

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DA REGIÃO AUTÓNOMA
DOS AÇORES



COMISSÃO PERMANENTE DE ASSUNTOS SOCIAIS

RELATÓRIO E PARECER

Projeto de Resolução n.º 83/XII

**“Revisão do regime da prestação do trabalho médico extraordinário nos
serviços de urgência e de atendimento permanente das Unidades de
Saúde de Ilha com serviço de urgência”**

1 DE MARÇO DE 2022



INTRODUÇÃO

A Comissão Permanente de Assuntos Sociais procedeu à apreciação, relato e emissão de parecer, na sequência do solicitado por Sua Excelência o Presidente da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, sobre o **Projeto de Resolução n.º 83/XII – “Revisão do regime da prestação do trabalho médico extraordinário nos serviços de urgência e de atendimento permanente das Unidades de Saúde de Ilha com serviço de urgência”**.

ENQUADRAMENTO JURÍDICO

A apresentação do presente Projeto de Resolução, emanado pela Representação Parlamentar do PAN/Açores, decorre da faculdade legal atribuída aos Deputados, nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 31.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores (Lei n.º 39/80, de 5 de agosto, alterada pelas Leis n.ºs 9/87, de 26 de março, 61/98, de 27 de agosto, e 2/2009, de 12 de janeiro), em conjugação com o disposto no artigo 114.º do Regimento da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores (Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 15/2003/A, de 26 de novembro, alterada pela Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 3/2009/A, de 14 de janeiro).

O Projeto de Resolução em análise cumpre todos os requisitos exigidos pelo artigo 119.º do Regimento da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, o qual é aplicável por remissão do artigo 145.º do mesmo diploma.

Assim, nos termos do disposto na alínea a) do artigo 42.º do Regimento, compete à respetiva comissão especializada permanente apreciar e elaborar o correspondente relatório sobre a presente iniciativa.

Considerando a matéria da presente iniciativa, constata-se que a competência para emitir parecer é da Comissão de Assuntos Sociais, nos termos da Resolução da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 1/2021/A, de 6 de janeiro,



alterada pelas Resoluções da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores n.º 49/2021/A, de 11 de agosto, e n.º 52/2021/A, de 25 de outubro, que aprova as competências das comissões especializadas permanentes.

APRECIAÇÃO NA GENERALIDADE E ESPECIALIDADE

O proponente, em sede de exposição de motivos, refere que “Portugal e muitos países europeus debatem-se com crises sanitárias que, quer durante a pandemia, quer posteriormente, em pleno tempo de recuperação, vieram pôr de manifesto a incapacidade de resposta do sector público e também, inclusivamente, do privado. A desorçamentação, a falta de estratégia e planeamento, o deficit de pessoal e o envelhecimento de classes profissionais estão possivelmente entre as causas fundamentais dessa crise nos serviços nacionais de saúde (SNS).

A Região Autónoma dos Açores (RAA) não foge a esta regra, agravada pelas condições geográficas em que se insere. Urge, pois, com celeridade, investir nas infraestruturas e no parque tecnológico, na fixação de profissionais e apelar a mais um esforço suplementar, se é que tal ainda é possível, do pessoal no ativo para que, até à melhoria desta situação, continue a dar a melhor resposta possível à nossa comunidade em cuidados de saúde.

E ainda que as condições económicas e financeiras do Estado sejam desde há muito periclitantes, a ajuda europeia e as escolhas políticas devem centrar-se na melhoria deste panorama a médio prazo. A prioridade e conseqüentes opções políticas orçamentais só podem ser, pois, no sentido privilegiar a saúde da nossa população. É o que se exige a quem nos governa.

Os médicos fazem parte de uma carreira especial da administração pública.

Segundo a cláusula 34ª do ACT médico, publicado no Diário da República n.º 237/2012 7 de Dezembro, o período normal de trabalho médico é de oito horas diárias e quarenta horas semanais, organizadas de segunda a sexta-feira, sendo o trabalho em serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados



intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde organizado de segunda-feira a domingo.

Segundo a sua cláusula 42^a, para os trabalhadores médicos integrados em serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde considera-se período de trabalho noturno o compreendido entre as vinte horas e as oito horas do dia seguinte.

Relativamente ao trabalho extraordinário, aquele que é feito para além do normal horário de trabalho, na cláusula 43^a pode ler-se que o trabalhador médico é obrigado a realizar a prestação de trabalho extraordinário, salvo quando, havendo motivos atendíveis e inadiáveis, expressamente solicite e obtenha a sua dispensa pelo tempo indispensável, sendo o limite anual da duração de trabalho extraordinário de duzentas horas.

Nas instituições de saúde, habitualmente, o trabalho extraordinário, de acordo com o DL 62/79 de 30 de Março, é efetuado em regime presencial ou em regime de prevenção, sendo este último remunerado a 50% do valor anterior.

Os médicos acima dos 55 anos estão dispensados de realizar serviço de urgência e os que ultrapassem os 50 anos de idade de fazer trabalho noturno.

Por último, a legislação impede que os médicos prestem serviços, a título individual ou por empresa, nas mesmas instituições com as quais possuam uma relação jurídica de emprego.

A sustentação do nosso SRS sempre passou e passa, infelizmente, mas inevitavelmente, pelo recurso ao trabalho extraordinário, situação agravada pela falta de profissionais.

Genericamente, o trabalho extraordinário deve constituir apenas um regime de recurso, para situações excepcionais e imprevisíveis, justificável quando tal seja imprescindível para o normal funcionamento de uma organização e não pode ser um *modus operandi* sistemático para evitar a contratação de pessoal.



No caso concreto dos médicos acaba por ocorrer de uma forma previsível e regular, habitualmente ao nível do serviço de urgência, quer por escassez involuntária de profissionais, quer por escassez deliberada desses mesmos profissionais, neste caso, entenda-se, possivelmente pelo facto de não ser eficiente uma dotação excessiva de clínicos em determinados serviços e em determinadas instituições de saúde, exclusivamente para completar escalas dos serviços de urgência.

Na verdade, se a ratio de uma determinada especialidade para uma determinada população for tecnicamente de 4 ou 5 elementos facilmente se entenderá que, ou se admitem 8 médicos, 4 ou 3 a mais do preconizado, o que é um número excessivo para desenvolver a atividade existente, mas que permite a cobertura dos dias de urgência em horário normal, ou se admitem somente os 4 ou 5 previstos e suficientes, mas então haverá necessidade de recurso ao trabalho suplementar para cobrir integralmente todos os 7 dias da semana.

A RAA é o paradigma desta crua realidade e haveria inúmeros exemplos a dar: seriam precisos 8 médicos na USI do Corvo, com cerca de 400 habitantes e para uma ratio recomendada de médico por habitante de 1 para 1.500, para evitar o trabalho extraordinário, tal como, sabendo que deve existir uma urgência psiquiátrica para 250.000 habitantes, deveria haver 8 psiquiatras no Hospital do Santo Espírito para apenas cerca de 60.000 habitantes de modo a possibilitar essa mesma cobertura integral, ou seriam necessários 8 gastroenterologistas no Hospital da Horta para este mesmo efeito, cobrindo uma população de apenas 35.000 habitantes, quando a ratio prevista nesta especialidade é de 1 para 30.000, etc.

Nestes múltiplos cenários, numa região arquipelágica de 240.00 habitantes, com três hospitais e várias USI com urgências básicas, a ineficiência e os custos para o erário público em salários seriam inclusivamente superiores aos despendidos em horas extraordinárias e os próprios médicos deixariam de exercer a medicina de forma regular e eficaz, com consequências futuras no seu curriculum e desempenho técnico.

Isto constituiu sempre um problema de difícil solução, em geral, e é por isso que cada vez mais se advoga a existência de um staff próprio nos serviços de urgência, com formação especializada na área, com escalas organizadas de segunda a domingos e



feriados, libertando, assim, o pessoal dos outros serviços para as atividades programadas, onde já cumprem praticamente todo o seu horário normal, de forma a reduzir ao mínimo o trabalho suplementar.

Apesar do horário médico normal ser cumprido apenas nos dias úteis, das 8h às 20h, como acima se mencionou, existem exceções, designadamente nos serviços de urgência, onde as escalas podem ser organizadas de segunda a domingo e feriados para as 24h. Neste caso, os médicos, que teriam que ser igualmente em número suficiente, cumprindo as horas semanais nesses períodos não auferiam horas extraordinárias em dias úteis nem durante os fins-de-semana e feriados, apenas suplementos pelas horas incómodas, mas, como contrapartida, a priori, não exerceriam mais tempo que o do seu horário habitual.

A realidade é que os médicos têm acedido realizar trabalho extraordinário, voluntariamente, por motivos éticos e deontológicos e também porque, devido aos seus baixos salários, sempre encontraram nesse trabalho extraordinário alguma forma de compensação, sobretudo quando não optam pela simultânea atividade privada. No entanto, a melhoria remuneratória da atividade privada, outrora os cortes nos cálculos das horas extraordinárias, o baixo valor hora aliado à não progressão nas carreiras e as más condições laborais levaram cada vez mais profissionais a efetuar estritamente o trabalho suplementar previsto na legislação, as 200 h anuais.

Aliás, mais que nunca nos dias de hoje, se fosse adoptado o cumprimento de horários normais durante as noites e fins-de-semana, em função das urgências, sem recurso ao trabalho extraordinário, haveria certamente uma disrupção grave nos serviços e nas suas atividades de rotina.

A situação atual é, pois, altamente preocupante, pois é uma classe envelhecida, os concursos públicos ficam desertos, os médicos abandonam o SNS e já muitos dos que se mantêm recusam prolongar os horários de trabalho no serviço de urgência, seja por idade, seja pelo limite legal atrás enunciado.

Portanto, se é certo que o trabalho extraordinário nunca deve prevalecer sobre a contratação de profissionais e não deve ultrapassar involuntariamente o limite



plasmado na legislação, então, a ser de facto mesmo necessário e continuado, pelo menos acima daquele limite, pode e deve ter outra forma majorada na remuneração, como forma de recompensar o esforço acrescido a que os profissionais estão sujeitos.

Entretanto, convém realçar que esta escassez de pessoal no SNS abriu as portas aos prestadores médicos, a título individual ou através de empresas, médicos que ou não concorrem para as vagas existentes no SNS ou simplesmente as abandonam, criando um autêntico ciclo vicioso no sistema.

De facto, durante a última década vem-se assistindo a uma desnatação preocupante do SNS, tal como já alvitado, como consequência dos baixos salários médicos, congelamentos remuneratórios e estagnação das carreiras, más condições físicas e tecnológicas das instituições, excessiva carga de trabalho à medida que outros profissionais abandonam os serviços, inexistência de incentivos à fixação médica em determinadas áreas geográficas e à maior proliferação de unidades privadas no perímetro do Sistema Nacional de Saúde, mais atrativas em termos pecuniários e não pecuniários.

Por todos estes motivos os serviços ficaram cada vez mais dependentes desses prestadores, nem sempre com a qualidade desejável, com os riscos inerentes à irregularidade e rotatividade dessa prestação, que supostamente auferem um maior valor hora, por vezes inflacionado mas de acordo com as leis do mercado, apesar da tentativa governamental em estabelecer um limite remuneratório.

Estes prestadores têm outra liberdade, podem escolher os locais, horários e períodos mensais de trabalho, não estão fixos numa única instituição e, como tal, preferem este regime mesmo que sem uma proteção social mais robusta, como a proporcionada no serviço público. Até em alguns destes aspetos o sector público não teve a devida flexibilidade concorrencial.

Na RAA, que tem sido muito afetada pela sua realidade insular e ultraperiférica, está prevista uma nova legislação com vista a melhorar as condições de fixação de especialistas. Não podendo os hospitais e USI depender exclusivamente de prestadores, que nem sequer sempre estão disponíveis, é necessário aliciar os médicos residentes,



sobretudo os mais jovens, a realizar trabalho suplementar, note-se bem, na medida do possível, de forma totalmente voluntária, salvaguardando sempre o direito às folgas e descansos compensatórios e, sobretudo, com uma recompensa justa.

Calcular uma recompensa justa pelo trabalho extraordinário não é fácil, por múltiplas nuances, entre elas o referencial do valor variável recebido pelos prestadores. A este propósito, desde logo há uma desmistificação que é necessário efetuar: o prestador está longe de acarretar para as instituições, numa grande parte dos casos, um valor bruto muito superior ao do médico do mapa de pessoal, como habitualmente é suposto, para além de não ter direito a subsídios de férias e Natal, férias, folgas, descansos compensatórios, licenças, apoio na formação ou na doença. E, como uma grande parte faz trabalho pontual ou através de empresas, a instituição não contribui para a sua segurança social, como compete à entidade empregadora (23,75% sobre o valor total a pagar), cabendo-lhe liquidar, a posteriori, esta contribuição e o IRS.

Apesar de tudo isto, a perceção do pessoal do mapa de que, pelo mesmo período de tempo e o mesmo tipo de trabalho, recebe menos que um prestador é em muitas situações verdade, quer em termos líquidos devido aos impostos e contribuições retidos na fonte, quer em termos brutos, sobretudo quando em causa estão médicos especialistas em início de carreira.

Nos Açores crescem quase sempre a este custo as despesas de deslocação, alojamento e muitas vezes viatura, pagos pela instituição, cujos valores são variáveis, e quando divididos pelas horas totais trabalhadas, se o volume de tempo não for elevado, agravam o valor hora final. Por exemplo, considerando uma viagem de 250 E e 280 E por 7 dias de alojamento, para uma prestação de 96 horas o valor hora agrava-se em 5,5 Euros. São, pois, valores relevantes que devem ser considerados.

Assim, qualquer aumento remuneratório das horas extraordinárias do pessoal do mapa deve ter em conta a capacidade orçamental, equiparar-se pelo menos em termos brutos com o valor dos prestadores oferecido pelos concorrentes, públicos e privados, a logística associada, bem como o montante final não deve contribuir para inflacionar este mercado de trabalho, se for demasiado elevado. É este o exercício a efetuar.



Na Madeira a opção de estabelecer um valor fixo de 50 E para todas as horas pode ser simplista, mas traz à colação algumas questões pertinentes. Desde logo estabelece um referencial inflacionado para os próprios prestadores, aplicado nos Açores acarreta um esforço financeiro governamental maior por haver mais profissionais envolvidos em três hospitais e múltiplas unidades de saúde de ilha (USI) com urgência básica, fruto da maior descontinuidade territorial, agrava os custos institucionais com o acréscimo nas prestações sociais e não discrimina positivamente as noites e os fins-de-semana.

Fazendo algumas comparações com base nos índices remuneratórios atuais das horas extraordinárias presenciais com outras hipóteses é possível alcançar um ponto de equilíbrio. O salário de um especialista na primeira posição remuneratória da carreira médica é de 2.754,48 E, correspondente a 15,89 E/h ilíquidos, mas na realidade o custo efetivo para a instituição, considerando 14 salários e a segurança social, é de 22,94 E/h. Para um médico institucional o seu referencial é o seu valor base e daí, uma importante causa na preferência pela prestação de serviços.

Quanto ao trabalho extraordinário, considerando esse valor base de 15,89 E/h, atualmente uma noite de 12h em dia útil, um sábado de 24h e um domingo ou feriado de 24h corresponde a um valor total ilíquido, respetivamente, de 377,42 E, 814,43 E e 790,59 E. Porém, se consideramos a despesa da instituição com a segurança social aqueles valores são, respetivamente, 467,05 E, 1007,85 E e 978,35 E.

Ora um prestador auferindo 40 E/h custa à instituição pelos mesmos períodos, respetivamente, 480 E, 960 E e 960 E. Ou seja, neste exemplo concreto, para efeitos práticos, um prestador cobra mais que um médico hospitalar à instituição, mas pontualmente sai mais barato quando considerados os custos da segurança social.

Daqui se infere igualmente que poderia ser tentador majorar somente as horas extraordinárias semanais do pessoal do mapa hospitalar com salários menores, pois a diferença com o prestador é mais notória, mas esta medida parcial poderia ser nociva para completar escalas de fim-de-semana ou feriados, mesmo que estes últimos dias confirmem direito à folga.



À medida que subimos na diferenciação e, logicamente, no salário base médico, o custo do prestador vai-se tornando, em termos comparativos, menos oneroso para a instituição. Por exemplo, de acordo ainda com a nova tabela, para um salário base de um assistente graduado na primeira posição correspondente a 3.219,30 E, ou seja, 18,57 E/h, o valor bruto daqueles mesmos períodos são 441,11 E (545,87 E com segurança social), 951,86 E (1.117,92 E com segurança social) e 924,00 E (1.143,45 E com segurança social).

Um médico externo auferindo 40 E/h, como acima mencionado, continuará a custar à instituição pelos mesmos períodos, respetivamente, 480 E, 960 E e 960 E. O diferencial fica mais reduzido, mesmo sem as prestações sociais. No entanto, se este valor hora alcançar os 50 E, será de 600 E, 1.200 E e 1.200 E, ou seja, os custos finais institucionais com esta contratação já serão ligeiramente superiores, mesmo considerando o efeito das prestações sociais e não incluindo sequer a logística do prestador. No entanto, repita-se, a perceção do médico público é bastante diferente.

Ora, eliminando do diferencial entre a primeira hora extraordinária e seguintes, que é inexplicavelmente menor que as sucessivas, majorando os sábados entre as 8h e as 13h, cujo índice passaria de 1,5 para 2, tendo o mesmo valor de que o das 13h às 20h pois o sábado não faz parte do normal horário médico, majorando as noites de semana, cujo índice passaria de 2 para 2,125 das 20h de segunda até às 8h de sábado e para 2,25 às segundas das 00 às 8h, pois na prática apesar de ser já dia útil não deixa de ser a continuação de um domingo, bem como, finalmente, calculando a hora base sobre a remuneração atribuída ao primeiro escalão de assistente graduado da nova tabela, passando de 2.754,48 E para 3.219,30 E, um médico nestas condições e nos períodos atrás mencionados teria um aumento de 377,42 E, 814,43 E e 790,59 E para 473,71 E (o que em 12h seria de 39,5 E/h), 991,33 E (o que nas 24h seria de 41,30 E/h) e 965,79 E (o que em 24h seria de 40,20 E/h), respetivamente.

Estes valores são idênticos aos exemplificados para os prestadores, pagos a 40 E/hora, que eram de 480 E, 960 E e 960 E, e são inclusivamente maiores quando consideradas as prestações sociais (586,21 E, 1.226,77 E e 1.195,17 E, respetivamente, o que neste caso equivale a 48,9 E/h, 51,11 E/h e 49,80 E/h, também respetivamente).



Esta majoração das horas extraordinárias, por uma questão de igualdade, deveria afetar todas as categorias médicas existentes, uma vez que também estas realizam trabalho suplementar, mas com base de cálculo nos seus atuais valores salariais, pois os profissionais mais diferenciados já têm valores hora superiores pela tabela antiga.

Como exemplo, o valor atual de um assistente graduado na primeira posição é de 3.219,30 E, como acima referido, enquanto pela tabela antiga é de 4.119,35 E, tornando as horas extraordinárias mais caras e superiores à hora do prestador. Mais ainda, é discutível se deve haver tanta disparidade no pagamento de horas extraordinárias entre médicos, cuja diferenciação já está refletida no salário base.

Concluindo, o pagamento das horas extraordinárias com base no primeiro escalão de assistente graduado aos médicos com salários base menores e a alteração nos índices de cálculo para todos eles poderiam ser comportável, mais aliciante e introduzir alguma justiça remuneratória, pelo menos face aos prestadores pagos a 45 ou 50 E/h.

Por outro lado, além desta eventual reformulação do cálculo das horas extraordinárias, poderia encontrar-se também um outro caminho neste processo, como seja uma progressão mais rápida nas posições remuneratórias da carreira, na RAA. Atualmente essa progressão, na ausência de um sistema de avaliação de desempenho, é feita quando o médico atinge 10 P, somando 1 P por ano trabalhado, ainda que esteja previsto que este valor passe para 1,5 P.

Ainda assim, à razão de 1,5 P anual, só ao fim de 7 anos é que um médico sobe na mesma tabela remuneratória. Se é verdade que como assistente pode aceder ao grau de consultor ao fim de 5 anos, passando a auferir um salário maior, mas onde aí certamente permanecerá uma vez que as vagas de assistente graduado sénior são muito limitadas, como assistente graduado demorará 24 anos a alcançar o último escalão daquela categoria (3.632,46 E mensais líquidos), ou seja, se contabilizarmos também cerca de 5 anos até àquele exame e 5 anos da especialidade, estamos a falar de 35 anos de serviço, o mesmo que dizer no final da carreira.

Logo, a disponibilidade para realizar horas extraordinárias além do limite legal podia ser recompensada com uma mais rápida progressão nas posições remuneratórias, para



todos os médicos sem exceção, havendo várias opções para este efeito: contabilizar o trabalho extraordinário realizado e fazê-lo equivaler a anos de serviço, onde eventualmente a prevenção seria valorizada 50%, ou simplesmente atribuir uma pontuação anual diferente a quem se disponibilizasse a fazer este regime.

Assim, uma forma seria atribuir diretamente mais pontos anuais a quem realize trabalho extraordinário, ainda que esta opção corra o risco de tratar de forma desigual quem mais horas efetua, e a outra forma, mais racional, é contabilizar todo o trabalho suplementar realizado para efeitos de contagem de tempo na progressão.

Note-se que, nesta última hipótese, para esta equiparação é fácil admitir, retirando os fins-de-semana (104 dias), feriados em dias úteis (média de 9 dias) e férias (22 dias), que um médico exerce funções, em média, 230 dias por ano à razão de 8h diárias, o que corresponde a um valor padrão de 1.840 h.

A título exemplificativo, para um médico que realize um banco extraordinário semanal presencial de 12 horas noturnas, num total de 4 ao mês, e 1 dia de fim-de-semana de 24 h também ao mês, ao fim de 10 meses ser-lhe-iam contabilizadas cerca de 720 h. Logo, ao fim de 5 anos teria 7,5 P (5 anos x 1,5 P) pelos anos normais de serviço e mais 3 P ((720h x 5 anos) / 1.840h) pelo equivalente a mais 2 anos de trabalho pelas horas extraordinárias efetivas, ou seja, 10,5 P, o que significa que subiria na posição remuneratória não ao fim de 7 anos mas em 5 anos.

Por último, poder-se-ia considerar uma majoração dos dias de férias anuais, eventualmente até 5 dias, em função do trabalho extraordinário efetivado acima das 200h.

A proposta no seu conjunto, majoração das horas extraordinárias, contabilização dessas horas para a progressão na carreira e a atribuição proporcional de mais dias de férias, seria sempre uma opção médica consciente, esclarecida e voluntária, é perfeitamente exequível pela Tutela, deve ser bem explicada aos profissionais, Ordem dos Médicos e aos sindicatos e pode ser uma boa solução, pois melhora o valor hora em termos líquidos, principalmente dos médicos mais jovens, sendo competitiva em relação aos



prestadores, sempre e quando o custo destes últimos não exceda, como mencionado, os 45 ou 50 E/h.

Sem dispor de dados oficiais para calcular o impacto orçamental exato destas medidas, não considerando eventuais aumentos salariais da função pública, não incluindo as futuras progressões mais céleres e mantendo igual o número de elementos escalados habitualmente nos serviços de urgência, estima-se que a eliminação do diferencial entre a primeira hora e sucessivas, a majoração do período das 8h às 13h de sábado e das noites semanais em dia útil e das segundas-feiras, envolvendo todos os médicos, tenham, no imediato, um acréscimo anual entre 5-6% na despesa com todas as atuais horas extraordinárias, enquanto o pagamento do trabalho extraordinário com base no primeiro escalão de assistente graduado, isoladamente, terá um aumento entre 16-17% mas, note-se bem, exclusivamente em relação à minoria de médicos posicionados nos primeiros escalões de assistente da nova tabela remuneratória, ou seja, os médicos mais jovens até alcançarem o grau.

Porém, em termos reais é necessário ter em conta que existem importantes efeitos atenuantes nesta despesa, pelo que será inclusivamente menor: os cálculos apresentados não tiveram em conta as primeiras 200h remuneradas a um valor inferior; parte da verba agora paga a prestadores (despesas com fornecimento de serviços externos) é desviada para os médicos do SRS (despesas com pessoal) com custos menores; são reduzidos os custos na logística da deslocação de prestadores; e há um aumento na receita do Estado por via das subidas dos escalões do IRS e das prestações sociais dos profissionais envolvidos, prestações que no entanto terão um agravamento para as instituições e, portanto, para efeitos práticos, o balanço final acabará por ser nulo.

Na tabela seguinte apresenta-se um comparativo entre os índices de cálculo das horas extraordinárias atuais e os novos índices sugeridos nesta proposta legislativa.



Índices para cálculo das horas extraordinárias

Períodos de trabalho	Índices atuais (ACSS)	Índices propostos
Trabalho diurno em dias úteis	1ª hora – 1,25 Horas seguintes – 1,5	Todas as horas – 1,5
Trabalho diurno ao sábado até às 13h	1ª hora – 1,25 Horas seguintes – 1,5	Todas as horas - 2
Trabalho noturno em dias úteis	1ª hora – 1,75 Horas seguintes – 2	2ª a 6ª feira 20-24h - 2,125 3ª a sábado 00-08h - 2,125
Trabalho diurno aos sábados depois das 13h, domingos, feriados e descansos semanais	1ª hora – 1,75 Horas seguintes – 2	Todas as horas – 2
Trabalho noturno aos sábados, domingos, feriados e descansos semanais	1ª hora – 2,25 Horas seguintes – 2,5	Todas as horas – 2,5

” e propõe que a Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores recomende ao Governo Regional o seguinte:

“1. Aplicar uma majoração do trabalho extraordinário após as 200 horas em presença física e 400 horas de prevenção;

2. Acabar para todos os médicos com a desconexa distinção vigente no pagamento da primeira hora extraordinária e as sucessivas, qualquer que seja o período considerado;

3. Remunerar a todos os médicos as horas extraordinárias no período noturno a 2,125% das 20h de segunda às 8h de sábado e a 2,25% das 00h à 8h de segunda-feira ou após um feriado;

4. Majorar o sábado das 8h às 13h a todos os médicos de modo a fazer equivaler o valor hora ao das 13h às 20h, isto é, passar o índice de 1,5 para 2;

5. Manter os restantes índices para os demais períodos para todos os médicos;



6. Ter como base no cálculo do trabalho suplementar médico o valor da primeira posição remuneratória de assistente graduado da nova tabela (3.219,30 E), exceto quando o seu salário base auferido seja logicamente superior;
7. Contabilizar para todos os médicos em cada ano civil as horas extraordinárias realizadas acima das 200 horas e fazer equivalê-las ao horário normal desse período, de modo a atribuir uma pontuação suplementar à já prevista por cada ano laboral (1,5 P), para fins de progressão na carreira, seja, na atual ou na anterior tabela remuneratória;
8. Considerar para todos os médicos uma majoração nos dias de férias anuais, até 5 dias, em função da realização do trabalho extraordinário acima do limite legal;
9. Aplicar este sistema aos hospitais e USI com serviço de urgência, onde seja praticado trabalho extraordinário”.

PROCESSO EM ANÁLISE

A Comissão de Assuntos Sociais deliberou proceder às audições da Federação Nacional dos Médicos, do Sindicato Independente dos Médicos, da Ordem dos Médicos, bem como do Secretário Regional da Saúde e Desporto.

As audições da Federação Nacional dos Médicos e do Sindicato Independente dos Médicos decorreram no dia 18 de fevereiro, pelas 11h45 e 14h30, respetivamente; as audições da Ordem dos Médicos e do Secretário Regional da Saúde e Desporto decorreram no dia 22 de fevereiro, pelas 9h00 e 11h30, respetivamente.

- **Audição da Federação Nacional dos Médicos**

A Dra. Anabela Lopes Cunha Vaz começou por referir que a Federação concorda com a proposta apresentada. Explicou que, desde 2012, os médicos são os únicos funcionários públicos que trabalham 40 horas semanais, o que perfaz cerca de 200 horas a mais por ano, não contando com trabalho extraordinário. A Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) de 2012 já foi atualizado no que às horas extraordinárias diz respeito, pelo que o novo limite para trabalho extraordinário obrigatório da classe médica são 150 horas. Para além disso, explicou que houve perda de poder de compra dos médicos que trabalham no Serviço Regional de Saúde.



A representante da Federação informou que existem várias situações em que os médicos são obrigados a realizarem trabalho extraordinário. Porém, a disponibilidade para realizarem este trabalho extra é cada vez menor. Por um lado, há questões económicas, dado que as horas são pagas tendo em conta o valor da hora base, por outro há questões familiares, pois cada vez mais procuram conciliar a vida pessoal com a profissional.

De acordo com a representante da Federação, as pós-graduações são muito importantes na avaliação dos médicos e representam numa mais-valia para a região e o desenvolvimento do Serviço Regional de Saúde, dado que terá médicos mais graduados e mais diferenciados, pelo que é importante que se continue a investir na formação. Para além desta questão, há também que trabalhar na melhoria das condições de trabalho dos médicos. Nesta sequência, a Federação defende a exclusividade, a redução da carga horária semanal para as 35 horas semanais. Defende, também, uma diminuição do número de utentes por médico de família e um corte no número de horas obrigatórias no serviço de urgência.

Feita esta exposição inicial, foi aberta a primeira ronda de questões, tendo-se inscrito o deputado Pedro Neves (PAN), autor da proposta, para explicar que o diploma surge na sequência da auscultação de vários médicos. Os médicos com a carreira quase no topo querem harmonizar o seu trabalho com a vida familiar enquanto os mais novos têm mais disponibilidade, mas não o querem realizar pelo facto de o valor pago ser residual. A sugestão do proponente era que as horas fossem pagas pela tabela da carreira superior à que o médico se encontra e que estas horas também contassem para a progressão na carreira. Quis, neste seguimento, compreender se esta era uma visão partilhada pela Federação Nacional dos Médicos.

Em resposta, a Dra. Anabela Vaz deu o exemplo do médico assistente que ganha no 1.º escalão 15,89 €/hora, a sua proposta da iniciativa é que passem a ganhar 18,57€/hora e a proposta da Federação é que seja de 18,75€/hora. Embora a diferença seja de cêntimos, garante a mesma equidade dentro do escalão.

De seguida interveio a deputada Catarina Cabeceiras (CDS-PP) que começou por referir que existe a falta de profissionais para assegurar a prestação do trabalho médico extraordinário nos serviços de urgência e de atendimento permanente das Unidades de Saúde de Ilha com serviço de urgência. Neste seguimento, questionou a representante da Federação se a solução não passava também pelo aumento da remuneração base. De seguida, falou da situação específica da sua ilha de residência, São Jorge, explicando que muitos concursos ficam desertos e aqueles



que são preenchidos, nem sempre têm profissionais preparados para realizarem serviço de urgência, pelo que questionou como poderia tal situação ser contornada. Por último, quis saber a opinião da Dra. Anabela Vaz em relação a outros benefícios, como outras medidas para a progressão na carreira ou o prolongamento do período de férias.

Em resposta, a Dra. Anabela Vaz explicou que a formação é cada vez mais afunilada. Os colegas que trabalham em ilhas sem hospital, trabalham muito. Quem quiser ir para ilhas sem hospital fazer urgências tem de ser apoiado, realizar mais formações e reciclagens de conhecimentos. Para além disso, deve haver medicina partilhada, ou seja, uma equipa e ainda um subsídio de penosidade e risco.

No que toca à progressão na carreira, a representante da Federação deu nota que os serviços não conseguem avaliar os médicos, daí só se conseguir um ponto por ano. A proposta prevê mais 0,5 para quem realize urgências, mas ainda assim fica abaixo do que acontece em outras carreiras da saúde que conseguem obter 2 pontos por ano sem serem avaliados. Quanto às férias, explicou que é uma benesse justa. Os restantes funcionários públicos que são avaliados, e que ao final de três anos obtenham a avaliação máxima, têm direito a mais cinco dias de férias. Esta é uma realidade vedada aos médicos pelo facto de não serem avaliados.

De seguida, pediu a palavra a deputada Ana Quental (PSD) que corroborou a ideia passada pela Dra. Anabela Vaz, que os médicos de Medicina Geral e Familiar têm uma formação cada vez mais afunilada para os cuidados de saúde primários, o que leva a que muitos destes profissionais tenham receio de fazer urgências pela complexidade das mesmas. Neste seguimento, questionou se a compensação pecuniária seria uma forma de levar os médicos mais novos a realizarem serviços de urgência e se um meio de preparar os médicos para este tipo de serviço não seria uma aposta numa formação mais específica.

A representante da Federação explicou que a resposta passa por abrir a possibilidade de os médicos prestarem trabalho em regime de exclusividade. Tal seria uma mais-valia e faria com que os médicos estivessem mais disponíveis para trabalharem em Serviço de Atendimento Permanente e Unidade Básica de Urgência. No que toca a outras regalias, como as férias, poderá haver períodos mais curtos, fazendo uso da figura da intersubstituição, de modo a não prejudicar nenhum doente. Por último, explicou que, de facto, a formação mais específica é importante. Todos os profissionais que trabalham no Serviço Regional de Saúde, até mesmo todos os cidadãos comuns, deveriam ter formação em suporte básico e avançado de vida.



Aberta a segunda ronda, a deputada Salomé Matos (PSD) retomou uma questão frisada pela Dra. Anabela Vaz, no que concerne à ausência de avaliações, questionando como se poderá contornar esta situação, garantindo que as mesmas aconteçam. Acrescentou, no final da sua intervenção, uma nota acerca das formações, explicando que os relatórios de formação mostram que a classe médica é a que menos frequenta formações, pelo que o acesso às mesmas tem de ser mais facilitado.

Em relação ao exposto, a representante da Federação informou que aquilo que se verifica é que há falta de planeamento na formação médica, pois muitos ficam sem acesso a uma especialidade. Concluiu dizendo que não se quer apenas quantidade, mas qualidade e para tal há que dar condições aos mesmos. O que acontece neste momento é que a maior parte dos tarefeiros que vem para a região fez somente o ano comum, não tendo entrado numa especialidade. A avaliação fica, também por este motivo, comprometida.

- **Audição do Sindicato Independente dos Médicos**

O representante do Sindicato Independente dos Médicos, Dr. André Frazão, começou por referir que não faz parte do perfil funcional dos médicos de família realizarem urgências, pelo que só faz este tipo de serviço quem quer, de forma voluntária. Deste modo, a resolução do problema nas Unidades de Saúde de Ilha sem hospital e as que têm Unidades Básicas de Urgência não é fácil. A proposta em análise pretende reconhecer que, de facto, o trabalho médico em urgência tem de ser melhor remunerado, mas a estrutura sindical a que preside desaconselha os seus associados a realizarem 24 horas extraordinárias por mês, pelo cansaço que representa e por ultrapassa em muito o que está previsto no Acordo Coletivo de Trabalho, embora muitos médicos façam mais do que estas horas.

Em relação à redação da proposta, o sindicalista refere que há questões a serem tidas em conta, nomeadamente a necessidade de se explicitar que o trabalho médico extraordinário nos serviços de urgência é voluntário, nunca obrigatório, e que as horas de trabalho no serviço de urgência deve ser majorado sem diferenciação, isto é, não apenas acima das 150 horas como proposto na iniciativa.

Aberta a primeira ronda de inscrições, pediu a palavra o deputado Pedro Neves (PAN), tendo explicado que não é a favor de horas extraordinárias, mas sendo necessárias, há que as pagar bem, daí a presente iniciativa. Neste seguimento, e tendo em conta a falta de médicos e a



inevitabilidade da realização de horas extraordinárias, perguntou ao sindicalista se o mesmo concordava com o diploma.

Em resposta, o Dr. André Frazão referiu que não se trata somente da questão legal, mas também a penosidade que tal serviço extraordinário acarreta. Reconheceu, porém, que se todos os médicos negassem fazer mais de 150 horas, o sistema regional de saúde entraria em colapso, por tal, a serem feitas, as horas extraordinárias devem, de facto, ter um melhor pagamento.

De seguida, usou da palavra a deputada Catarina Cabeceiras (CDS-PP) o relatório do tribunal de contas sobre limites remuneratórios das unidades de saúde de ilha de 2021 é notória a importância dos médicos de família também fazerem serviço de urgência. Neste seguimento, quis saber que outros benefícios podem ser dados a estes médicos que muitas vezes se sentem inseguros a realizar urgências e se uma alteração ao vencimento base deveria ser algo a equacionar, para que sejam justamente remunerados. A deputada foi esclarecida que a grelha salarial é muito baixa para aquilo que é a diferenciação e penosidade do trabalho médico e que fixar médicos na região passa, precisamente, por aí. Muitos médicos são forçados a fazerem horas extra para terem a situação financeira que pretendem. Relembrou que muitos médicos mais velhos fizeram o serviço médico à periferia, o que lhes preparou para trabalhos indiferenciados, algo que hoje em dia não acontece com os médicos de medicina geral e familiar. Portanto, o sistema de incentivos com diferenciação das ilhas que foi criado não é tão atrativo.

Por último, interveio a deputada Ana Quental (PSD) que lembrou que o Serviço Regional de Saúde vive graças à resiliência dos seus trabalhadores. A especialidade em medicina geral e familiar é muito centrada em cuidados de saúde primários, pelo que questiona se não deve ser valorizada a formação em áreas de urgência, se não deverão ser dados incentivos para uma mais rápida progressão na carreira e, ainda, se a abertura de mais vagas nas universidades não alterariam o cenário da falta de médicos.

O dirigente sindical sublinhou que não faz parte do perfil funcional dos médicos com a especialidade em medicina geral e familiar a realização de trabalhos de urgência, mas, na ótica do sindicato, aqueles que o fazem devem ser incentivados a continuar, caso seja essa a sua vontade. No geral, considera que é necessário haver um salário base adequado e boas condições de trabalho que motivem os médicos, não propriamente apostar na abertura de mais vagas nas faculdades, pois isso poderia levar a duas situações – formar médicos para outros países ou tornar mais barato o serviço diferenciado. Para além disso, não há capacidade formativa para a especialidade.



Em réplica, a deputada Ana Quental (PSD) perguntou se não se estará a criar um problema ao Serviço Regional de Saúde com a especialidade em medicina geral e familiar, visto que os médicos com esta especialidade não têm a obrigação de realizar serviços de urgência. A ideia foi refutada pelo Dr. André Frazão, que explicou que o aumento de médicos de família vai permitir um maior controlo de doentes crónicos e uma menor ida às urgências, dado o acompanhamento feito aos utentes.

Numa segunda ronda, o deputado Pedro Neves (PAN) quis saber a opinião do representante do Sindicato Independente dos Médicos no que toca aos incentivos não pecuniários, questionando que outros deveriam existir para além dos já estipulados, tendo sido esclarecido que uma das formas de se conseguir a fixação de médicos passa pela formação de especialistas na região, pelo que seria importante proporcionar a mesma.

A deputada Salomé Matos (PSD) perguntou se o aumento do valor hora poderia ter um efeito contrário, funcionando como um incentivo para os médicos fazerem horas extra para além das fixadas no Acordo Coletivo de Trabalho. Falou, igualmente, na questão da avaliação de desempenho que não acontecia como está prevista na lei, pelo que questionou da necessidade de se fazer uma revisão de fundo na legislação sobre esta e outras matérias.

Em resposta às perguntas feitas, foi esclarecida que a proposta de melhorar o pagamento do valor das horas extra não resolve o problema de base, mas ainda assim é melhor do que não haver qualquer medida. Há médicos que, de facto, pretendem ver aplicado um pagamento diferenciado das horas extra, mas isso não os levará a realizar ainda mais horas, irá sim valorizar o trabalho feito. Uma revisão e simplificação do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública Regional dos Açores (SIADAPRA) seria algo a ter em consideração, dada a sua complexidade, dificultando a avaliação de desempenho.

- **Audição da Ordem dos Médicos**

A representante da Ordem dos Médicos, Dra. Patrícia Santos, referiu que a iniciativa dá justiça a quem decide fazer trabalho extraordinário para além do estipulado. Lembra, porém, que este deverá ser sempre voluntário, mas reconhece que o esforço suplementar é uma forma de suprir a falta de médicos, pelo que a proposta merece concordância por parte da Ordem.

Aberta a primeira ronda, o deputado Pedro Neves (PAN), como proponente da iniciativa, agradeceu a avaliação feita. Já a segunda ronda, a deputada Ana Quental (PSD) para referir que



as palavras proferidas pela representante da Ordem vão ao encontro do que já tinha sido afirmado pelos sindicatos, a propósito da iniciativa, em audições anteriores. Aludindo as apreciações dos sindicatos, a deputada social-democrata explicou que a especialidade em medicina geral e familiar é muito direcionada para os cuidados de saúde primários, pelo que questionou se não seria importante apostar em formação específica em serviços de urgência para capacitar estes médicos para os trabalhos diferenciados.

Em resposta, a Dra. Patrícia Santos sublinhou que a formação é muito importante em medicina e esta formação ganha ainda mais importância para os médicos a trabalharem em ilhas sem hospital. É necessário proporcionar a estes profissionais de saúde formação extra, dando as condições necessárias para que a mesma se possa realizar.

- **Audição do Secretário Regional da Saúde e Desporto**

O Secretário Regional Clélio Meneses começou por referir o mérito da iniciativa, explicando que a mesma vai ao encontro do que o Governo Regional tem vindo a fazer – encontrar respostas para os problemas que decorrem da exiguidade de recursos humanos, mais concretamente, de médicos. Há um esforço de contratação e já está em vigor os incentivos à fixação de médicos. Já foram autorizadas as contratações de 122 médicos, de várias especialidades, já estão contratados 31. A iniciativa em apreço apresenta caminhos e matérias que são necessárias trabalhar. O governante deu nota que o Governo Regional já preparou um Projeto de Decreto Legislativo Regional também com a intenção de contribuir para a resolução dos problemas nesta área, mas ainda não avançou devido a algumas dificuldades financeiras e jurídicas. A presente iniciativa do PAN poderá levantar alguns problemas, desde logo a questão da atribuição de pontuação suplementar, que terá impacto direto na progressão na carreira, levando à valorização do trabalho pela prestação de trabalho extra em detrimento da avaliação. O mesmo poderá acontecer com a majoração nas férias, que poderá representar um problema para os restantes trabalhadores. Neste seguimento, e caso o partido proponente assim o aceite, o governante diz estar disponível para uma discussão conjunta com os representantes de cada partido, na busca de um amplo consenso para encontrarem soluções consolidadas e viáveis, financeira e juridicamente, e assim se proceder a uma redação que concretize o meritório propósito do diploma.

Aberta a primeira ronda de questões, a deputada Catarina Cabeceiras (CDS-PP) perguntou se a tutela não considerava ser necessário melhorar a condição salarial dos médicos, aumentando o vencimento base dos mesmos, visto que muitos procuram nas horas de extraordinária um meio



para auferirem um salário superior e correspondente às suas expetativas. Quis igualmente saber qual a opinião do governante em relação à necessidade de os médicos de medicina geral e familiar a trabalharem em ilhas sem hospital terem formação extra para poderem realizar trabalhos diferenciados para os quais nem sempre se sentem capacitados.

Já a deputada Salomé Matos (PSD), na segunda ronda, questionou o responsável pela pasta da saúde se o aumento do valor a ser pago pelo trabalho extraordinário não poderia levar a que muitos médicos prestassem mais trabalho suplementar, não se resolvendo, portanto, o problema base que é a falta de médicos.

Em resposta às questões, o governante afirmou que muitos concursos ficam desertos e que todas as contratações são, ainda, insuficientes para as necessidades da região, pelo que o trabalho extraordinário é uma resposta e torná-lo mais atrativo é uma medida que, quer crer, será de natureza transitória. A verdade é que, neste momento, o Serviço Regional de Saúde, através dos seus quadros, não consegue resolver tudo, pelo que tem de recorrer a prestações de serviço. Nesta sequência, apresentou valores concretos despendidos nas mesmas. O Secretário Regional Clélio Meneses também deu nota que existe uma iniciativa no Parlamento Europeu para haver uma abordagem específica e de majoração nos apoios à fixação de médicos nas regiões ultraperiféricas e assim colmatar o grande défice de recursos humanos na área da saúde.

POSIÇÃO DOS PARTIDOS SEM DIREITO A VOTO NA COMISSÃO

O **Grupo Parlamentar do BE** emite parecer **de abstenção** com reserva de posição para plenário relativamente à presente iniciativa.

VOTAÇÃO DOS PARTIDOS

O **Grupo Parlamentar do PS** emite parecer **de abstenção** com reserva de posição para plenário relativamente à presente iniciativa.



O **Grupo Parlamentar do PSD** emite parecer **de abstenção** com reserva de posição para plenário relativamente à presente iniciativa.

O **Grupo Parlamentar do CDS-PP** emite parecer **de abstenção** com reserva de posição para plenário relativamente à presente iniciativa.

A **Representação Parlamentar do CH** emite parecer **de abstenção** com reserva de posição para plenário relativamente à presente iniciativa.

A **Representação Parlamentar do IL** emite parecer **de abstenção** relativamente à presente iniciativa.

CONCLUSÕES E PARECER

Com base na apreciação efetuada, a Comissão Permanente de Assuntos Sociais deliberou, por unanimidade, emitir **parecer de abstenção** relativamente ao presente Projeto de Resolução.

Ponta Delgada, 1 de Março de 2022.

A Relatora

(Délia Melo)

O presente relatório foi aprovado por unanimidade.

O Presidente

(J. Joaquim F. Machado)