre circulação de Serviços. Ou seja, todos os Serviços constituem actividades económicas sujeitas á livre circulação e às regras da concorrência, com excepção dos Serviços de Defesa, de Segurança, de Justiça e Serviços Administrativos de apoio aos Governos.

1.2 – Estratégia de Lisboa, aprovada no Conselho Europeu de 2000, em Lisboa

O Conselho Europeu de Lisboa fixou um objectivo claro para a Europa: “transformar-se no espaço económico mais dinâmico e competitivo do mundo, capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com uma melhoria qualitativa e quantitativa do emprego e uma maior coesão social. Para atingir esse objectivo, a União deve realizar uma grande melhoria a nível da qualidade e da competitividade das suas indústrias de serviços, dado que isso determinará o êxito contínuo da economia europeia. A evolução tecnológica torna imperativa a remoção de quaisquer obstáculos injustificáveis à liberdade de circulação de serviços.” (Boletim UE 3-2000, Conclusões da presidência – 8/23)

Neste desenvolvimento, o “Conselho Europeu de Lisboa convidou a Comissão Europeia a propor uma estratégia global do mercado interno destinada a eliminar os obstáculos aos serviços. Existe um potencial grandemente ampliado de procura e oferta internacional de serviços no mercado interno. A melhoria de condições para a livre circulação de serviços deve libertar o dinamismo inerente no mercado interno, melhorando, desta forma, a competitividade, o crescimento e a criação de emprego na nossa economia. O nosso objectivo consiste em permitir que os serviços se desloquem através das fronteiras nacionais com a mesma facilidade com que se deslocam dentro de um Estado-Membro;” {COM (2000) 888 de 29/12/2000}.

Importa registar que o Sector dos Serviços, a nível europeu, representam 70% do seu Produto Interno Bruto e que esta Comunicação (COM) da Comissão Europeia ao Conselho e Parlamento Europeu, em 29/12/2000, sobre “Uma estratégia do Mercado Interno para os Serviços”, já apresenta a identificação de um vasto conjunto de obstáculos dos vários países à livre circulação de serviços e uma estratégia para os eliminar.

A implementação desta estratégia passa pela introdução de um novo método aberto de coordenação a todos os níveis, em conjugação com um reforço do papel de orientação e coordenação desempenhado pelo Conselho Europeu, de forma a assegurar uma direcção estratégica mais coerente e um acompanhamento mais eficaz dos progressos realizados. Deverá realizar-se todos os anos, na Primavera, uma reunião do Conselho Europeu tendo em vista definir os mandatos pertinentes e assegurar o respectivo acompanhamento da estratégia.

É neste quadro que a partir do início do séc. XXI, ao nível da União Europeia, ao nível da Saúde e de outros Serviços, se começa a esboçar algum quadro regulador da desregulamentação com vista ao aprofundamento da liberalização do sector.

Sem prejuízo de outras, nomeadamente decisões e resoluções de diversas reuniões do Conselho Europeu, destacamos as mais relevantes desde a reunião do Conselho Europeu realizada em Laeken (Escócia), em 2001.

1.3 - Cronologia de documentos europeus importantes

Faz-se referência aos documentos mais relevantes para perspectivar o enquadramento da Saúde nos Serviços de Interesse Geral (SIG) / Serviços de Interesse Económico Geral (SIEG)

Em 1986 é assumido pelo Conselho Europeu a necessidade de harmonizar conceitos inerentes a expressões diversificadas até aí utilizadas relativamente aos Serviços Públicos / Serviços Gerais / Serviços de Acesso Universal / Serviços de Interesse Geral / Serviços de Interesse Económico Geral / etc.

Esta necessidade está associada à consciência da importância da livre circulação de Serviços no espaço europeu, no quadro do aprofundamento da livre circulação de pessoas e bens.

Nos vários documentos comunitários e até 2000, as citadas várias expressões utilizadas para referência aos Serviços Públicos vão desaparecendo, restando apenas as duas últimas: Serviços de Interesse Geral e Serviços de Interesse Económico Geral.

A – Na Comunicação da Comissão Europeia de 17/10/2001 – COM (2001) 598 de 17/10/2001, é estabelecida a diferença entre:

Serviços (não económicos) de Interesse Geral – Saúde e outros – e
Serviços de Interesse Económico Geral.

B – Na Comunicação da Comissão Europeia de 18/6/2002 – COM (2002) 331 de 18/6/2002, intitulada “Nota metodológica para a avaliação horizontal dos Serviços de Interesse Económico Geral”, entre outros aspectos, na perspectiva de ampliar a Coordenação dos processos liberalizadores de vários sectores, refere que:

Numa primeira etapa, os Serviços de Interesse Económico Geral são: Transportes aéreos, Transportes Públicos locais/regionais, Electricidade, Gás, Serviços Postais, Telecomunicações e Transportes Ferroviários.

Numa segunda etapa, poderão ampliar-se consoantes os desenvolvimentos (liberalizadores) de outros Sectores nos diferentes países, perspectivando-se, desde já, os Serviços de Radiodifusão.

C – Através da Comunicação da Comissão Europeia de 21/05/2003 – COM (2003) 270 de 21/05/2003, é colocado à discussão pública o “Livro Verde sobre Serviços de Interesse Geral”

Entre variadíssimos aspectos aprofunda a diferenciação teórica entre “Serviços de Interesse Geral” e “Serviços de Interesse Económico Geral”;

Coloca à discussão os Pressupostos para uma definição comum de Serviços de Interesse Geral.

D – Em Julho de 2003, o Tratado que estabelece uma CONSTITUIÇÃO EUROPEIA (18/7/2003) já só fala de Serviços de Interesse Económico Geral – art.ºs II-36, III-6, III-55, III-56.

E – Em Janeiro de 2004 é apresentada pela Comissão Europeia uma Proposta de Directiva Comunitária relativa aos Serviços no Mercado Interno (Directiva Bolkestein), no sentido de liberalizar a livre circulação de Serviços no espaço europeu;

F – Em Abril de 2004, sobre SAÚDE há:

Comunicação da Comissão Europeia de 20/04/2004 – COM (2004) 304 de 20/04/2004, intitulada “Modernizar a Protecção Social para o desenvolvimento dos cuidados de saúde e dos cuidados prolongados de qualidade, acessíveis e duradouros: um apoio às estratégias nacionais pelo “método aberto de coordenação”.

Comunicação da Comissão Europeia de 20/04/2004 – COM (2004) 301 de 20/04/2004, intitulada “Acompanhamento do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia”.

G – Em Maio 2004, através da Comunicação da Comissão Europeia de 12/05/2004 – COM (2004) 374 de 12/05/2004, é publicado o “Livro Branco sobre Serviços de Interesse Geral” resultante da discussão sobre o referido “Livro Verde”, onde é referido:

Os Serviços de Interesse Geral no domínio dos Serviços Sociais cobrem: Os Serviços de Saúde, os cuidados de longa duração, a Segurança Social, os Serviços de Emprego e a Habitação Social.

É necessário continuar a Modernizar estes Serviços de Interesse Geral ... “liberalizar” ...mas com evolução suave.

“A Comissão considera útil: Desenvolver uma abordagem sistemática a fim de identificar e reconhecer as especificidades dos serviços sociais e de saúde de interesse geral, e, ESCLARECER O QUADRO NO QUAL FUNCIONAM e podem ser modernizados.

Esta abordagem será apresentada numa Comunicação sobre os serviços sociais de interesse geral, incluindo os serviços de saúde, cuja adopção está prevista para 2005”.

H – Em Fevereiro de 2005, através da Comunicação da Comissão Europeia de 9/02/2005 – COM (2005) 33 de 9/02/2005 – relativa à Agenda Social até 2010, são reafirmadas as conclusões do Livro Branco e fixa que é necessário “Clarificar o papel e as características dos Serviços Sociais de Interesse Geral”.

I – Em Abril de 2005, através da Comunicação da Comissão Europeia de 6/04/2005 – COM (2005) 115 de 6/04/2005 – é apresentada uma Proposta de decisão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre o “Estabelecimento de um Programa de acção comunitário no domínio da saúde e da protecção dos consumidores (2007/2013)”.

J – Em **Outubro de 2005**, o Governo Português entregou à Comissão Europeia (Comité de Protecção Social) um **Relatório Preliminar sobre “Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração”**, realizado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social.

Este Relatório, que todos os Países ficaram de realizar, faz um ponto de situação sobre os aspectos mais relevantes (para a Comissão Europeia...no sentido de liberalizar) da Saúde em Portugal.

Os relatórios de todos os países enformarão uma COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO (COM), que, nos termos das conclusões do Livro Branco apresentado em Maio de 2004, seria apresentada em 2005 (ainda não foi feita).

1.4 – A Directiva Bolkestein

L - Por último, em 15 de Dezembro de 2005, foi apresentado o Relatório sobre a proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa aos serviços no mercado interno (Directiva Bolkestein), que, anexando todos os Pareceres, apresenta um conjunto significativo de alterações em relação à proposta inicial da directiva.

Foi feita a primeira votação no Parlamento Europeu em 16 de Fevereiro de 2006 e a Proposta de Directiva exclui do âmbito de aplicação, entre outros:

Os Serviços de Interesse Geral, nos termos definidos pelos estados membros

Os Cuidados de Saúde

Importa referir ainda que:

Apesar da evolução positiva face à Proposta de Directiva inicial, o texto de Directiva votada constitui um instrumento que elimina obstáculos à livre circulação de serviços e potencia a liberalização de vários Sectores de Serviços, designadamente o da Saúde.

Refere expressamente que a Directiva será avaliada / alterada após 5 anos (caso prossiga, será em 2011)

O recuo tático relativamente ao sentido e alcance da Proposta de Directiva não está dissociado da agenda europeia sobre a prossecução da discussão relativamente ao Tratado que institui a Constituição Europeia (querem que o novo Tratado que institui a Constituição Europeia entre em vigor em 2009);

Ou seja, entre variadíssimos aspectos, a Proposta de Directiva Bolkestein (apresentada em Janeiro de 2004) constituiu um dos mais importantes argumentos no combate ao Tratado da Constituição Europeia e que determinou o “NÃO” nos referendos da França e da Holanda (realizados em 2005). Conscientes disto, a Comissão Europeia “aligeirou positivamente” a Proposta de Directiva (votada em

Fevereiro de 2006) no sentido desta não ser novamente utilizada no decurso da agenda de discussão e referendos da Constituição Europeia (que pretendem que entre em vigor em 2009);

Se a Constituição Europeia entrar em vigor em Janeiro de 2009 (e esta já só fala em Serviços de Interesse Económico Geral - SIEG), a revisão da Directiva Bolkestein, prevista para 2011, já estará condicionada e balizada pela Constituição. Ou seja, todos os Sectores de Serviços já estarão enquadrados nos SIEGs e sujeitos, entre outros aspectos, à livre concorrência.

Esta Proposta remete para os Países a definição de Serviços de Interesse Geral (SIG) e de Serviços de Interesse Económico Geral (SIEG) e a introdução dos diferentes Serviços nestas definições;

Em termos de processo legislativo, após esta votação no Parlamento Europeu, a proposta final tem que ser negociada entre este Parlamento, a Comissão Europeia e o Conselho Europeu, que reúne em Junho, sendo posteriormente votada, de novo e em definitivo, no Parlamento Europeu.

Portanto, ainda não há Directiva de Serviços no Mercado Interno e tudo deveremos fazer para que não se torne realidade.

Apesar dos avanços, recuos e zigzagues relativamente aos Serviços de Interesse Geral e Serviços de Interesse Económico Geral, a Saúde ainda não integra formalmente os Serviços de Interesse Económico Geral, apesar de ser esse o caminho que está a ser construído.

Relativamente a esta matéria, em Portugal, importa referir que foi constituído um Grupo de Trabalho no âmbito do Conselho Económico e Social, para elaborar um Parecer relativo a um Relatório Português sobre os Serviços de Interesse Económico Geral.

Além de erros e inúmeras imprecisões no Capítulo da Saúde, no quadro referido anteriormente e dado que em termos Europeus ainda não tem enquadramento em nenhuma disposição formal, não faz qualquer sentido e temos de combater, a integração da Saúde neste Parecer sobre os Serviços de Interesse Económico Geral.

2 – A POLÍTICA DE SAÚDE DO XVI GOVERNO CONSTITUCIONAL (PSD/PP)

O XVI Governo Constitucional, em termos de política geral, promoveu a generalizada degradação do poder real de compra, mais acentuada nos funcionários públicos; potenciou o aumento de desemprego por ausência de política económica sustentada e o aumento da precariedade no emprego; as políticas foram condicionadas pela redução do deficit orçamental e nada faz ao nível de medidas efectivas para combater a fraude e evasão fiscal; avançou com a redução dos subsídios de doença e Código de Trabalho na perspectiva de cercear direitos individuais e colectivos, atacar as organizações sindicais e dificultar a contratação colectiva; colocou em marcha a famigerada reforma da administração pública que passou pelas alterações ao estatuto da aposentação, leis do contrato de trabalho e avaliação de desempenho e concessão de serviços públicos ao sector privado.

A forma de exercício do poder por parte do Governo foi autocrática, arrogante e prepotente, porque desvalorizou os parceiros sociais, não discutiu, não considerou a legalidade e impôs as suas medidas. É também neste contexto que as lutas assumiram grande importância, não só no sentido de evitarem que o Governo fosse tão longe nos seus propósitos, mas também, porque nos deu espaço para as fases seguintes. De facto, a acção sindical desenvolvida e as formas de luta concretizadas, apesar de resultados pouco tangíveis no imediato elas foram de primordial importância para o futuro de curto prazo.

Também no sector da saúde o Governo impôs e fez publicar o conjunto de diplomas estruturantes da reconfiguração do SNS, no sentido da sua progressiva privatização.

O regime de Parcerias Público-Privadas para a construção/gestão de novos hospitais e centros de saúde, a alteração à Lei de Bases de Saúde e o novo figurino da Rede de Cuidados Hospitalares (com 31 hospitais sociedades anónimas regidos pelos seus estatutos e lei comercial; e os restantes hospitais integrados no sector público administrativo com novo regime de gestão hospitalar) foram publicados em 2002.

Os Diplomas relativos às Redes de Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados, à regulamentação da Gestão Hospitalar para os Hospitais do Sector Público Administrativo e a Entidade Reguladora da Saúde, foram publicados em 2003.

Com estes elementos e a nova forma de financiamento das instituições, o Governo transformou formalmente o nosso Sistema de Saúde num Sistema misto. Ou seja, formalmente, deixámos de ter um Sistema centrado num forte sector público prestador (SNS) que realiza a função constitucionalizada do direito à saúde, sendo os restantes sectores (privado e social) complementares deste, para passarmos a ter um Sistema em que todos os sectores (público, privado e social) estão ao mesmo nível de responsabilidade pela prestação pública de serviços de saúde. A introdução dos cuidados de saúde como um bem comercializável (mais os cuidados de resposta à doença), a subordinação da obtenção de ganhos em saúde às lógicas económico-financeiras e a introdução do factor concorrencial entre organizações prestadoras dos diferentes sectores, tiveram algum impacto na universalidade do acesso, na qualidade dos cuidados e nos custos globais do Sistema que denunciámos.

Também para os profissionais de saúde e concretamente para os enfermeiros, a introdução do Contrato Individual de Trabalho como título jurídico de admissão e, neste quadro, a desregulação e degradação das condições de trabalho, constituíram uma profunda alteração. Se a estes elementos associarmos a aplicabilidade do pacote labora aos trabalhadores da administração pública, e também aos enfermeiros, então podemos falar de uma verdadeira “revolução” em curso.

Com as lutas nacionais e institucionais dos enfermeiros conseguimos minimizar vários aspectos de todo este “puzzle legislativo” e evitámos uma maior deterioração das condições de trabalho.

Importa ainda realçar que na constituição do novo Governo, em 17 de Julho de 2004, o Ministro da Saúde foi reconduzido (a política em curso e o Ministro saíram reforçados) e no que respeita à Política de Saúde, em 2004:

Contribuímos (pela denúncia das condições de trabalho) para a ampliação da descredibilização dos Hospitais SAs em torno dos resultados económico-financeiros e de produção e da discriminação do acesso;

Foi publicado o diploma relativo à gestão hospitalar dos Hospitais Universitários, o qual não determinou qualquer alteração objectiva nestas Instituições;

Foram publicados os diplomas relativos à criação dos Centros Hospitalares do Alentejo Sul,SA (Hospital de Beja e Serpa) e Barlavento Algarvio,SA (Hospital do Barlavento e de Lagos);

Foi lançado o primeiro concurso público para a Parceria Público-Privada do Hospital de Loures;

Apesar de ter referido que seria o ano dos Cuidados de Saúde Primários, o Ministério da Saúde não conseguiu promover a reestruturação dos Centros de Saúde nos termos do Decreto-lei 60/2003 nem implementar a Rede de Cuidados Continuados.

3 – A POLITICA DE SAÚDE DO ACTUAL XVII GOVERNO CONSTITUCIONAL (PS)

Com a realização das eleições legislativas de 20 de Fevereiro de 2005, abriu-se um novo ciclo de governação.

Em termos de análise político-sindical e de forma muito global e parcelar, no que para aqui nos interessa, os resultados eleitorais traduziram uma clara derrota das políticas neo-liberais que estavam em curso, com clara expressão na Política de Saúde como fomos evidenciado e significaram um amplo desejo de mudança dessas políticas.

Neste quadro, foram criadas justas expectativas pelo que o clima de esperança e confiança no futuro não podia ser frustado. Apesar da continuação da pressão dos grupos económico-financeiros, externa e sobretudo interna, para a prossecução de uma Política de Saúde liberalizadora, com impactos objectivos nos profissionais e designadamente nos enfermeiros, existiam (e subsistem) aspectos determinantes que requeriam respostas concretas do novo Governo e expressassem soluções diferentes das que estavam em curso.

Em concreto, referimo-nos à necessidade de uma nova política de saúde e à melhoria das condições de trabalho e de desenvolvimento profissional/carreira dos enfermeiros.

Entretanto, tomou posse a nova equipa do Ministério da Saúde, liderada pelo Prof. Correia de Campos (Ministro). Como sempre referimos nestas circunstâncias, mais importante que as personagens, que formalmente têm a responsabilidade da governação do sector, são as políticas que desenvolveram.

Neste sentido, com a chegada do XVII Governo Constitucional suportado numa maioria parlamentar do PS, o elevado índice de esperança depressa se esvaneceu. Decorrido cerca de um ano de governação, podemos afirmar que este Governo deu continuidade às políticas gerais do anterior. Em relação à Saúde, de uma forma célere, implementou medidas preconizadas pelos anteriores Governos e altamente nefastas quer para os trabalhadores, quer para os utentes. Ou seja, o actual Governo mantém os mesmos objectivos estratégicos de liberalizar o sector, ainda que mais suavemente, melhor suportado em estudos técnicos e de forma mais envolvente

3.1 – ÁREA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Em Junho foi apresentado pelo Ministério um Documento (elaborado por um Grupo Técnico) sobre Linhas de Acção Prioritárias para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Depois de um período formal de discussão pública e “audição dos Parceiros Sociais”, que não viabilizou qualquer discussão ou participação, foi publicado em 12 de Janeiro o Documento final sobre esta matéria.

Em 3 de Junho de 2005 é publicado o Decreto-Lei n.º 88/2005 que, no essencial, revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003 (Rede de Cuidados de Saúde Primários) e repristina o Decreto-lei n.º 157/99 (“Centros de Saúde de 3.ª geração”).

Entretanto, em Outubro de 2005 foi nomeada a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (11 Técnicos a tempo inteiro/tempo parcial) que Coordena todo o processo de reorganização. Estão criados Grupos de Apoio Regional, sediados nas cinco ARSs. O Documento sobre as Linhas de Acção Prioritárias foi apresentado nas referidas ARSs com centenas de profissionais presentes. Ou seja, O Ministério da Saúde fixou a “ideia” da sua reforma, difundiu-a e “organizou” uma estrutura para apoiar a sua implementação no “terreno”. Estão criadas algumas condições para que as “coisas”, de facto, aconteçam.

Em vários documentos está anunciada a extinção das Sub-regiões de Saúde até final de 2006.

3.1.1 – Reorganização dos Centros de Saúde (CS)

A principal medida de reorganização passa pela criação de Unidades de Saúde Familiar (USFs): Grupos de profissionais (médicos, enfermeiros e administrativos) que se auto-organizam para prestar cuidados a um conjunto de utentes inscritos nas listas dos médicos aderentes ao projecto.

Em 2006 está ainda prevista a constituição de Unidades de Cuidados de Enfermagem.

Estão previstas a criação de 100 USFs para este ano. Simultaneamente os Centros de Saúde devem reorganizar-se no sentido de terem autonomia administrativo-financeira (processo gradual).

Cada USF terá uma Carteira Básica de Serviços, a contratualizar com as Agências de Contratualização sediadas nas ARS, que, tendo sido colocada à discussão pública e o SEP emitido Parecer, ainda não se conhece a versão final.

As USFs terão diversos Modelos Organizacionais ao nível da Gestão: Gestão Pública e Gestão Privada (por Cooperativas de Médicos, por Sector Privado “Puro”, por Convencionados, por Sector Social). A legislação de suporte ao Modelo de Gestão Privada é para desenvolver no segundo semestre e as primeiras experiências piloto são para iniciar em 2007.

3.1.1.1 – Modelo de organização

Os CS constituem pólos organizados de meios próximos das populações e os seus elementos (profissionais, tecnologia, instalações, etc.) constituem recursos de saúde ao serviço dos cidadãos da área geodemográfica envolvente. Constituem assim privilegiados pólos com recursos para intervir localmente (com as pessoas, famílias e comunidade) nas problemáticas da saúde/doença, nas suas determinantes e nos seus interfaces sectoriais.

Os profissionais, designadamente os enfermeiros: prestam cuidados personalizados e globais aos indivíduos e famílias, ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até à morte, em diferentes contextos (domicílio, escolas, locais de trabalho, instituições de apoio social, etc.) e aos diferentes níveis: promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação.

Portanto, se todos entendemos que o foco de atenção dos profissionais é o cidadão (centralidade no cidadão) e a relevância dos contextos em que está inserido, se desenvolve e se relaciona (família e comunidade); e se intervimos continuamente ao longo do seu ciclo vital nas suas problemáticas de saúde/doença e nas suas determinantes, então, há três vertentes que, com clareza, emergem ao nível da intervenção dos profissionais: a vertente dos cuidados pessoais, globais; a vertente das variáveis de saúde pública e a vertente da componente intersectorial.

É à luz deste quadro e olhando outras referências, que devemos reflectir sobre o modelo de organização e funcionamento dos profissionais.

Olhando a base organizativa das USFs e as Carteiras de Serviços propostas (Básica e Opcional), facilmente constatamos que este modelo organizativo dos profissionais não garante seguramente a prossecução da missão do CS junto da sua população alvo. Ou seja, as USFs não garantirão a globalidade das necessárias respostas, de proximidade e em função das necessidades, á totalidade dos cidadãos e famílias inseridas numa determinada comunidade. Apenas desenvolverão alguns cuidados aos cidadãos inscritos nas Listas de Utentes dos Médicos aderentes.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 157/99 (“CS 3.ª geração”), os CS estruturam-se em Unidades Funcionais Operativas que funcionam articuladamente e integram exclusivamente os profissionais existentes em cada CS. Ao não serem criadas as restantes Unidades, designadamente as Unidades de Cuidados de Enfermagem e o facto do Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro (que

disciplina a implementação e desenvolvimento das USFs) prever a integração, nas USFs, de profissionais exteriores ao CS, vem agravar a situação.

Os enfermeiros, no âmbito da missão do CS e com vista à prestação de cuidados individuais e globais, ao longo do ciclo de vida, em diferentes contextos e aos diferentes níveis de prevenção, deverão ser responsáveis pelos processos de saúde de um conjunto delimitado de famílias; Nos termos referenciados pela OMS, o enfermeiro (de Família) é o elemento de referência, o gestor das necessidades e organizador das respostas em função dessas necessidades dos indivíduos e famílias. Neste quadro, este Enfermeiro de Família, em função do diagnóstico de necessidades e considerando as suas competências, além da efectivação das suas respostas, gere a necessidade de competências acrescidas no âmbito dos cuidados de enfermagem (Especialistas) ou de outras competências atribuídas a outros profissionais; A nosso ver, este é o dispositivo que melhor garante a prossecução da citada missão dos CS, tendo como foco os destinatários/cidadãos, as suas necessidades, os seus processos de saúde.

Assim, deverão ser criadas as Unidades de Cuidados de Enfermagem, que deverão integrar todos os enfermeiros, exceptuando os que integrem as Unidades de Saúde Pública (reorganização da Rede de Saúde Pública); os “Enfermeiros de Família” devem ser responsáveis pelos indivíduos e famílias de uma determinada área geográfica e constituírem os elementos articuladores da totalidade das respostas em função das necessidades; e as USFs, constituindo uma realidade objectiva (64 candidaturas envolvendo 409 enfermeiros em 26 de Março), só poderão constituir um desafio para as populações e enfermeiros se estes exigirem um conjunto de requisitos.

3.1.1.2 - Modelo de Gestão de Unidades e dos Centros de Saúde

Sobre a gestão dos CS, continuamos a não vislumbrar vantagens na introdução de mecanismos de competição gerida no SNS e, muito menos, ao nível dos CS. Ou seja, a concessão da gestão de Unidades a entidades privadas (IPSS, Cooperativas, etc.) e a perspectiva de que a concorrência entre os diferentes operadores (público, privado e social) faria elevar os níveis de qualidade e baixar o preço dos cuidados, não tem evidência na bibliografia consultada sobre experiências similares. Pelo contrário, os dados apontam para um aumento dos custos globais do sistema, por aumento de oferta das prestações melhores financiadas, em detrimento das necessidades das pessoas e da relevância para a obtenção de mais ganhos em saúde.

Numa área que desenvolve a sua actividade e actua sobre a preservação das condições inerentes ao valor máximo das pessoas (vida/bem estar), a disponibilidade económica dos clientes/utilizadores/cidadãos para com os agentes/operadores é quase total. Os princípios e pressupostos básicos da economia de mercado não são reconhecidamente aplicáveis. Os mecanismos de regulação político-administrativa, mesmo em países com larga experiência, não conseguem as desejadas respostas. Os sectores privados visam, naturalmente, a obtenção de ganhos económico-financeiros independentemente da importância da obtenção de ganhos em saúde e da relevância destes serviços públicos para a coesão social e desenvolvimento dos países.

3.1.2 – Encerramento de SAPs (“Urgências”)

O Ministro tem vindo a anunciar o encerramento de “urgências” (SAPs) dos Centros de Saúde, em articulação com a reorganização das Urgências Hospitalares.

Desde 1997 que existe um estudo sobre esta matéria: Hierarquizar as Urgências (criando Redes de Referência) em Polivalentes (H Centrais); Médico-Cirúrgicas (H Distritais) e Unidades Básicas de Urgência/UBU (actuais Urgências dos H Nível 1 e SAPs de CS) concentradas por áreas geográficas.

O anúncio desta medida tem provocado inúmeros movimentos de contestação por parte das populações locais, que olham para o seu SAP/Urgência como pólo próximo de entrada no SNS a qualquer hora.

As emergências e as urgências (tecnicamente falando) só terão resposta, de qualidade e em segurança, em princípio, nos Serviços de Urgência Hospitalar ou UBUs com meios. Não têm, de facto, resposta nos actuais SAPs.

No entanto, para as pessoas, os sinais e sintomas de mal-estar que requeiram orientação de um Técnico, são urgências. Por isso, nos actuais SAPs, as pessoas têm a resposta para a “sua urgência”. Ainda que a resposta seja o mero encaminhamento para a Urgência Hospitalar mais próxima.

Há estudos que demonstram que, de facto, a maior parte das deslocações aos SAPs são Consultas (que as pessoas não têm durante o período de funcionamento normal do Centro de Saúde), ou são problemas cujo diagnóstico, tratamento e monitorização requerem os meios que estão instalados numa Urgência Hospitalar e não no SAP.

Contudo, a péssima gestão deste processo por parte do Ministério da Saúde e a sua perspectiva economicista (encerrar Serviços sem criar alternativas efectivas para os cidadãos), criou um enorme ruído, deu espaço a demagogias e dificultou a necessária discussão serena em torno da desejável reorganização destes Serviços de forma a garantirem melhores respostas às populações.

3.2 – ÁREA HOSPITALAR

Abordamos as questões relativas à transformação de Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPEs), Parcerias Público Privada, Encerramento de Salas de Parto e Saúde Mental.

3.2.1 – Transformação de Hospitais em Entidades Públicas Empresariais (EPEs)

No anterior Governo, o Ministério da Saúde alterou a Lei de Bases da Saúde possibilitando aos hospitais assumirem três formas de estatuto jurídico: Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA); Sociedades Anónimas (SA) e Estabelecimentos Públicos de Natureza Empresarial (EPEs).

A opção foi transformar 34 hospitais em 31 Sociedades Anónimas. Nessa altura, partidos da oposição, incluindo o PS, parceiros sociais e profissionais acusaram o Governo de desblindar por completo o SNS, pretendendo privatizar Instituições e/ou unidades funcionais dos hospitais.

Durante a campanha eleitoral, o Prof. Correia de Campos responsável pelo programa eleitoral do PS para a saúde, afirmava que, se fosse Governo, o PS iria transformar os Hospitais em EPE's (Estabelecimentos Públicos de Natureza Empresarial) porque essa era a forma de voltar a "blindar" um pouco a possibilidade de privatização dos hospitais.

Contudo, a Lei de Empesarialização imposta pelo Governo/Ministério da Saúde não transformou os hospitais em Estabelecimentos Públicos de Natureza Empresarial (EPE) mas sim em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Sibilinamente até as iniciais são as mesmas. Mas a missão, os objectivos e o enquadramento de uma e outra, não o são:

Os Estabelecimentos Públicos de Natureza Empresarial são Instituições Públicas que, embora adoptando instrumentos, mecanismos e procedimentos de gestão empresarial, prestam serviços gerais (generalidade dos cuidados), universais (acesso universal aos cuidados) e gratuitos (cuidados tendencialmente gratuitos) a todos os cidadãos que deles necessitem independentemente das suas condições sociais e económicas. Estão enquadradas, neste caso, pela Lei de Bases de Saúde e integram o SNS, enquanto dispositivo público que garante o direito à protecção da saúde de todos os cidadãos, nos termos constitucionalmente definidos (Era o exemplo do estatuto jurídico inicial do Hospital da Feira; É o que está consagrado na al. b), n.º 1, art.º 2.º e art.º 18º do Anexo da Lei n.º 27/2002 de 8/11).

As Entidades Públicas Empresariais são Empresas Públicas que não têm enquadramento na actual Lei de Bases da Saúde e regem-se na íntegra pela legislação, missão e objectivos do Sector Empresarial do Estado (SEE).

Tal como a EDP e a Portugal Telecom, estes Hospitais passam a produzir um produto passível de venda a quem o possa comprar e, em vez de cooperarem uns com os outros, estão sujeitos às regras e leis da concorrência.

Concretiza uma mudança de paradigma relativamente à responsabilidade do Estado pela protecção da saúde. Passa a ser entendida como um bem mercantil igual a todos os outros, produzida por diversos operadores que actuam de acordo com as leis da concorrência/mercado. Visa integrar formalmente a Saúde no âmbito dos Serviços de Interesse Económico Geral.

Este estatuto jurídico continua (tal como o estatuto dos Hospitais SAs de Luís Filipe Pereira) a possibilitar a concessão de serviços hospitalares ao sector privado.

Relativamente ao processo legislativo, mais uma vez, o Governo não cumpriu a legislação relativa à participação dos Parceiros Sociais e impôs a sua proposta.

No que respeita ao diploma publicado (Decreto-lei n.º 233/2005 de 29/12) importa realçar, os seguintes aspectos:

- 1 - Passam a EPEs: todas as entidades hospitalares SAs, o hospital Sta Maria e o hospital S. João;
- 2 - Cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (hospitais SAs S. Francisco Xavier, Sta Cruz e Egas Moniz), o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (hospitais de Setúbal, SA e Outão) e o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (hospitais de Bragança, SA, Mirandela e Macedo de Cavaleiros);
- 3 - As actuais EPEs sucedem nos direitos e obrigações das unidades de saúde que lhe deram origem e o capital estatutário é detido pelo Estado;
- 4 - Em termos de organização, a estrutura orgânica deve ter por base os Serviços organizados em Departamentos e estes devem desenvolver a sua acção por Centros de Responsabilidade;
- 5 - As EPEs podem ceder a exploração de serviços a outras entidades (Privadas);
- 6 - Relativamente ao pessoal: Os Funcionários integrados nos quadros de pessoal e os CAPs transitam, mantendo integralmente o seu estatuto jurídico; os quadros de pessoal são residuais. Exclusivamente para efeitos de acesso dos funcionários, sendo os respectivos lugares a extinguir quando vagarem, da base para o topo; mantêm-se válidos os concursos, estágios e cursos de especialização; os Funcionários e CAPs podem optar a todo o tempo pelo Contrato Individual de Trabalho (CIT), sendo que a opção definitiva pelo CIT determina a exoneração definitiva da função pública; a admissão de novos trabalhadores é por Contrato Individual de Trabalho.
- 7 - Os Regulamentos Internos devem ser elaborados e homologados pelo Ministro da Saúde no prazo de 120 dias a partir de 31/12/2005.
- 8 - O Conselho de Administração é composto pelo Presidente e um máximo de 6 vogais, sendo um deles, obrigatoriamente, o Director Clínico e o outro o Enfermeiro Director. São nomeados pelos Ministros da Saúde e Finanças.

3.2.2 – Novos Hospitais através de Parcerias Público-Privadas

O anterior Governo tinha decidido construir 11 novos Hospitais, até 2010, através do Regime de Parcerias Público Privadas: A concepção do hospital, construção, equipamento e gestão/exploração por 30 anos, é entregue ao Sector Privado.

O Governo priorizou 5 hospitais. Foram nomeados os respectivos grupos de trabalho, elaborados os programas funcionais e cadernos de encargos e foram abertos os primeiros concursos:

- 1 – H Braga: Estamos na fase de apreciação de candidaturas. Houve 6 concorrentes: Espírito Santo Saúde (ESS), José de Mello Saúde (JMS), Hospitais Privados de Portugal/Caixa Geral de Depósitos (HPP), Santa Casa Misericórdia do Porto (SCMP), CESPUP Cooperativa Minhota de Ensino, Grupo Português de Saúde/Banco Português de Negócios (GPS/BPN);

2 - H Loures: Houve vários candidatos, e, após processo de selecção, a JMS e SCMP passaram à fase final do concurso. Uma das candidatas que não passou à segunda fase (ESS) reclamou. O Ministério da Saúde solicitou parecer à Procuradoria-geral da República (PGR) sobre o concurso. De acordo com o parecer da PGR, emitido em Março de 2006, o Ministério da Saúde anulou o concurso e irá proceder à abertura de novo concurso;

3 - C H Cascais: Houve vários candidatos, tendo a HPP e JMS passado à fase final do concurso;

4 - H Vila Franca de Xira: Há 5 candidatos (ESS, JMS, HPP, CESPÚ e GPS/BPN) e estão na fase de selecção;

5 - C Medicina Física e Reabilitação do Sul (Algarve): GPS/BPN concorreu e ganhou. Está adjudicado e perspectiva-se a sua abertura para Setembro de 2006.

Relativamente aos restantes 6 hospitais, o actual Ministério da Saúde encomendou um estudo à Escola de Gestão do Porto, cujo Grupo de Trabalho é liderado por Daniel Bessa, no sentido de hierarquizar as prioridades de construção. O Relatório final (“Estudo de avaliação de prioridades de investimento ...quanto à sequência estratégica de implementação dos Hospitais inseridos na 2.ª vaga do programa de Parcerias para o sector hospitalar” foi apresentado em meados de Fevereiro e propõe a seguinte ordem de prioridade:

1 – Hospital de Todos os Santos (Lisboa)

2 – Hospital de Faro

3 – Hospital da Margem Sul do Tejo (ampliação do H Garcia da Orta)

4 – Hospital de Évora

5 – Hospital de Vila Nova de Gaia

6 – Hospital da Póvoa do Varzim/Vila do Conde

A decisão política sobre a necessidade de construção destes novos hospitais parece estar assumida. Contudo, esta decisão e o referido Relatório levantam um conjunto de questões e interrogações:

1 – O Relatório refere repetidamente que a vantagem da “construção de um hospital de raiz” (seis) prende-se com:

a) A “eliminação das necessidades não satisfeitas” em cuidados de saúde pelos actuais hospitais. Este conceito é definido da seguinte forma: “as necessidades não satisfeitas foram determinadas pela diferença entre a procura e a oferta hospitalar, medidas pelo número de dias de internamento” (pág. 34). Não se trata de um critério redutor e indiferente aos critérios da “obtenção de ganhos em saúde” recomendados pela OMS e assumidos no Plano Nacional de Saúde? Não deveríamos analisar a necessidade de novos hospitais à luz de toda a reorganização do SNS que está em curso?

b) “A redução das insuficiências de qualidade na prestação de serviços”. Qual o estudo realizado ou existente para suportar esta afirmação? Refere-se à qualidade da prestação de cuidados ou dos serviços de suporte? Houve audição das respectivas Ordens Profissionais sobre a Qualidade dos cuidados?

c) Vários riscos relativamente à manutenção dos actuais hospitais: refere que há “deficiente acessibilidade dos actuais hospitais”, “deficiente articulação com a rede de referência” e que “os investimentos de substituição e custos de manutenção dos actuais hospitais são elevados”. Então, as acessibilidades só se resolvem com a construção de um novo edifício? A Rede de Referência

Hospitalar resolve-se com novos edifícios? Que estudo comparativo foi realizado para justificar que os custos de manutenção dos actuais hospitais são mais elevados que os dos novos hospitais?

2 – Os novos Hospitais serão concessionados por 30 anos ao sector privado e não há qualquer recomendação de redução do actual número de camas. Será que a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, as ULS, o aumento de resposta e eficiência dos hospitais, a rede de referência hospitalar e a implementação da rede de Cuidados Continuados e Cuidados de Longa Duração não tem nenhum impacto na procura de cuidados hospitalares? Na utilização de camas e recursos hospitalares? Durante 30 anos?

Em nosso entender, a construção “acelerada” destes novos hospitais vem reforçar a perspectiva “hospitalocêntrica” do SNS, potenciar a centralidade do SNS nas respostas às doenças e medicalização e não nas questões da “Saúde” e vai aumentar os custos globais do Sistema.

Se considerarmos que as actuais instituições EPEs podem concessionar Serviços ao sector privado, que os novos hospitais em regime de Parceria são geridos pelo sector privado e sem considerar que alguns dos actuais ex-hospitais de nível 1 integrarão a rede de cuidados continuados, que, nos termos do projecto de diploma também podem ser concessionados ao sector privado, constatamos que a oferta de cuidados “hospitalares” aos cidadãos pode vir a ser fornecida, em larga escala, pelo sector privado.

SITUAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – Actual e perspectiva

ARS	Entidades EPEs	Parcerias PP	SPA (sem Instituições Especializadas – SMaterna e SMental)
Norte			
Viana Castelo	C. H. Alto Minho <ul style="list-style-type: none"> o H. Viana do Castelo o H. Ponte de Lima 		
Braga	H. Guimarães H. Famalicão H. Barcelos	H. Braga	H. Fafe
Porto	ULS Matosinhos H. Padre Américo H. S. João HG Santo António IPO-Porto H. Amarante	CH. Vila Nova Gaia CH. Póvoa Varzim/V. Conde	H. Joaquim Urbano H. S. Tirso
Vila Real	CH. Vila Real/Peso da Régua <ul style="list-style-type: none"> o H. Vila Real o H. Peso da Régua 		H. Chaves
Bragança	CH. do Nordeste <ul style="list-style-type: none"> o H. Bragança o H. Mirandela o H. Macedo Cavaleiros 		

Centro			
Aveiro	H. Aveiro H S. Sebastião		H. Águeda H. Anadia H. Ovar H. Estarreja H. Espinho H. S. João da Madeira H. Oliveira de Azeméis
Coimbra	H. Figueira da Foz IPO-Coimbra		HUC, H. Cantanhede CH. Coimbra (H. Covões) CMF Reabilitação Centro
Castelo Branco	CH. Cova da Beira ○ H. Covilhã ○ H. Fundão		H. Castelo Branco
Guarda			H. Guarda H. Seia
Viseu	H. Viseu		H. Lamego H. Tondela
Leiria	H. Leiria		CH. Caldas da Rainha H. Pombal H. Alcobaça H. Pombal
Lisboa VT			
Santarém	H. Santarém CH Médio Tejo ○ H. Abrantes ○ H. Tomar ○ H. Torres Novas		
Lisboa	H. Pulido Valente H. Santa Marta IPO-Lisboa CH. Lisboa Ocidental ○ H. SFrancisco Xavier ○ H. Egas Moniz ○ H. S. Cruz H. Santa Maria	CH. Cascais ○ H. Cascais ○ HOJA H. Vila Franca Xira H. Loures H. Todos os Santos	CH. Lisboa ○ H. S. José ○ H. Capuchos ○ H. Desterro! H. Curry Cabral CH. Torres Vedras ○ H. Torres Vedras ○ Sanatório Barro
Setúbal	H. Garcia da Orta H Barreiro CH. Setúbal ○ H. Setúbal ○ H. Outão	H. Margem Sul ???	H. Litoral Alentejano H. Montijo
Algarve			
Algarve	CH. Barlavento Algarvio ○ H. Portimão ○ H. Lagos	H. Central de Faro CMF Reabilitação Sul	
Alentejo			
Beja Évora Portalegre	C H Alentejo Sul ○ H. Beja ○ H. Serpa	H. Évora	H. Portalegre H. Elvas

3.3.3 – Encerramento de Salas de Partos

A Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (CMSMN) elaborou e apresentou, em Março, um Relatório relativo à “Organização Perinatal Nacional – Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal e Requalificação dos Serviços de Urgência Perinatal”.

Relativamente ao Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal, refere que os hospitais devem manter o seu actual estatuto dentro da Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI) – publicada em 2001 pela Direcção Geral de Saúde - com cooperação e complementaridade, dentro das Redes Perinatais Regionais, com os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD). Refere quais são os HAPs e HAPDs na rede hospitalar nacional e quais as suas responsabilidades e competências. Enquadra também na RRMI o papel dos Centros de Saúde e dos hospitais privados e as suas competências. Termina com as funções das várias comissões nacionais e regionais e a articulação entre elas.

É referido ainda que:

Cerca de 10% das crianças portuguesas nascem fora da Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI).

Cerca de 10% das crianças portuguesas nascem em locais sem as condições mínimas exigidas.

Cerca de 80% das crianças portuguesas nascem em locais com condições mínimas e uma equipa perinatal capaz de assegurar qualidade e segurança, que definem:

- * 2 médicos com especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, 2 enfermeiros (1 dos quais com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, 1 anestesista e 1 pediatra);
- * sala de operações permanentemente disponível, 1 monitor fetal por cada cama de partos, 1 ecógrafo, instalação de gases e vácuo, 2 mesas com equipamento para reanimação de recém-nascido;
- * apoio permanente de Serviço de Sangue, Imagiologia, Laboratório e Cirurgia;
- * nº mínimo de 1500 partos/ano.

Entre muitos outros aspectos, no que respeita à enfermagem referem que “Há défice de enfermeiros especialistas em saúde obstétrica e em saúde infantil, representando os existentes cerca de metade dos necessários em ambas as especialidades. Faltam 750 enfermeiros especialistas em saúde obstétrica e 119 em saúde infantil, só para este contexto - relatório CNSMN 2004” – pág. 7.

Face às condições definidas para garantir a realização de partos com qualidade e segurança e na consideração do levantamento efectuado em todas as instituições, a CMSMN apresentou uma proposta de requalificação das Salas de Partos, que foi aceite pelo Ministério da Saúde.

A proposta de requalificação determina:

O encerramento de 12 Salas de parto até ao final de 2006, sendo que 6 destas devem encerrar até finais de Junho deste ano;

Implementação de uma rede de transporte da grávida;

A vigilância pré-natal manter-se nas Instituições que encerram Salas de Partos.

ARS Norte:

Salas de Partos actuais	Proposta da CNSMN	Drenagem natural (sem prejuízo da liberdade de escolha)
H. Chaves	Manter o mesmo estatuto até solução da rede viária	
C. Hosp. Nordeste Transmontano (Mirandela, Bragança, M. Cavaleiros)	Deve ser encerrado	1 entre os 3
H. S. Gonçalo (Amarante)	Deve ser encerrado	H. Padre Américo (Vale Sousa)
H. Barcelos	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. S. Marcos (Braga)
H. S. Tirso	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. S. João Deus (Famalicão)

ARS Centro:

Salas de Partos actuais	Proposta da CNSMN	Drenagem natural (sem prejuízo da liberdade de escolha)
H. Lamego	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. Vila Real ou H. Viseu
H. Oliveira Azeméis	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. S. Sebastião (Vila da Feira)
H. Figueira Foz	Deve ser encerrado	H. U. C. (Mat. Daniel Matos) C. H. C. (Mat. Bissaya Barreto) H. S. André (Leiria)
Hospitais da Beira Interior (Guarda, Covilhã, C. Branco)	As especificidades locais exigem soluções com consenso dos Cas com decisão da ARSC / CRSMI	2 entre os 3

ARS Lisboa Vale Tejo:

H. Torres Vedras	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. Caldas Rainha H. Sta Maria, MAC
H. Cascais	Deve ser encerrado	H. S. Francisco Xavier
H. Vila Franca Xira	Deve ser encerrado	H. D. Estefânia, MAC

ARS Alentejo:

H. Elvas	Deve ser <u>imediatamente</u> encerrado	H. Portalegre
----------	---	---------------

A decisão política de encerrar as referidas Salas de Parto de hospitais públicos assentes nos critérios expostos no pretense Relatório “técnico-científico” da CMSMN e sem qualquer medida política relativamente às condições em que decorrem os nascimentos no sector privado, levanta-nos várias questões:

1 - Não quantifica o número de incidentes críticos que aconteceram em determinado período, nem se esses incidentes críticos aconteceram nas 10% de maternidades que não tem as condições agora exigidas, ou nas 80% que as possuem.

2 – Quanto à exigência de dois Obstetras em disponibilidade permanente e os 1500 parto por ano:

2.1 – O próprio Relatório refere que os 1500 partos podem ser alterados por “situações viárias e geográficas especiais”. Mas porquê este número de 1500? Porque não 1000 ou 2000? E se uma maternidade tiver 1499? O documento tem a resposta dizendo que “o número de partos efectuados por dia (menos de quatro) nestas maternidades, compromete a manutenção de uma rotina perinatal de qualidade”. Mais uma vez esta argumentação não é técnica. As boas práticas, e até as condições apontadas no Relatório, mostram que o parto é um trabalho de equipa. E se a rotina perinatal, passa pela equipa, passa, em grande parte, pela experiência do Obstetra; e essa experiência materializa-se no número de partos que ele efectua. Assim uma maternidade com 800 partos anuais e com 8 obstetras proporciona a cada um, em média anualmente, 100 partos. Exactamente o mesmo número que proporciona uma maternidade com 3000 partos anuais aos seus 30 obstetras. Obstarão no entanto, que o problema não está aí. Está na preparação para a ocorrência de situações anómalas. É verdade que estas, probabilisticamente, são mais frequentes quanto maior for a população atendida. No entanto a probabilidade estatística da sua distribuição por obstetra é a mesma, pois que cada um atende exactamente o mesmo número de pessoas. Mas ainda que o não fosse, o facto de vivermos na “sociedade do conhecimento” e na era das novas tecnologias, implica que um novo conhecimento já não seja um segredo dos grandes centros, mas uma prática da comunidade técnica e científica. E como o comprova, as boas práticas estão onde estão os bons profissionais.

2.2 - Quanto à questão dos dois obstetras em disponibilidade permanente, é referido como argumento pelo Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos, que essa condição tem a ver com a probabilidade de acontecerem duas situações urgentes em simultâneo. Naturalmente que há essa probabilidade. Mas então porquê dois e não três? É que a probabilidade de dois obstetras estarem ocupados e entrar um terceira urgência também existe. E porque não quatro? Ou cinco? É que, nem o Relatório, nem o Colégio de Especialidade, nos dão a frequência provável destes acontecimentos.

3 – Porque é que do ponto de vista político, as referidas exigências para garantir qualidade e segurança, não são exigidas ao sector privado e fiscalizadas? Nomeadamente no que respeita ao número de profissionais e em disponibilidade permanente? Há algum estudo comparativo dos incidentes críticos que possam ter acontecido em instituições públicas e privadas? Há algum estudo relativamente ao número de mulheres e/ou recém nascidos transferidos para hospitais públicos por deficiente resposta das instituições privadas, no momento do parto ou imediatamente a seguir? Será que as mães e os recém nascidos do sector privado não merecem preocupações de “segurança e qualidade”?

Sem questionar a exigência das necessárias condições que garantam qualidade e segurança às grávidas e recém-nascidos, parece-nos que o pretenso Relatório técnico-científico pretende sobretudo encontrar alguns fundamentos que suportem a decisão política economicista de, desde já, encerrar algumas Salas de Parto de hospitais públicos e posteriormente mais alguns serviços conexos.

3.3.4 – Saúde Mental

A legislação referente à reorganização da Saúde Mental está publicada desde 1999 e a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental foi publicada pela Direcção Geral de Saúde em 2004.

O Ministério da Saúde veio recentemente falar, no quadro da reformulação da referida Rede de Referenciação, no encerramento de dois hospitais Psiquiátricos (falou-se no H Miguel Bombarda, em Lisboa e no H Sobral Cid, em Coimbra).

De acordo com os estudos existentes e vários especialistas, as alterações do foro da saúde mental, nomeadamente Depressões, constituem um dos flagelos do séc. XXI. Esta situação requer Cuidados de Proximidade ao nível da Prevenção, Acompanhamento, Tratamento e Reinserção que, em primeira linha, deveria ser desenvolvida ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e onde os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental deverão desempenhar um importante papel.

O SEP, em termos de política de saúde mental acompanha a perspectiva de desinstitucionalização, de desenvolvimento de respostas de proximidade e de serviços comunitários de suporte. Contudo, estará frontalmente contra o encerramento de hospitais psiquiátricos sem previamente se estudarem e implementarem alternativas para cada utente, na consideração da sua situação concreta. E, por outro lado, sem previamente se implementarem todos os recursos de suporte que permitam as citadas respostas e serviços de proximidade.

3.3 – CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE ÀS PESSOAS IDOSAS E ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

3.3.1 – Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em situação de Dependência

Através da Resolução de Conselho de Ministros n.º 84/2005 de 27 de Abril, o Governo decidiu criar a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em situação de Dependência, cuja composição foi publicada através do Despacho Conjunto n.º 345/2005 de 23 de Maio. Definiu os objectivos da Comissão e fixou o termo do seu mandato em 31 de Dezembro de 2005.

No essencial, a Comissão teve por finalidade a elaboração de propostas e medidas que visavam: garantir a prática integrada dos cuidados continuados; promover a criação de serviços comunitários de proximidade e a indispensável articulação entre Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos e serviços e instituições de apoio social.

Do trabalho realizado, importa destacar:

1 – A realização de um Estudo de Diagnóstico sobre a situação, em Portugal, das pessoas idosas e em situação de dependência. Este Estudo (497 fls), realizado por uma empresa especializada da Catalunha, inclui uma análise demográfica e epidemiológica sobre a problemática, a identificação da oferta de respostas existentes nos sectores social e da saúde e a análise do impacto do envelhecimento no funcionamento dos hospitais.

2 – A apresentação de uma proposta de modelo de cuidados continuados integrados, que explicita as linhas de serviços específicos, a tipologia de respostas, os tipos de utentes visados e a co-responsabilização entre saúde e segurança social.

3 – A criação, pelo Instituto da Qualidade em Saúde em parceria com o Ministério do Trabalho e da Segurança Social, de um modelo de avaliação da qualidade para as unidades de cuidados continuados.

4 – A apresentação de uma proposta de preços para a contratualização de serviços de respostas em cuidados continuados e respectivo modelo de repartição de encargos entre os sectores da saúde e da segurança social.

3.3.2 – Protocolo entre Ministério da Saúde e União das Misericórdias Portuguesas

Em 29 de Maio de 2004 foi celebrado, entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, um protocolo de cooperação para a prestação de cuidados continuados de saúde, de acordo com o D. L. n.º 281/2003, de 8 de Novembro.

Nos termos deste protocolo, a rede nacional de cuidados continuados de saúde devia ser acompanhada por uma Comissão de Acompanhamento e Monitorização (CAM) que foi nomeada, mas, progressivamente inactivada.

Ao abrigo deste protocolo foram celebrados vários acordos entre as ARSs/hospitais e S. C. de Misericórdias.

Após a tomada de posse do novo Governo, o Ministério da Saúde suspendeu o referido protocolo existente.

Entretanto, no âmbito do trabalho da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em situação de Dependência, a CAM foi reactivada, através do Despacho n.º 16 234/2005 de 26 de Julho, que definiu: a sua composição, as suas funções e o termo do seu mandato (26 Outubro 2005).

No termo do seu mandato a CAM apresentou um Relatório final, no qual produz algumas recomendações e propostas que foram aprovadas através do Despacho n.º 718/2006 de 11 de Janeiro e que farão parte de um NOVO PROTOCOLO a estabelecer entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas.

3.3.3 – Projecto de diploma sobre a Rede de Cuidados Continuados Integrados

O SEP recebeu do Ministério da Saúde, em 16 de Janeiro de 2006, um “Projecto de Diploma confidencial – Documento em elaboração” relativo à Rede de Cuidados Continuados Integrados,

sobre o qual emitiu opinião genérica, combatendo sobretudo a perspectiva de concessão da gestão de instituições públicas da rede ao sector privado e social.

O Diploma foi aprovado em reunião de Conselho de Ministros, em Março.

Sobre o Projecto de Diploma importa destacar os seguintes aspectos:

1 – A Rede pressupõe

a instituição de um modelo de intervenção integrado e ou articulado da Saúde e da Segurança Social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado. Este modelo deve situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

2 – Pretende-se dinamizar a implementação de Unidades e Equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas. Visa melhorar o acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em risco de a perder.

3 – A Rede é criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. O diploma aplica-se às entidades integradas na Rede (Públicas, Sociais e Privadas).

4 – A rede é constituída por Unidades e Equipas de Cuidados Continuados, e ou apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a rede Solidária e as Autarquias.

5 – A rede organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização, regional e local.

6 – Os cuidados continuados integrados incluem-se no SNS e no Sistema de Segurança Social e compreendem: A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

7 – A rede tem por objectivos:

A prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência;

A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados integrados e ou de apoio social;

A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

O apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respectiva situação;

Outros explicitados no art.º 4º

8 – Coordenação da Rede:

Há Coordenação Nacional a definir por Despacho

A Coordenação Regional é assegurada por 5 equipas, constituídas por representantes das 5 ARSs e dos Centros Distritais da Segurança Social

A Coordenação a nível local é assegurada por uma ou mais equipas, em princípio de âmbito concelhio, podendo nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, coincidir com uma freguesia ou agrupamentos de freguesias

As equipas coordenadoras locais são constituídas por representantes das ARSs e da Segurança Social, **devendo integrar no mínimo, um médico, um enfermeiro e uma assistente social.**

Estabelece competências das Coordenações regionais e Locais.

9 – Tipos de Serviços:

A prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

Unidades de Internamento

Unidades de Ambulatório

Equipas Hospitalares

Equipas Domiciliárias

Constituem Unidades de Internamento:

Unidade de Convalescença

Unidade de Média Duração e Reabilitação

Unidade de Longa Duração e Manutenção

Unidade de Cuidados Paliativos

São Equipas Hospitalares:

Equipas de Gestão de Altas

Equipas Intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos

São Equipas Domiciliárias:

Equipas de cuidados continuados integrados

Equipas de suporte em cuidados paliativos

10 – Unidade de Convalescença

É uma unidade de internamento, sob a direcção de um médico, independente, integrada ou que se articula com um hospital de agudos. Presta tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva e reabilitação. Destina-se a **internamentos** com previsibilidade **até 30 dias**. **Tem cuidados de enfermagem permanentes.**

11 – Unidade de Média Duração e Reabilitação

Semelhante à Unidade de Convalescença, sob a direcção de um técnico de saúde ou da área psicossocial, mas para **internamentos** com uma previsibilidade **superior a 30 dias e inferior a 90 dias**. Pode coexistir com Unidade de Convalescença ou Unidade de Longa Duração. **Tem cuidados de enfermagem permanentes.**

12 – Unidade de longa Duração e Manutenção

Sob a direcção de um técnico de saúde ou da área psicossocial, presta apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio. Para situações com previsibilidade de **internamento superior a 90 dias consecutivos**. Tem **cuidados de enfermagem diários**.

13 – Unidade de Cuidados Paliativos

Preferencialmente localizadas em hospitais, geridas por um médico e tem **cuidados de enfermagem permanentes**.

14 – Unidade de dia e de promoção de autonomia (Unidade de Ambulatório)

Funciona 8 horas por dia, no mínimo nos dias úteis e tem **cuidados de enfermagem periódicos**.

15 – Equipas de Gestão de altas

Sediada em hospitais de agudos, constituída, no mínimo, por um médico, **um enfermeiro** e um assistente social. Visa preparar e gerir as altas hospitalares com outros serviços, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas no domicílio ou outras unidades.

16 – Equipa de cuidados continuados integrados

Equipa multidisciplinar da RESPONSABILIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS e das entidades de apoio social, para a PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS.

Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no ÂMBITO DE CADA CENTRO DE SAÚDE, conjugados com os serviços comunitários. **Presta cuidados domiciliários de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas**, devendo as visitas ser programadas, regulares e com base nas necessidades.

17 – Acesso à Rede, ingresso e mobilidade

Define a situação das pessoas que têm acesso à Rede. **O ingresso na Rede é efectuado por proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados ou das equipas de gestão de altas**. A admissão nas Unidades é determinada pela equipa, à excepção da admissão na unidade de Cuidados Paliativos e nas equipas intra hospitalares de suporte em cuidados paliativos (sob proposta médica). A admissão nas equipas prestadoras de cuidados continuados é feita por proposta dos médicos do Centro de Saúde. Aborda aspectos relativos à mobilidade de doentes na rede.

18 – As Unidades da rede SÃO CRIADAS POR DESPACHO dos dois Ministros, a partir de adaptação ou reconversão de estruturas já existentes ou a criar. As condições e requisitos de funcionamento das Unidades e Equipas da rede são objecto de regulamentação por Portaria.

19 – As entidades promotoras e gestoras das Unidades e Equipas da rede revestem uma das seguintes formas:

Entidades Públicas (EPEs)

IPSS

Entidades Privadas com fins lucrativos

Centros de Saúde do SNS

A gestão de Instituições do SNS, no seu todo ou em parte, pode ser concessionada a outras entidades, públicas, privadas ou em regime de convenção por grupos de profissionais.

20 – Financiamento

A utilização das:

Unidades de Internamento de Média Duração

Unidades de Internamento de Longa Duração

Unidades de Dia e Promoção da Autonomia e

EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS da Rede

É participada pela pessoa em situação de dependência em função do seu rendimento ou do seu agregado familiar (nova formulação inscrita no Projecto de diploma – versão de 2 de Março).

– OUTROS ASPECTOS

3.4.1 - Unidades Locais de Saúde

As respostas às problemáticas da saúde das pessoas/famílias não se esgotam exclusivamente nos diferentes pólos de recursos existentes (CS, Hospitais, etc.). Por isso, e tendo como foco as necessárias respostas às pessoas, é determinante o funcionamento integrado e articulado das diferentes instituições de saúde de uma determinada área geodemográfica. Os Sistemas Locais de Saúde (SLS), enquanto dispositivo orgânico e com capacidade de direcção político-administrativa e de gestão, a nosso ver, constituem um elemento central de promoção deste funcionamento integrador.

Constituem um dispositivo organizacional orientado segundo um critério geográfico – populacional, que têm como principal função facilitar a circulação dos cidadãos no sistema de saúde e articular os diferentes prestadores tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde; promover a participação dos cidadãos e das comunidades na execução das estratégias da saúde no âmbito da sua respectiva área geográfica; e ainda, assegurar a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados, nomeadamente através de protocolos de referenciação.

Permitem utilizar todos os recursos, minimizando duplicações e desperdícios e garantindo a sua efectividade. Impedem a marginalização ou exclusão de pessoas e grupos no acesso e utilização dos cuidados de saúde de que necessitem. Em síntese, visam a melhoria do acesso dos cidadãos à prestação de cuidados e em especial: identificar as necessidades em saúde, facilitar o acesso aos serviços, contribuir para a melhoria da eficiência do desempenho dos prestadores, potenciar a racionalização e eficácia da distribuição dos recursos, facilitar a afectação de recursos ao desenvolvimento de projectos comuns, fomentar o conhecimento sobre tecnologias, gestão e

financiamento dos serviços e assegurar a coordenação de actividades de investigação e de formação.

O Ministério da Saúde tem explicitado a intenção de criar Unidades Locais de Saúde e a ARS do Alentejo tem perspectivado o desenvolvimento de duas: Alentejo Sul e Nordeste Alentejano.

Em nosso entender e face ao exposto, o não estabelecimento deste objectivo estratégico em termos de dispositivo organizacional, significa que, como hoje, “só resta a boa vontade e a regulação moral dos profissionais e dos gestores para” desenvolver, casuística e circunstancialmente, algumas formas de articulação.

Entretanto há uma questão que importa reflectir relativamente ao modelo de Sistema Local de Saúde: Se o SLS é apenas um dispositivo de integração e articulação, mantendo as Instituições que o integram a sua autonomia administrativa e financeira;

Ou se o SLS constitui uma Unidade Orgânica, com Conselho de Administração e quadro de pessoal único, etc.

Ambos os modelos apresentam vantagens e inconvenientes. Contudo, quando olhamos a reconfiguração da rede de cuidados hospitalares que está em curso e a perspectiva do sector privado assumir a gestão de várias instituições e potencialmente serviços hospitalares, temos sérias reservas na manutenção da ideia, decidida em Congressos anteriores, que os SLS sejam Unidades Orgânicas.

3.4.2 – Call Center do SNS

Trata-se de um Centro Telefónico de Atendimento de Utentes do SNS, para orientação e encaminhamento (tipo ex-Saúde 24 / trim-trim dói dói para crianças).

Enquadra-se nos projectos de Parceria Público-Privada e já foi lançado concurso público. Ministério da Saúde tem referido que é para entrar em funcionamento no segundo semestre de 2006, empregando cerca de 160 enfermeiros.

Significa que este Centro de Atendimento (Registo de Chamadas telefónicas e encaminhamento de Cidadãos para Serviços de Saúde), apesar de positivo, vai ficar na mão de um Sector Privado, potencialmente uma Seguradora.

3.4.3 - Modelo de financiamento

Ao lançar a possibilidade de um novo modelo de financiamento para o sector da saúde, um regime de co-pagamento directo dos cidadãos pelos custos dos cuidados, eliminando assim o Acesso Universal à Generalidade dos Cuidados de forma Tendencialmente Gratuita (como hoje consagra a

Constituição) o Ministro da Saúde exaltou um alarmismo de forma irresponsável que, em nosso entender, tem objectivos claros.

Ou seja, o Ministro da Saúde visa criar um ambiente social favorável, na opinião pública, á aceitação compreensiva e pacífica de algumas das suas gravosas medidas que, potencialmente, aumentarão os custos globais do sistema a médio prazo e dos cidadãos. Designadamente:

Que os Utentes vão pagar mais pelos Medicamentos, directamente do seu bolso, decorrente do inadmissível Acordo estabelecido com a APIFARMA, a favor da Indústria Farmacêutica e das Farmácias;

Encerramento de “urgências/SAPs” dos Centros de Saúde, Hospitais Psiquiátricos e Maternidades sem criar previamente alternativas de acesso e resposta às pessoas;

Entrega ao Sector Privado (Empresas, IPSS, Misericórdias, etc.) da Gestão de Unidades de Saúde Familiares (Cuidados de Saúde Primários), de Hospitais Públicos direccionados para Cuidados Continuados e de Serviços dentro dos Hospitais EPEs;

Por outro lado, fruto dos avultados investimentos privados na área da Saúde, nomeadamente da “José de Mello Saúde”, da “Espírito Santo Saúde”, dos “Hospitais Privados de Portugal” e da “SGPS do Banco Português de Negócios”, o Ministério da Saúde para além de

Lhes entregar a exploração, por 30 anos, dos novos Hospitais construídos em regime de Parceria Público Privada,

Lhes ir comprar a maior parte dos Cuidados Continuados, Cuidados de Longa Duração, Cuidados a idosos, situações de dependência e cronicidade (“negócio do século XXI”),

Com esta possibilidade de medida, ao nível do financiamento, também lhes está a arranjar clientes.

Este anúncio alarmista do Ministro da Saúde visa ainda começar a criar condições na sociedade portuguesa para a alterar a Constituição, nomeadamente na área da Saúde, com vista a eliminar algumas barreiras legais a:

Colocar a Saúde no âmbito dos Serviços abertos à total e livre concorrência;

Inserir a Saúde nos Serviços de Interesse Económico Geral (SIEGs) alvo da aplicação da recente Directiva dos Serviços no Mercado Interno (Bolkestein).

De acordo com o “Relatório Preliminar” sobre “Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração”, realizado pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social e entregue pelo Governo Português, em Outubro de 2005, à Comissão Europeia, os dados são claros.

“Portugal é, actualmente, o sétimo país da OCDE em despesa na saúde per capita, sendo ultrapassado, por ordem decrescente, pelos Estados Unidos da América (EUA), Suíça, Alemanha, Canadá, França e Grécia, não estando muito distante dos países deste grupo, com excepção dos EUA.

A percentagem da despesa pública é, no entanto, de 70%, situando-se:

Abaixo da média dos países da OCDE e

na metade inferior dos países da União Europeia.

Por outro lado, a percentagem da despesa total aplicada em medicamentos e outros produtos não duráveis é das mais altas da União Europeia e apresenta tendência de crescimento”.

Por último as despesas privadas com a saúde, pagas directamente pelos cidadãos, é das mais altas da Europa – 30%.

Quadro - Total da despesa com a saúde em 1970, 1980, 1990 e 2003 (%)

	1970	1980	1990	Último ano disponível
Total da despesa com a saúde em percentagem do PIB	2,6	5,6	6,2	9,6*
Total da despesa pública em percentagem do total da despesa com a saúde	59,0	64,3	65,5	69,7*
Total da despesa com medicamentos e outros produtos não duráveis em percentagem dos gastos com a saúde	ND	19,9	24,9	23,8**

* 2003 ** 1997 Fonte: OCDE, 2005, IGIF, Contas Globais do SNS 2003

Sendo certo que o envelhecimento da população, o aumento do índice de dependência, o aumento das doenças crónicas e a incorporação tecnológica na saúde, entre outros factores e de acordo com os estudos conhecidos, vão determinar o aumento dos custos com a saúde, as medidas em curso do Ministério da Saúde vão no sentido de os aumentar ainda mais.

4 – O SECTOR PRIVADO

Constituindo-se desde sempre como uma franja muito pequena dos cuidados clínicos que se prestam em Portugal, o Sector Privado, estabilizou durante muitos anos a sua dimensão, sem que se tivesse especializado, vivendo mais das subcontratações de serviços que o SNS lhe fazia, do que de ofertas específicas de cuidados.

Fruto desta apatia e falta de inovação, o sector privado, para os enfermeiros , não era mais do que um local pontual e de complemento de vencimento daquilo que auferiam no sector público, este sim local promotor do seu desenvolvimento profissional, da formação continua, da inovação, da aprendizagem e onde as suas competências autónomas tinham possibilidade de se expressar.

Disto resultou que o conceito de estar vinculado ao sector privado era sinónimo de pouca autonomia e de um trabalho meramente dependente, o que não se compaginava com os princípios que a profissão apontava - o desenvolvimento de competências autónomas.

Eram muito poucos os enfermeiros que se vinculavam e que se vinculam ao sector privado e as questões salariais não eram, nem são, muitas das vezes determinantes para esta opção.

Da recolha de dadas que efectuámos nas 46 Instituições (¼ respondeu) vinculadas ao **Contrato Colectivo de Trabalho da Hospitalização Privada** (Janeiro 2006) pouco mais de 8% dos Enfermeiros tem contrato por tempo indeterminado, auferindo na sua maioria, vencimentos inferiores

aos que são praticados nas Instituições Privadas que detêm Acordos de Empresa, assim como aos que são praticados no Sector Público.

Fruto das políticas praticadas nos últimos anos, os grandes grupos económicos começaram a encarar o Sector Privado da Saúde como um investimento de longo prazo.

Gradualmente o pequeno empresário da saúde, tem vindo a desaparecer (das mais de 250 unidades existentes, com pouco mais de 10 camas de internamento no início da década de noventa passámos a pouco mais de quatro dezenas no início do Século XXI), sendo absorvidos pelos grandes grupos económicos ou entrando mesmo em processo de falência.

Da dispersão com pequena dimensão, passou-se para a concentração e maior dimensão das unidades.

Mas se isto mudou, não mudou de certeza a perspectiva que os enfermeiros têm em relação aos objectivos das “novas” entidades patronais, quanto à importância e peso real, dos enfermeiros no contexto das empresas. O sector público continuou a ser o lugar preferencial para “crescer” e para trabalhar. O sector privado era o complemento, que rapidamente se deixaria logo que as necessidades de um complemento de vencimento estivessem sanadas. A vinculação às Unidades Privadas de saúde como primeira opção era uma excepção que só confirmava a regra.

A partir do fim da década de noventa, grandes instituições como o Hospital da Cruz Vermelha, o Hospital da CUF Infante Santo, o Hospital dos SAMS ou ainda o Hospital Fernando Fonseca, (sendo público tinha e tem gestão privada), estabeleceram Acordos Específicos de Empresa com o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, constituindo-se estes Acordos como instrumentos de fixação e de regulação das relações de Trabalho dentro de cada uma daquelas empresas em detrimento do mais antigo Contrato Colectivo de Trabalho para as Instituições Privadas de Saúde - o *da Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (1983;1992)* -que abrangia então, Enfermeiros em mais de duzentas clínicas e pequenos hospitais.

Mas, como se disse o panorama estava a mudar, não porque as condições de trabalho tivessem mudado significativamente, mas porque as condições de ingresso no sector público estavam muito mais condicionadas ao controle orçamental.

Apesar da carência de enfermeiros nos Hospitais e Centros de Saúde do SNS, os lugares disponíveis para emprego público desapareciam, sendo substituídos por contratos precários ou por contratos em tudo cerceadores dos mais elementares direitos dos trabalhadores e destes trabalhadores em particular.

Confrontados com esta nova realidade, os enfermeiros recém licenciados, começaram por equacionar a sua vinculação a Hospitais Privados, em especial aos que já tinham **Instrumentos Reguladores de Trabalho**. Por outro lado, estes hospitais mantinham a disponibilidade para fixar enfermeiros nos seus quadros, em detrimento dos colegas que vinculados noutras instituições de

saúde e que só se disponibilizavam para prestação de serviços, mesmo que em trabalho subordinado e sujeito a horário.

Sendo assim, estavam criadas as condições para uma procura crescente a estes locais de trabalho, uma vez que possibilitariam um emprego minimamente estável e com alguns direitos, como são entre outros:

a vinculação por tempo indeterminado,

a carga horária semanal,

os vencimentos, que em início de carreira eram superiores nalguns casos aos que lhes estavam a ser propostos nos hospitais do SNS.

4.1 – Reorganização do Privado em grandes Grupos Económicos

Entender o sector privado na saúde passa por:

perceber a sua dinâmica,

entender a sua constante mutação,

compreender a sua diversidade,

conhecer os diferentes actores nele intervêm.

Mas a nossa perspectiva deste sector, também exigirá que tenhamos uma visão abrangente e multifacetada, que se deverá adaptar a cada momento e que se rege pelas leis laborais do sector privado (Código do Trabalho) com tudo o que mais de nefasto e penalizador tem para os direitos dos trabalhadores.

Por outro lado, este também pode vir a ser o momento decisivo de envolvimento dos trabalhadores enfermeiros nos problemas que os afectam, não só na sua contratação, como no seu desenvolvimento profissional. ***Os Contratos ou Acordos que se estabelecem com as entidades empregadoras, só se aplicam aos sócios vinculados ao Sindicato.***

Efectivamente cabe ao grande sector financeiro o maior protagonismo:

Caixa Geral de Depósitos - através dos Hospitais Privados de Portugal (HPP);

Grupo Mello do Millenium – BCP – através da José de Mello Saúde (JMS), com os Hospitais CUF e Amadora Sintra;

Grupo Espírito Santo – através da Espírito Santo Saúde (ESS), com construção de Hospital, aquisição de Hospitais antigos, compra da Hospor;

Grupo Banco Português de Negócios – através do Grupo Português de Saúde (GPS/BPN), com pequenas unidades em Lisboa, Hospital de St^a Maria (Porto), Hospital na Maia;

Grupo BPI - parceria com o Hospital da Cruz Vermelha;

Contudo o sector privado na Saúde não se esgota nem nestas entidades nem nos pequenos empresários da saúde.

O **Sector Social da prestação de cuidados**, onde se englobam mais de 7000 Instituições Particulares de Solidariedade Social e as Misericórdias Portuguesas, e onde não está englobada a Stª Casa da Misericórdia de Lisboa com 3 pólos de actuação na área de Lisboa e a Stª Casa da Misericórdia do Porto, possuidora do Hospital da Prelada, assumem um papel emergente e dominante na área dos cuidados continuados ou mesmo no da continuação de cuidados.

Aliás, de acordo com os dados da Direcção Geral de Saúde de 2003, a vitalidade do sector não lucrativo, no período de 1990 a 2003, foi o único a aumentar a sua área de actuação e a crescer em número de Hospitais em laboração. A sua vitalidade é bem transparente.

Globalmente, podemos afirmar que assistimos a uma certa verticalização do Sector Privado da Saúde e à assunção de responsabilidades crescentes na oferta de cuidados. Quer através da gestão de Hospitais e Serviços Hospitalares públicos quer através de estruturas próprias. Daqui decorrem inevitáveis implicações para o Sistema de Saúde Português, para os custos globais do Sistema, para os cuidados de saúde às populações, para as condições de trabalho dos enfermeiros e para a intervenção sindical.

RESOLUÇÃO POLITICO SINDICAL

Para intervenção nas políticas de saúde, o 3º Congresso do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, aprova as seguintes linhas de orientação político -sindical:

1 – Participar na discussão promovida pela CGTP e intervir activamente nas matérias europeias e nacionais que integrem questões de Saúde, designadamente:

Combater a proposta de Directiva de Bolkestein face à perspectiva liberalizadora dos Serviços;

No âmbito do debate sobre o Tratado Europeu que visa instituir uma Constituição Europeia, contribuir para a compreensão da perspectiva liberalizadora que enquadra, nomeadamente no que respeita à Saúde;

Combater a Proposta de Relatório do Conselho Económico e Social Português que visa integrar a Saúde nos Serviços de Interesse Económico Geral.

2 - Reafirmar a importância da defesa, do desenvolvimento e aperfeiçoamento do Serviço Nacional de Saúde, como meio mais adequado à concretização da garantia de acesso universal à generalidade dos cuidados de saúde, tendencialmente gratuitos, nos termos constitucionalmente expressos.

3 – Defender o actual modelo de financiamento do SNS, através dos impostos, combatendo perspectivas de introdução de mecanismos de co-pagamento directo dos cuidados pelos utentes e exigindo políticas globais que promovam o crescimento económico e o combate à fraude e evasão fiscal.

4 – Exigir a criação de Sistema Locais de Saúde (SLS) enquanto dispositivos de articulação e integração da prestação de cuidados e da gestão de recursos, integrando todos os recursos públicos locais de uma determinada área geodemográfica, mantendo cada instituição a sua autonomia administrativo-financeira.

5 – Sobre os Cuidados de Saúde Primários:

5.1 – Ao nível da gestão dos Centros de Saúde (CS), exigir:

Que os CS e Unidades mantenham uma gestão pública;

Que a gestão destas entidades seja desenvolvida por órgãos colegiais;

Que as Direcções destas entidades tenham uma composição variável de acordo com vários critérios mas integre, sempre, enfermeiros;

Que os enfermeiros que integrem a Direcção sejam detentores de categoria mais elevada, mesmo durante a fase transitória de reconfiguração;

Que sejam feitas experiências piloto no sentido da Direcção integrar representantes do poder local e/ou dos utentes;

Que seja perspectivada a existência de órgãos consultivos que integrem representantes, designadamente, do poder local, dos utentes, dos Bombeiros e do Sector Social;

5.2 – Ao nível da organização dos Enfermeiros, exigir:

Os instrumentos formais e meios para a implementação e desenvolvimento de Unidades de Cuidados de Enfermagem (UCEs), coordenada por uma Enfermeira Chefe;

A criação do perfil de “Enfermeiro de Família”;

Que os “Enfermeiros de Família” sejam responsáveis pelos indivíduos e famílias de uma determinada área geográfica, prestando cuidados personalizados e globais, ao longo do ciclo vital (desde o nascimento até à morte), nos diferentes contextos (domicílio, escolas, locais de trabalho, etc.), aos diferentes níveis (promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e paleação) e intervenham nos diferentes interfaces sectoriais;

Que o “Enfermeiro de Família”, de acordo com a OMS, seja o enfermeiro de referência de 300/400 famílias;

Que sejam estudados indicadores que poderão determinar rácios diferenciados em função das necessidades em saúde dos indivíduos e famílias;

Que o conjunto de famílias adstritas ao seu “Enfermeiro de Família” incorpore o maior número possível de utentes inscritos na lista de um determinado médico;

5.3 - Acompanhar a implementação de USFs e denunciar todos os problemas que surjam nos Centros de Saúde ao nível do processo de constituição das USFs, carência de recursos e prestação de cuidados às populações;

5. 4 - Acompanhar a reconfiguração dos Centros de Saúde no sentido de dotá-los de autonomia administrativo-financeira, salvaguardando os interesses das populações e dos enfermeiros;

5.5 – Exigir o apetrechamento dos Centros de Saúde com os meios e recursos necessários e indispensáveis (Profissionais de Saúde, meios de transporte e de comunicação, sistemas de informação, etc.) à prossecução da sua Missão;

5.6 – Exigir a criação de Unidades Básicas de Urgências (UBUs), localizadas em determinadas áreas geodemográficas e apetrechadas com meios e recursos para as respostas básicas em situações de urgência;

6 – Exigir a instalação de um Centro Telefónico Nacional (CTN) do SNS de gestão pública, ao qual poderão recorrer todos os cidadãos durante as 24 horas, combatendo a perspectiva de concessão da sua gestão a um operador privado. O atendimento deverá ser feito por Profissionais de Saúde que, mediante a avaliação de sinais e sintomas expressos, garantem a primeira orientação clínica e encaminhamento dos cidadãos (resposta no momento, consulta no Centro de Saúde, encaminhamento para um Serviço de Urgência, etc.);

7 – Exigir a criação de Redes de Referência de Urgência Hospitalar. Hierarquização das Urgências em Polivalentes, Médico-Cirúrgicas e UBUs e reorganizá-las de forma a efectivar respostas mais ajustadas às situações clínicas dos utentes;

8 – Exigir a sistematização e organização de um Sistema de Transporte Rápido (INEM em articulação com Serviço de Bombeiros) para, em caso de necessidade, deslocar os cidadãos a um Serviço com os recursos adequados às necessárias respostas em cuidados de saúde;

9 – Ao nível da Saúde Materna, o SEP exige:

9.1 – O reforço dos recursos materiais e humanos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a garantir total cobertura e adequada vigilância da Gravidez, preparação para o Parto e vigilância perinatal das mães e recém-nascidos;

9.2 - A manutenção ou encerramento de Salas de Parto de hospitais públicos deve processar-se após o supracitado nos pontos 8 e 9.1 e deve pautar-se pela defesa da qualidade e segurança do Parto e cuidados imediatos, quer à Criança quer à Parturiente.

10 - Ao nível da Saúde Mental e Psiquiatria, o SEP:

10.1 – Exige o reforço dos recursos materiais e humanos ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a garantir uma eficaz prevenção, acompanhamento, tratamento, reabilitação e reinserção dos utentes;

10.2 – Exige o desenvolvimento de uma Rede Comunitária de Suporte a estes doentes e a possível desinstitucionalização de alguns dos actuais doentes psiquiátricos;

10.3 - O SEP combaterá o encerramento de qualquer Hospital Psiquiátrico actual, sem estarem criadas as citadas condições ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e a referida Rede Comunitária de Suporte e de uma adequada gestão clínica e social de todos os doentes.

11 – Ao nível dos Cuidados Continuados:

11.1 – Denunciar o pagamento directo pelos Cuidados de Saúde

11.2 – Combater a concessão da gestão de instituições públicas ao sector privado e social

11.3 – Acompanhar a implementação da Rede e exigir condições de trabalho para os enfermeiros (rácios, horários, etc.)

12 - Exigir a participação de enfermeiros a todos os níveis de gestão e administração dos serviços de saúde.

13 - Reivindicar a criação de um organismo de investigação em saúde no âmbito do Ministério da Saúde, e, considerando a investigação em enfermagem como um instrumento para a excelência da prática dos cuidados, exigir a efectiva participação de enfermeiros.

3^o CONGRESSO

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES



CONDIÇÕES
DE
TRABALHO

COIMBRA, 7 E 8 DE ABRIL DE 2006

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. CARREIRA DE ENFERMAGEM/INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

1.1. O MODELO CONSENSUALIZADO

1.2. NOVOS DESAFIOS

2. EMPREGO

3. DURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

4. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

RESOLUÇÃO POLITICA-SINDICAL

INTRODUÇÃO

No 1º e 2º Congressos do SEP, relativamente às Condições de Trabalho dos enfermeiros, foram aprovadas resoluções que nortearam a nossa intervenção nos últimos 6 anos.

O 3º Congresso concretiza-se no ano em que se cumprem 10 anos sobre a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, factor determinante para o desenvolvimento da profissão.

Salienta-se o REPE por ser um dos documentos legais que consagra a profissão como de especial risco e determina ser a entidade empregadora a responsável pelo especial risco a que os enfermeiros estão sujeitos, relacionando melhores condições de trabalho com prestações de cuidados com qualidade e em segurança (artº 11º, Dos Direitos, ponto 8 - Usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia profissional.)

Importa ainda salientar que nestes anos que medeiam entre o 2º e o 3º Congresso muitas alterações aconteceram e muitos foram os ataques aos direitos dos trabalhadores, incluindo os enfermeiros. Em concreto, temos vindo a assistir nestes últimos três anos a uma tentativa sistemática de desvalorização da função profissional dos enfermeiros e do seu papel social.

1. CARREIRA DE ENFERMAGEM/INSTRUMENTO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

A existência de uma Carreira/Instrumento de Desenvolvimento Profissional é para os trabalhadores e, também para os enfermeiros, uma salvaguarda e uma forma de gestão das expectativas, sejam elas individuais ou colectivas.

A alteração do nível de formação dos enfermeiros e, posteriormente, as novas relações jurídicas de emprego decorrentes da alteração da política de saúde e de novos contextos organizacionais colocaram-nos perante um desafio que consistiu na necessidade de negociar uma Carreira que desse resposta a essas duas situações e no momento em que nos fosse mais favorável fazê-lo.

O SEP cedo desenvolveu a necessária discussão com os enfermeiros e concretizou uma proposta de alteração da carreira de enfermagem do sector público, em forma de caderno reivindicativo, que entregou no Ministério da Saúde em Abril de 2005.

Este documento enquadra-se na preparação do 3º Congresso do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses e tem como objectivo desencadear uma reflexão sobre as questões que se poderão levantar ao modelo de Carreira já consensualizado entre os enfermeiros e o que conhecemos dos objectivos expressos pelo actual Governo sobre a revisão das carreiras da Administração Pública e a alteração do Sistema Retributivo em vigor.

1.1 - O MODELO CONSENSUALIZADO

O modelo de Carreira consensualizado em 2004, assentou em 3 grandes pilares:

Formação dos Enfermeiros

- um só nível de formação de enfermeiros, ao nível da Licenciatura, para o exercício da profissão.
- desenvolvimento conjunto de profissões emergentes na área da saúde, cuja formação, competências, perfil, funções e enquadramento laboral, não está regulado.
- Necessidade de formação de mais enfermeiros face à grave carência, reconhecida por todas as instâncias políticas.
- Os Cursos de Especialização Pós-Licenciatura estão regulamentados e foi aberta a discussão, através da Ordem dos Enfermeiros, sobre a individualização das especialidades e o reconhecimento de competências para efeitos de atribuição do título de Enfermeiro Especialista.

Política de Saúde e Novos Contextos Organizacionais

- a introdução do Contrato Individual de Trabalho na Administração Pública;
- a introdução de modelos de gestão empresarial determinando o controle da linha de comando de toda a estrutura de gestão (até à gestão operacional) através da nomeação dos responsáveis mediante processos de escolha e onde avulta como critério a exclusiva confiança do CA;
- a enorme pressão das organizações para redução de despesas inerente às decisões sob o primado económico-financeiro (dificultar o desenvolvimento profissional/salarial – não abertura de concursos);
- a perspectiva de diferenciar o mérito profissional associando-o ao sistema de recompensas.

Um Modelo de Desenvolvimento Profissional Assente no Paradigma do Desenvolvimento de Competências

A expressão “competência” tem sido utilizada para substituir a de qualificação. Inscreve-se numa matriz conceptual bastante abrangente sendo utilizada com bastante frequência para designar competência profissional, capacidades, conhecimentos, aptidões e como equivalente a saber - fazer.

A enfermagem actual envolve um conjunto enormíssimo de saberes. Grande parte desses saberes é oriundo de outras ciências que têm o homem como objecto de atenção. Mas, de acordo com o seu património e percurso histórico, a enfermagem detém um vasto conjunto de saberes centenários cuja natureza assenta na experiência do cuidar.

Com a reflexão dessa experiência contextualizada e fundamentada teoricamente, as competências transformam-se e reconfiguram os saberes e, estas mudanças, determinam melhores actuações dos enfermeiros.

Ou seja, o novo modelo de desenvolvimento profissional assente no paradigma das competências significa que a consagração individual das expectativas de desenvolvimento profissional deve potenciar a aquisição e desenvolvimento de competências. É neste quadro que este novo modelo de desenvolvimento profissional deve potenciar a melhoria das práticas profissionais e o desenvolvimento da profissão.

1.2 NOVOS DESAFIOS

Podemos afirmar que estes foram os três pilares em que assentou a nossa reflexão e discussão relativamente ao modelo de Carreira/Instrumento de Desenvolvimento Profissional.

Contudo, no último ano, o desenvolvimento e aprofundamento de políticas para o sector público e concretamente para o sector da saúde, que alteraram substancialmente as relações e as condições de trabalho dos trabalhadores da Administração Pública devem levar-nos a reflectir sobre a proposta que construímos nas suas duas vertentes: desenvolvimento profissional e desenvolvimento salarial.

Assim, salientamos:

- proposta de Acordo Colectivo de Trabalho para a saúde com modelo de carreira assente numa perspectiva de emprego, com um salário por função e um modelo retributivo diferente ainda que associando a remuneração a uma mudança de categoria;
- relativamente à proposta de Carreira já entregue pelo SEP, a sua construção está feita na base de um Sistema Retributivo (índices e escalões) que o Governo já deu indícios de pretender alterar.
- a intenção por parte do Governo de rever todas as Carreiras da Administração Pública sendo que foi nomeado uma Comissão para fazer uma avaliação do actual sistema com a obrigatoriedade de apresentar propostas legislativas até Abril de 2006;
- o congelamento das progressões nas carreiras da Administração Pública foi a primeira medida deste Governo como forma de diminuir os custos da despesa pública;
- não aplicação do aumento salarial às horas de qualidade, horas extraordinárias e Regime de horário Acrescido
- aumento do tempo para a aposentação e alteração das formas de cálculo;
- proliferação dos contratos individuais de trabalho com remunerações base diferenciadas, com pressupostos de remunerações flutuantes diferentes e com consagração de direitos diferentes (62/79 e/ou código de trabalho)

Quanto à proposta de ACT apresentada pela Unidade de Missão para os então hospitais SA e no que diz respeito:

Ao Modelo de desenvolvimento Profissional

O ACT propunha um nível de desenvolvimento dos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados e na gestão.

O desenvolvimento na prestação de cuidados estava associado à avaliação do desempenho e ao Comité de Apreciação de Carreira previsto em regulamento interno, ou seja, perspectivava-se um modelo de desenvolvimento profissional assente na arbitrariedade, nomeadamente no que diz respeito à “colocação em lugares de categoria profissional mais adequada ao nível de conhecimentos”, no caso de uma contratação externa e a situação aplicava-se da mesma forma, no caso de uma possível mudança da área da prestação de cuidados para a área da gestão.

Introduzia, ao nível do ingresso, a figura do estagiário sem termo e, praticamente, sem conteúdos funcionais e espaço para a tomada de decisão dificultando a aquisição e mobilização de competências, ou seja, a proposta era a desregulamentação das normas nacionais relativamente à Carreira de Enfermagem e REPE.

Ao Modelo de desenvolvimento salarial

- existência de uma remuneração considerada mínima e fixa, estabelecida por função;
- os acréscimos salariais eram atribuídos de forma discricionária por instituição e por serviço

Ou seja, perspectivava-se um modelo de desenvolvimento salarial associado à produtividade dos serviços e com remunerações acessórias.

Não havendo nenhum elemento que leve a pressupor a necessidade de alterar a nossa proposta de modelo de desenvolvimento profissional, isto é:

- uma carreira assente em três áreas de exercício profissional (área da prestação de cuidados, área da gestão e área da assessoria);
- para o desenvolvimento na carreira seja considerada a avaliação de desempenho, o tempo de exercício e a aquisição de competências;
- seja possível a qualquer enfermeiro atingir o topo da carreira.
- que o desenvolvimento salarial dos enfermeiros seja igual ao de outros com igual qualificação e habilitação (que hoje se faz ao nível da Carreira Técnica da Administração Pública).

Relativamente ao modelo de sistema retributivo que hoje temos, cuja implementação remonta a 1989, perspectiva-se que venha a ser alterado. Neste contexto, devemos definir alguns princípios que balizem a nossa intervenção:

- desenvolvimento salarial deve estar interligado com o tempo de exercício e com a avaliação do desempenho;
- o desenvolvimento salarial deve ter sempre repercussões na remuneração base e não em suplementos ou incentivos;
- a atribuição da menção qualitativa na avaliação de desempenho não pode estar condicionada ao sistema de quotas;

2 EMPREGO

O caminho percorrido nos últimos anos, no que concerne à reivindicação de formação de mais enfermeiros resultou no reconhecimento da carência e na efectiva formação de mais enfermeiros.

- De acordo com a OMS, os países deveriam assentar as suas políticas de saúde com o objectivo de melhorar a acessibilidade e a eficiência num modelo de organização tendo por base o Enfermeiro de Família. Recomenda um enfermeiro para 300 famílias.
- Segundo o relatório do IGIF relativamente à Classificação de Doentes faltam 21080 nos hospitais.
- Se aplicássemos a orientação de 1 enf/300 famílias faltariam cerca de 12000 enfermeiros nos centros de saúde,
- A aplicação da recente Circular nº2/2006 com as fórmulas de Cálculo de Pessoal, apesar de algumas “imprecisões” e onde já foram feitas simulações permitem perceber que a maior parte dos serviços estão a funcionar com um número de enfermeiros abaixo do necessário.
- “O país apresenta, ainda, no contexto comunitário, um dos mais baixo número de enfermeiros por habitante...” (Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração, Relatório Preliminar elaborado pelos Ministérios da Saúde e do trabalho e Solidariedade Social e enviado ao Comité de Protecção Social da Comissão da União Europeia-2005).
- Estão em formação e irão sair nos próximos 4 anos cerca de 16000 novos enfermeiros, das escolas públicas e privadas.

Sendo que a carência se mantém e as necessidades em cuidados de saúde por parte das populações aumentaram, mantendo-se esta tendência para o futuro, é incompreensível que a problemática do recrutamento dos enfermeiros, de forma célere, estável e com direitos subsista ao longo de quase duas décadas.

A decisão de utilizar exclusivamente a figura do Contrato Individual de Trabalho como forma de admissão nas instituições do SNS teve como justificação a introdução de mecanismos de maior celeridade e estabilidade na contratação.

Constata-se no entanto que :

- Aumentam as dificuldades na admissão de enfermeiros necessários ao regular funcionamento dos serviços.
- as admissões, exclusivamente por CIT são na maior parte dos casos a termo resolutivo.
- as condições de trabalho no âmbito destes contratos agravaram-se nomeadamente no que diz respeito à duração, organização do trabalho e remuneração.
- maior dificuldade em arranjar emprego.
- aparecimento de empresas de subcontratação de enfermeiros muitas vezes suportadas por profissionais em regime de tarefa.
- manutenção de recibos verdes

Isto tem provocado a manutenção de um reduzido número de enfermeiros por turno e por serviço hospitalar ou centro de saúde, que:

- Dificulta a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e em tempo útil;
- Desumaniza a prestação de cuidados de enfermagem
- Potencia a não prestação de cuidados domiciliários, de cuidados continuados e de programas de prevenção nos Centros de Saúde;
- Dificulta o gozo de direitos.

O desenvolvimento destas medidas levam-nos a pensar que, tendencialmente, o recrutamento de enfermeiros far-se-á a nível institucional e local, mais de acordo com disponibilidades financeiras do que com as necessidades identificadas. A ser assim, a intervenção sindical será obrigatoriamente a nível local e regional razão pela qual o reforço da organização de base do SEP deve constituir uma prioridade.

Devemos ter em conta que qualquer tipo de contrato deve traduzir-se numa forma estável de vínculo e que os enfermeiros nos vários locais de trabalho tenham condições de trabalho e direitos equiparados porque a instabilidade decorrente do Vínculo Precário e de incerteza, tem gerado:

- Instabilidade nas equipas dos serviços, que dificulta a boa gestão, organização e prestação dos cuidados aos utentes.
- Ausência da necessária segurança que promova os processos de socialização na instituição e nos serviços, fundamental para uma boa prestação de cuidados.
- Aumento de encargos financeiros.
- Aumento dos níveis de cansaço, ansiedade e stress dos Enfermeiros dos quadros.

3 DURAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Esta é a área onde mais se utiliza o Código do Trabalho para se atingir a quase completa desregulação seja no sector público ou privado. No decurso das negociações do ACT estas são as matérias onde subsistem maiores dificuldades de entendimento devido à forte determinação dos representantes dos Hospitais em alterarem profundamente as regras que hoje existem, nomeadamente através de:

- aumento da duração do horário de trabalho para 40 horas semanais,
- diminuição das horas consideradas de trabalho nocturno,
- diminuição do valor da remuneração atribuída ao trabalho em período nocturno,
- introdução de regras de adaptabilidade que se podem traduzir num período de trabalho/diário e semanal prolongado sem que seja reconhecido como trabalho extraordinário. Podemos afirmar que esta é talvez o elemento que mais inverte o princípio da adaptação do trabalho ao Homem conforme está consagrado pela OIT e na Constituição da República Portuguesa.

Recentemente, em Fevereiro de 2006, com a criação das Unidades de Saúde Familiar nos Centros de Saúde, o regime de horário acrescido que é um regime de excepção e que agrava as condições

de trabalho, passou a ser utilizado como incentivo aos enfermeiros para aderirem a esta nova estrutura organizacional.

Todas estas medidas diminuem, efectivamente, o valor do trabalho. Assim torna-se premente:

- Garantir o princípio da adaptação do trabalho ao Homem
- Garantir os direitos anteriormente conquistados (horário semanal de 35 horas, um descanso complementar e um descanso semanal, pausas durante a jornada diária de trabalho).

4 CONDIÇÕES DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE NO TRABALHO

Timidamente temos vindo a desenvolver algum trabalho nesta área mais por estímulo externo do que por organização e determinação interna.

Estamos longe dos objectivos que nos propusemos atingir no último Congresso. A estratégia definida na altura parece no entanto ser a adequada e hoje, face aos novos contextos organizacionais, deve ser assumida pelo Congresso como uma área de intervenção prioritária e como tal implementada.

Assim relembramos alguns dos objectivos anteriormente traçados:

- Reorganizar o funcionamento do Sindicato através da criação de uma área de responsabilidade específica direccionada para a problemática da Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho com tradução a todos os níveis da estrutura.
- Desenvolver um plano de formação sobre HS&ST que permita aos dirigentes e delegados sindicais intervirem de uma forma sustentada, em cada local de trabalho.
- Promover a eleição de Representantes dos Trabalhadores nas várias instituições e empresas.

RESOLUÇÃO POLITICA-SINDICAL

Face aos condicionalismos da actual política governamental no que diz respeito às reformas da Administração Pública já anunciadas, o SEP deve manter-se na defesa dos princípios que sempre defendeu e que tem consensualizados com os enfermeiros.

Assim, devemos:

- defender os princípios inscritos no Caderno Reivindicativo já entregue no Ministério da Saúde, para negociação da Carreira de Enfermagem do sector público.
- Discutir princípios que balizem a eventual alteração do sistema retributivo, servindo esta intervenção como forma de mobilização dos enfermeiros.
- Manter os mesmos princípios que nortearam a proposta da carreira do sector público, na negociação da carreira do ACT para os hospitais EPE's.

- Continuar a exigência de admissão de mais enfermeiros, de forma a garantir a prestação de cuidados em segurança e qualidade e que permita o gozo dos direitos consagrados.
- Defender a dotação dos serviços, como forma de promover cuidados de qualidade aos utentes, exigindo do governo a aplicação das orientações emanadas por diversos organismos nacionais e internacionais.
- Defender o emprego público para funções de carácter permanente nas instituições pertencentes ao SNS e a abertura de Concursos Internos para a integração dos Enfermeiros em CAP, nos quadros.
- Defender a alteração das actuais condições de aposentação no âmbito da negociação da carreira, devolvendo à profissão de enfermagem o reconhecimento de penosidade e risco já conseguido há mais de uma década.
- Defender os direitos conquistados no que diz respeito a regimes de trabalho, descansos complementar e semanal, pausas durante a jornada de trabalho, sendo fundamental a defesa do horário de 35 horas como reconhecimento do desgaste e penosidade da profissão.
- Intervir junto das instituições no sentido de terminarem os Contratos com Empresas de subcontratação de enfermeiros.
- Reorganizar estrutura do sindicato para dar resposta específica na área de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho.