

A política de organização da atividade médica em Portugal

The Portuguese policy of organizing medical activity

Mário Bernardino

Healthcare Manager and PhD candidate in International Health at NOVA University of Lisbon,
Institute of Hygiene and Tropical Medicine

Resumo

Sendo o papel do médico insubstituível, a organização da sua atividade constitui uma política de interesse para os sistemas de saúde que possuem os desafios da acessibilidade, eficácia e resiliência.

Através de uma pesquisa de natureza empírica, analisamos as tendências teórico-metodológicas e conceptuais da política portuguesa de organização da atividade médica.

A ausência de evidências de compatibilidade do regime de trabalho médico com o período de funcionamento dos serviços é observável no sistema de saúde português, gerando situações de rotura nos períodos da noite e fins-de-semana.

Palavras-chave:

Médicos, organização e administração, trabalho, serviços de saúde.

Abstract

As the role of the physician is irreplaceable, the organization of its activity constitutes a policy of interest to health systems that continue the challenges of accessibility, effectiveness and resilience.

Through an empirical research, we analyse the theoretical-methodological and conceptual trends of the Portuguese policy of organizing medical activity.

The absence of evidence of compatibility of the medical work regime with the period of operation of the services is observable in the Portuguese health system, generating situations of rupture in the periods of the night and weekends.

Key words:

Physicians, organization and administration, work, health services.

1. Introdução

É conhecido o compromisso dos Estados membros da União Europeia (UE) sobre a estratégia de reforço da eficácia, acessibilidade e resiliência dos seus sistemas de saúde, enfatizando-se a importância do planeamento do efetivo de profissionais de saúde para garantir resposta adequada à população que servem [1]. Para prosseguir estes desafios, os sistemas de saúde precisam de “uma força de trabalho com capacidade, competências certas e flexibilidade adequada para responder à evolução constante da procura de cuidados de saúde” [2]. A organização do trabalho no setor da saúde determina que tanto os hospitais públicos como os privados com missões de serviço público, assegurem acesso igual para todos e garantam durante todo o ano, dia e noite, resposta adequada para aqueles cujo estado de saúde exige os seus serviços. Por esse motivo, a realização de trabalho em períodos críticos, à noite e fins-de-semana, é indispensável e preponderante.

Para responder a este desafio, as leis laborais garantem a compatibilidade do regime de trabalho dos profissionais de saúde com modalidades de horário de trabalho ajustadas ao período de funcionamento dos serviços.

Porém, o grupo de pessoal médico tem um regime de trabalho diferente dos restantes profissionais. Praticam horários de trabalho organizados de segunda a sexta-feira, entre as 8 e as 20 horas. O restante período da semana, 108 das 168 horas (64,3%), apenas pode ser garantido com “até 18 horas semanais” de cada médico e com trabalho extraordinário [3, 4]. Isto é, aceita-se que, com exceção das 18 horas semanais, não há lugar a trabalho programado entre as 20 e as 8 horas de segunda a sexta-feira, nem aos sábados, domingos e feriados. Significa que, em grande parte deste período, o apoio médico às atividades de internamento, urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, só pode ocorrer com programação de horas extraordinárias, de natureza excecional e condicionada, geralmente, pelo limite máximo da carga horária semanal e o acordo do trabalhador.

Deste modo, é notória a divergência entre o regime de trabalho médico e o funcionamento contínuo dos serviços, gerando situações de rotura nos períodos da noite e fins-de-semana.

Numa sexta-feira, dia 11 de dezembro de 2015, um doente com 29 anos de idade deu entrada no Hospital de Santarém. Após o diagnóstico de hemorragia cerebral na sequência de um aneurisma, foi transferido para o Hospital de S. José, em Lisboa. Neste hospital, a pre-

venção de neurocirurgia vascular e de neurorradiologia de intervenção, estavam suspensas aos fins-de-semana. O doente acabou por morrer na madrugada de domingo para segunda-feira, dia 14 de dezembro de 2015, provocando a demissão de vários dirigentes da Saúde [5]. Este é apenas um exemplo de casos de deficiente resposta dos serviços de saúde relacionados com a organização da atividade médica:

- "Para evitar que médicos adormeçam nas urgências, Ordem quer fim de turnos de 24 horas" – Público, 11 de agosto de 2016 [6];
- "Urgência pediátrica do Garcia de Orta encerra esta noite por falta de médicos" – Público, 12 de outubro de 2019 [7];
- "Urgências pediátricas do Hospital Garcia de Orta: Se necessário, que se faça uma requisição civil" – Diário de Notícias, 26 de outubro de 2019 [8];
- "Chefes de cirurgia de Faro recusam fazer urgências a partir de janeiro" – Lusa e Público, 5 de dezembro de 2019 [9].

A causa habitualmente apontada é a falta de médicos. Assumida a “falta de médicos” como causa principal, orientaram-se “mais recursos” para a formação. Porém, o número insuficiente de médicos continua e o incremento na formação também.

Apesar das comparações internacionais não serem suficientes para concluir sobre a escassez de médicos, Portugal é apresentado como o terceiro país da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico) com maior rácio de médicos *per capita*. De acordo com as estatísticas de saúde da OCDE, existem, em Portugal, 4,6 médicos por cada mil habitantes, colocando Portugal à frente de países como Alemanha com 4,1 e Reino Unido com 2,8. A Grécia com 6,3 e a Áustria com 5,1 ocupam o primeiro e segundo lugar, respetivamente. De referir, no entanto, que os números em Portugal e na Grécia estão sobrestimados, uma vez que incluem todos os médicos licenciados para exercer a profissão. Por outro lado, a Bélgica estabelece um limite mínimo de atividades (número de consultas por ano) para serem considerados como médicos em exercício, resultando assim numa subestimação em comparação com outros países que não estabelecem esses limites mínimos [10-12].

Segundo outras fontes, se analisarmos o número de médicos que trabalham no SNS, Portugal apresenta uma média de 2,8 médicos por cada mil habitantes, abaixo da média de 3,6 dos 28 países da União Europeia [13].

De acordo com o Relatório do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, não se sabe exatamente qual o número de médicos a exercer atividade. Apesar da obrigatoriedade de registo na Ordem dos Médicos, a contagem nominal não traduz quantos exercem atividade. Além disso, cada país adota o seu próprio critério sobre inclusão ou não de médicos, o que dificulta a comparação internacional desta força de trabalho [14].

Haja ou não escassez de médicos, a gestão do tempo de trabalho deste grupo profissional é decisiva para os sistemas de saúde. Sendo o papel do médico insubstituível no diagnóstico e tratamento, é manifesta a relação de causalidade entre a organização do trabalho, o funcionamento contínuo dos serviços e o acesso. Percebe-se que o trabalho médico condiciona a oferta de cuidados de saúde de forma inequívoca de tal modo que, ainda que fossem solucionados todos os outros componentes (a organização da atividade dos outros profissionais, a adequação das instalações, a articulação institucional, a integração de cuidados, etc.), a existência de períodos sem cobertura médica impossibilitaria o acesso ao sistema de saúde.

São conhecidas diversas abordagens próximas deste tema, designadamente, esquemas de trabalho que produzem fadiga e favorecem o aparecimento de erros [15], os recursos humanos como componente crítica das políticas de saúde [16], o *stress* dos profissionais nos sistemas de saúde [17], os pontos fracos na gestão de recursos humanos nos cuidados primários [18], a percepção da equipa clínica sobre o ambiente de trabalho dos serviços de urgência [19], o conhecimento sobre a satisfação do médico e os fatores associados como elemento essencial para os gestores e formuladores de políticas de saúde [20], a carreira médica e os fatores determinantes da saída do SNS [21].

Ainda, de acordo com o documento final do grupo de trabalho criado pelo Ministério da Saúde Português, em 2010, para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais [22], “hoje é estimulada a dedicação total de qualquer profissional ao seu hospital, como forma de promover a cultura da equipa, (...) e garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde, que são progressivamente mais exigentes (...). Já ninguém admite que um hospital só funcione durante uma parte do dia. É consensual que um hospital deve funcionar 24 horas por dia, os sete dias da semana, embora com ritmos diferentes durante a noite e nos fins-de-semana e feriados (...)” [23].

Todavia, apesar da diversidade de publicações e iniciativas, não encontramos alusão à incompatibilidade do regime de trabalho com o funcionamento dos serviços.

2. Material e métodos

Através de um estudo observacional de natureza empírica, analisamos as tendências teórico-metodológicas e conceptuais da política de organização da atividade médica em Portugal.

A população em observação compreende, essencialmente, os médicos e os restantes profissionais de saúde, mas também, a comunidade e os decisores políticos.

Independentemente da escassez de médicos em determinadas especialidades, reveste-se de especial interesse perceber a natureza diferenciadora do regime de trabalho relativamente aos restantes profissionais, bem como as suas vantagens ou desvantagens face às exigências de resposta contínua dos sistemas de saúde e do trabalho em equipa e multidisciplinar.

A natureza exploratória deste trabalho favorece uma abordagem orientada pela seguinte questão:

O que representa a política de organização da atividade médica no sistema de saúde português, com obrigação de garantir a prestação de cuidados durante 24 horas por dia e sete dias por semana?

O objetivo é caracterizar a política de organização da atividade médica no sistema de saúde português em função da compatibilidade do regime de trabalho com a exigência de funcionamento contínuo dos serviços.

Foi feita a exploração temática, analisadas as produções científicas e consultada a base legal que suporta a metodologia adotada na organização do trabalho.

3. Resultados e discussão

3.1. Enquadramento geral

Conhecer o passado através de uma breve resenha histórica dos factos mais relevantes, pode ajudar a compreender melhor o presente no que respeita à gestão do trabalho médico em Portugal.

Assim, com a publicação da Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, o novo Estatuto da Saúde e Assistência, contrariando a orientação vigente até ali, alargou-se a toda a população algum tipo de assistência sanitária. Este princípio emergente de cobertura universal foi potenciado com a reforma de 1971, conhecida por “Reforma Gonçalves Ferreira” que, através do Decreto-lei n.º 413/71, de 27 de setembro e do Decreto-lei n.º 414/71, de 27 de setembro, reconheceu o direito à saúde e foi criada uma rede de centros de saúde instalados em cada

concelho. Nesse ano, o Estado assumiu a obrigação de promover a saúde e prevenir a doença, que mais tarde viria a ser consagrada constitucionalmente.

A partir de 1974, com o Decreto-Lei n.º 704/74 de 7 de dezembro, o Estado assumiu o papel de financiador e prestador de cuidados de saúde com a nacionalização da maioria dos hospitais das Misericórdias que passaram a ser geridos por comissões nomeadas pelo Ministério dos Assuntos Sociais. Desta forma, o Estado passou a dispor de uma rede de equipamentos que lhe permitia administrar a saúde a nível nacional.

Com a Constituição de 1976, foi consagrado “o direito à proteção da saúde” através da “criação de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e gratuito” (vide artigo 64.º). O princípio da gratuidade foi eliminado na revisão constitucional de 1989, passando a ser “tendencialmente gratuito”.

Entretanto, o Despacho ministerial conhecido como “Despacho Arnaut” (Diário da República II Série n.º 173, de 29 de julho de 1978), iniciou a implementação do SNS, na medida em que abriu o acesso de todos os cidadãos aos Serviços Médico-Sociais e, pela primeira vez, foram criadas condições para a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, bem como a comparticipação medicamentosa. Por fim, com a Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, o SNS foi constituído com uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos.

Para a efetivação do direito à proteção da saúde, em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Para a prestação de cuidados, o Estado passou a atuar através de serviços próprios, mas também a celebrar acordos com entidades privadas, enquanto fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde.

No desenvolvimento da Lei de Bases de Saúde, em 1993, foi publicado o Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) que procurou superar a dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados. A indivisibilidade da saúde e a necessidade de uma criteriosa gestão de recursos levaram à criação de unidades integradas de cuidados de saúde e à criação das administrações regionais de saúde.

No que respeita à atividade privada no setor da saúde, em 1993 foi regulado o licenciamento e fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas de saúde, com novo enquadramento legal em 2009 e 2014 (Decreto-Lei n.º 13/93 de 15 de janeiro, Decreto-Lei n.º 279/2009 de 6 de outubro, e Decreto-Lei n.º 127/2014 de 22 de agosto). No ano da criação do SNS, foi aprovado o Estatuto do

Médico (Decreto-Lei n.º 373/79, de 8 de setembro) que compilou os direitos e deveres profissionais e estabeleceu as regras gerais do regime de trabalho aplicáveis aos médicos em funções nos serviços públicos. Neste âmbito, definiu-se (artigo 14.º):

- Os horários de trabalho dos serviços devem ser estabelecidos “por forma que os mesmos se adequem às necessidades locais e prossigam a maior produtividade dos recursos disponíveis”.
- Compete às direções médicas elaborar e propor “os horários individuais dos médicos, por forma a compatibilizar os respetivos deveres contratuais com o melhor funcionamento das unidades de saúde”.

Entretanto, com o Decreto-Lei n.º 310/82 de 3 de agosto, surgiu o diploma dedicado à carreira médica. Foram reguladas as carreiras de saúde pública, clínica geral e hospitalar, definidos os tempos de formação, progressão, regimes de trabalho e remunerações. O regime de trabalho dos médicos da carreira hospitalar passou a incluir a obrigação de prestação de 12 horas de serviço de urgência, sendo as restantes programadas de segunda a sexta-feira, da seguinte forma (artigo 32.º):

- O horário diário de trabalho deve ser dividido em 2 períodos com intervalo mínimo de 1 hora, ressalvando-se a possibilidade de jornada contínua para as equipas em atividade cirúrgica; e
- Deve ser “colocado dentro do período que decorre entre as 8 horas e as 20 horas”.

Assim, com exceção das 12 horas para o serviço de urgência, a atividade médica só poderia ser planeada para o período entre as 8 horas e as 20 horas de segunda a sexta-feira. Ao não prever o trabalho médico programado, no internamento por exemplo, entre as 20 e as 8 horas, nem aos sábados, domingos e feriados, surgiu, pela primeira vez, o problema de incompatibilidade do tempo de trabalho médico com o período de funcionamento das unidades de saúde.

Porém, este regime foi alterado com o Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março, cuja reforma foi ditada pela necessidade de adotar um modelo mais dinâmico que permitisse a organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde. Assim, para os médicos da carreira hospitalar (artigo 31.º):

- Admitiu-se e motivou-se a prática do regime de dedicação exclusiva;
- Estabeleceu-se que deverão prestar, “quando necessário, um período semanal máximo de 12

horas em serviço de urgência, que poderão ser convertidas em 24 horas de prevenção, por conveniência de serviço e com o acordo do médico”;
- Fixou-se, também, que os horários “são programados pelos órgãos hospitalares competentes, de acordo com a lei”.

Desta forma, parecia ter sido retomado parcialmente o regime de trabalho aprovado pelo Estatuto do Médico (Decreto-Lei n.º 373/79). Desde então, e durante cerca de dezanove anos, até 2009, vigoraram as regras que poderiam ter resolvido o problema da incompatibilidade do tempo de trabalho médico com a organização e funcionamento dos estabelecimentos de saúde.

Contudo, em 2002 foi aprovado um novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) e introduziram-se modificações na Lei de Bases da Saúde. Definiu-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integravam a rede de prestação de cuidados de saúde e deu-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial. Em consequência, foram criados dois regimes jurídicos distintos para os hospitais públicos:

- 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos resultantes da transformação de 36 estabelecimentos hospitalares;
- Os restantes hospitais mantiveram a natureza jurídica de instituto público, continuando integrados no sector público administrativo.

Esta reforma, encetada com a alteração da natureza jurídica dos hospitais para sociedades anónimas, determinou, posteriormente, em finais de 2005, a transformação em entidades públicas empresariais (EPE). A convivência de dois regimes jurídicos distintos levou a uma nova revisão da carreira médica para garantir que os médicos das instituições do SNS pudessem ter um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica:

- O Decreto-Lei n.º 176/2009 de 4 de agosto, aplicável aos médicos em regime de contrato individual de trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no SNS;
- O Decreto-Lei n.º 177/2009 de 4 de agosto, aplicável aos médicos integrados na carreira especial médica cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas.

No seguimento destes diplomas, foram estabelecidos

acordos coletivos de trabalho, constituindo-se os primeiros instrumentos de regulamentação coletiva celebrados no sector da saúde:

- Acordo Coletivo da Carreira Especial Médica (ACCEM), Diário da República, 2.ª série, n.º 198, 13/10/2009 (3) – aplicável aos trabalhadores médicos sindicalizados em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado integrados na carreira especial médica;
- Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 41, de 8/11 2009. (4) – aplicável aos trabalhadores médicos sindicalizados em regime de contrato individual de trabalho.

Entretanto, com a publicação do Decreto-Lei n.º 266-D/2012 de 31 de dezembro, iniciou-se uma convergência entre os dois regimes previstos no Decreto-Lei n.º 176/2009 e no Decreto-Lei n.º 177/2009, ambos de 4 de agosto, com alteração do quadro legal regulador da organização do tempo de trabalho médico.

3.2. Modelo de organização do trabalho

Resulta então que o período de trabalho dos médicos da área hospitalar está dividido em duas partes:

- a) Uma componente referente a atividade programada correspondente, em regra, a 22 horas semanais, das 40 horas semanais do período de trabalho, a ser distribuída em horários organizados com um máximo de 8 horas diárias, de segunda a sexta-feira, das 8 horas às 20 horas.
- b) Uma componente referente a trabalho prestado nos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios organizado de segunda a domingo, entre as 00 horas e as 24 horas, de acordo com as seguintes regras:
 - i. Até 18 horas, em média, de trabalho semanal;
 - ii. Períodos diários máximos de 12 horas;
 - iii. No máximo dois períodos semanais;
 - iv. Ao período normal pode acrescer um período semanal de até 6 horas de trabalho extraordinário.

A modalidade de horário de trabalho por turnos, prevista para todos os trabalhadores, não é extensível ao grupo de pessoal médico (cláusulas 34.ª do ACCEM e 35.ª do ACT) [3,4].

De salientar que, apesar de tudo, é possível a constituição de “equipas médicas nos serviços de saúde de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios, por recurso a trabalhadores médicos afetos exclusivamente ao exercício de funções naquelas unidades” (número 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de dezembro). São, contudo, escassas as iniciativas desta natureza, apesar do sucesso do modelo organizacional do trabalho médico no serviço de urgência do Centro Hospitalar de São João do Porto [24]. De referir ainda que o recurso ao regime de prevenção é de carácter excecional e “deve ser objeto de acordo escrito entre a entidade empregadora pública e o trabalhador médico, podendo este fazer cessar a respetiva prática, mediante declaração, feita à entidade empregadora pública, a qual produz efeitos a partir de 30 dias da data de apresentação da declaração” (cláusulas 44.ª do ACCEM e 45.ª do ACT) [3,4].

Em outubro de 2015, no seguimento de nova alteração aos acordos coletivos de trabalho, estabeleceu-se a obrigação de, em cada entidade empregadora pública, ser desencadeado procedimento negocial a fim de regular matérias como a “organização do trabalho médico”, os “intervalos de descanso”, o “regime de descansos compensatórios” e o “procedimento de fixação do horário de trabalho” (cláusula 31.ª do ACCEM e 32.ª do ACT). Por esta via, criaram-se condições para a heterogeneidade na regulamentação das normas de organização e disciplina do trabalho na carreira médica.

Resulta, por conseguinte, um regime legal de trabalho médico nos hospitais que é variável em função de vários fatores e situações como:

- Ser médico da área hospitalar ou de outras áreas como saúde pública ou medicina geral e familiar;
- Ter um regime de contrato individual de trabalho ou ter uma relação jurídica de emprego público;
- Ser filiado em associação sindical ou não ser;
- As diferentes entidades empregadoras públicas, dada a regulamentação potencialmente distinta, em resultado do procedimento negocial desencadeado por força da alteração aos acordos coletivos de trabalho, em outubro de 2015 (cláusula 31.ª do ACCEM e 32.ª do ACT).

Este modelo complexo gerou dificuldades na elaboração dos horários de trabalho médico devido, em parte, à diversidade de vínculos contratuais e à filiação ou não filiação sindical em cada entidade empregadora. Para ultrapassar tal dificuldade, generalizou-se uma interpretação

e prática em que subsiste a afetação de até 18 horas para atividades de urgência, sendo as restantes programadas no período entre as 8 e as 20 horas de segunda a sexta-feira. Fora destes períodos, há lugar ao trabalho extraordinário. Tal entendimento decorre, designadamente, dos acordos coletivos de trabalho – o “período normal de trabalho é de oito horas diárias e quarenta horas semanais, organizadas de segunda a sexta-feira” (cláusula 33.ª, n.º 1 do ACCEM e cláusula 34.ª, n.º 1 do ACT), considerando-se “trabalho suplementar todo o que é prestado fora do horário normal de trabalho” (cláusula 42.ª, n.º 1 do ACCEM e cláusula 43.ª, n.º 1 do ACT) [3,4].

Mas se esta situação já mostrava dificuldades na gestão e organização dos horários de trabalho, novos desenvolvimentos ocorreram em 2016. Assim, sempre que “(...) os médicos devam exercer a sua atividade por mais de 8 horas num período de 24 horas em que executem trabalho noturno (...), fica garantido um descanso compensatório obrigatório, com redução do período normal trabalho semanal, no período de trabalho diário imediatamente seguinte, correspondente ao tempo de trabalho que, nas 24 horas anteriores, tiver excedido as 8 horas” (cláusula 41.ª, n.º 4 do ACCEM e cláusula 42.ª, n.º 4 do ACT) [25,26]. Significa por um lado que, de acordo com as alterações aos acordos coletivos de trabalho de 2016 [25,26], naquelas condições, o médico está dispensado do trabalho com prejuízo da carga horária semanal, aparentemente em contradição com o número 2 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, que legisla sobre o regime de trabalho do pessoal hospitalar. Por outro, tais condições e solução não foram adotadas para os restantes profissionais dos estabelecimentos hospitalares.

4. Conclusões

Apesar do progresso dos indicadores globais de saúde, “colocar o doente no centro do sistema” continua a ser um desiderato que justifica o axioma de Adrian Davis, segundo o qual “as organizações não existem para se servir dos seus clientes, mas antes para os servir” [27]. Esta premissa parece ser incontestável na conceção das políticas de organização do trabalho.

Acresce que, nos termos da Constituição Portuguesa (CRP), o sistema de saúde é de matriz predominantemente pública, concretizado através do SNS que garante o direito à saúde de forma “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito” (alínea a), n.º 2 do artigo 64.º).

Este direito está, essencialmente, consubstanciado na

Lei de Bases da Saúde (LBS – última redação da Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro) e no Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, na sua redação atual).

Neste contexto, para realizar o “direito à proteção da saúde”, incumbe prioritariamente ao Estado definir uma política de saúde que assegure basicamente duas premissas:

- “Uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (alínea b), n.º 3 do artigo 64.º da CRP);
- “A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil” (n.º 2, Base 4 da LBS).

Em consequência, o mesmo Estado deve “promover e prover”:

- “Uma força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade” (n.º 5, Base 22 da LBS);
- “O trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde” (alínea c), n.º 2, Base 29 da LBS);
- “Instrumentos e técnicas de planeamento, gestão e avaliação que garantam que é retirado o maior proveito, socialmente útil, dos recursos públicos” (n.º 4, Base 22 da LBS).

Acrescenta o Estatuto do SNS (artigo 17.º) que “a política de recursos humanos do SNS é definida pelo Ministro da Saúde e executada pelos órgãos de administração regional”.

Desta forma, encontramos as premissas e os pressupostos da política de organização do trabalho no sistema de saúde português.

Identificámos, também, alguns marcos históricos na evolução da organização do trabalho como política de saúde, desde a “Reforma Gonçalves Ferreira” em 1971 que potenciou o princípio emergente de cobertura universal de saúde, a consagração constitucional do “direito à proteção da saúde” em 1976, e a implementação do SNS com o “Despacho Arnaut” em 1978. Porém, nestes 50 anos foi visível um conjunto de problemas associados à crescente evolução das necessidades de cuidados de saúde como resultado do envelhecimento da população e dos novos estilos de vida, da inovação tecnológica, bem como a maior exigência dos doentes e profissionais. Ora, face à visão conjunta destes problemas, à sua relevância e ao seu contexto, o problema

da gestão do tempo de trabalho médico, apesar de implícito, teve inevitavelmente importância secundária.

Por esse motivo, a política de organização da atividade médica parece ter sido desenvolvida e implementada sem que se tivesse uma ideia muito clara do problema e sem que se soubesse exatamente qual a questão que deveria ser resolvida. Ou, então, apesar de conhecida, não terá sido considerada.

Segundo Paulo Ferrinho *et al.*, o planeamento de recursos humanos do grupo de pessoal médico em Portugal parece continuar limitado à definição de *numerus clausus* para a universidade, à abertura de vagas para os internos complementares, e à abertura de concursos para vagas institucionais. Observa-se uma deficiente distribuição de recursos que levaram a tentativas *ad hoc* de recrutamento no estrangeiro e às políticas de incentivos para atrair profissionais para regiões deficitárias [28].

Por conseguinte, para garantir resposta adequada dos serviços de saúde, hoje é crucial uma boa política de organização da atividade médica. E a conceção desta política terá que ser necessariamente orientada pelo imperativo constitucional do Estado de garantir, não só “o acesso de todos os cidadãos”, como também, a “cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (artigo 64.º da CRP).

Por último, a política de organização do trabalho médico deve observar fatalmente o seguinte:

- A prestação de cuidados de saúde deve ser garantida 24 horas por dia, 7 dias por semana;
- O médico é o profissional legalmente habilitado e capacitado para o diagnóstico, tratamento ou prevenção da doença e para intervir sobre pessoas doentes (artigos 9.º dos Decretos-Lei n.º 176/2009 e n.º 177/2009, ambos de 4 de agosto);
- A atividade destes profissionais é insubstituível.

Em suma, é indispensável uma política que garanta a compatibilidade do regime de trabalho médico com o período de funcionamento dos serviços para a prossecução dos desafios de acessibilidade, eficácia e resiliência do sistema de saúde português.

Conflitos de interesse

O autor declara não possuir conflitos de interesse.

Fontes de financiamento

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Bibliografia

1. Comissão Europeia. Comunicação sobre Sistemas de Saúde eficazes, acessíveis e resilientes COM (2014) 215 final [Internet]. 2014. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PT/1-2014-215-PT-F1-1.PDF>
2. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. State of health in the EU: companion report 2017. [Internet]. 2017 [citado 17 de maio de 2020]. Disponível em: <http://dx.publications.europa.eu/10.2875/684855>
3. Portugal. Acordo Coletivo de Trabalho - Alteração (2015). Republicação ACCEM n.º 2/2009, entidades empregadoras públicas, carreira médica. Aviso n.º 12509/2015, Diário da República, 2.ª série, n.º 210; 2015.
4. Portugal. Acordo Coletivo de Trabalho - ACT 2009 - entidades públicas empresariais, carreira médica. Boletim do Trabalho e Emprego n.º 41; 2009.
5. Borja-Santos R. Demissões em bloco na Saúde após morte de jovem no Hospital de São José. *Jornal Público* [Internet]. 22 de dezembro de 2015; Disponível em: <https://www.publico.pt/2015/12/22/sociedade/noticia/administradores-do-hospital-de-sao-jose-demitemse-apos-morte-de-jovem-por-falta-de-assistencia-1718249>
6. Campos A. Para evitar que médicos «adormeçam» nas urgências, Ordem quer fim de turnos de 24 horas | Médicos | PÚBLICO [Internet]. 2016 [citado 24 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2016/08/11/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-exige-fim-definitivo-de-turnos-de-24-horas-nas-urgencias-1741002>
7. Teixeira F. Urgência pediátrica do Garcia de Orta encerra esta noite por falta de médicos | Saúde | PÚBLICO [Internet]. 2019 [citado 23 de outubro de 2019]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/10/12/sociedade/noticia/urgencia-pediatria-garcia-orta-encerra-noite-falta-medicos-1889793>
8. Pires C. Urgências pediátricas do Hospital Garcia de Orta: "Se necessário, que se faça uma requisição civil" - DN [Internet]. 2019 [citado 24 de novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/urgencias-pediatricas-do-hospital-garcia-de-orta-se-necessario-que-se-faca-uma-requisicao-civil-11449099.html>
9. Gaudêncio R. Chefes de cirurgia de Faro recusam fazer urgências a partir de janeiro. *Jornal Público* [Internet]. 2019; Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/12/05/sociedade/noticia/chefes-cirurgia-faro-recusam-urgencias-partir-janeiro-1896351>
10. OECD iLibrary. Health at a Glance 2017 | Doctors (overall number) [Internet]. 2017 [citado 2 de Novembro de 2019]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/doctors-overall-number_health_glance-2017-52-en
11. OCDE. Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris [Internet]. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
12. Powerhouse. EHCI 2018 Report. 2018.
13. Capucho J. Temos médicos suficientes em Portugal? Diz que sim, mas não chegam - Diário de Notícias [Internet]. 2019 [citado 2 de Novembro de 2019]. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/temos-medicos-suficientes-em-portugal-diz-que-sim-mas-nao-chegam-11152759.html>
14. Correia T, Dussault G, Gomes I, Augusto M, Temido M, Nunes P. Recursos Humanos na Saúde: o que se sabe e o que falta saber. Em: *Meio caminho andado - Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa; 2019. p. 68–99.
15. Gaspar S et al. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica [Internet]. 1998 [citado 27 de Julho de 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000300013&script=sci_arttext
16. Dussault G, Dubois C. Human resources for health policies: a critical component in health Policies, Human Resources for Health 2003, I.I. licensee BioMed Central Ltd. Human Resources for Health 2003, I.I.
17. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceau L, Knesebeck O, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 298-304.
18. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *International Journal of Health Planning and Management* (2012).
19. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M and Crilly J. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emergency Medicine Australasia* (2016) 28, 7–26).
20. Domagala A, Bala MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Swierz MJ, Kaczmarczyk M and Storman M. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15, 2546.
21. Ferreira M et al. A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde. *Acta Med Port* 2018 Sep;31(9):483-488.
22. Government of Portugal. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Despacho Conjunto n.º 10823/2010. DR, 2.ª série, n.º 126; 2010.
23. Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais Ministério da Saúde. A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, Lisboa, janeiro de 2011;
24. Ramos P, Paiva JA. Dedication increases productivity: an analysis of the implementation of a dedicated medical team in the emergency department. *Int J Emerg Med*. Dezembro de 2017;10(1):8.
25. Portugal. Acordo Coletivo de Trabalho - Alteração (2016) - ACCEM n.º 2/2009, entidades empregadoras públicas, carreira médica. Aviso n.º 9746/2016, Diário da República, 2.ª série, n.º 150; 2016.
26. Portugal. Acordo Coletivo de Trabalho - Alteração (2016) - entidades públicas empresariais, carreira médica. Boletim do Trabalho e Emprego n. 30; 2016.
27. Davies A. Anexo E - Governo das Sociedades em Portugal. Em: *Corporate Governance - Boas Práticas de Governo das Sociedades*. Lousã: Monitor - Projetos e Edições, Lda.; 2006. p. 233 a 263.
28. P. Ferrinho, CS Guerreiro, R. Portugal. Estudo comparativo de estratégias/ PNS de países europeus membros da OCDE. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 2015;(14).