

Departamento de Sociologia

A re-regulação do emprego e das relações laborais dos médicos do
Serviço Nacional de Saúde face às reformas do setor: o processo de
contratação coletiva

Susana Isabel Ribeiro Rodrigues

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências do Trabalho e Relações Laborais

Orientador:

Doutor Alan David Stoleroff, Professor Associado

ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro 2013

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Alan Stoleroff pelo entusiasmo que sempre demonstrou pelo trabalho.

Aos dirigentes sindicais que gentilmente acederam à proposta de uma entrevista.

E a todos os que foram audiência para dúvidas, inquietações, descobertas!

RESUMO

Neste trabalho procura-se perceber os fatores que estiveram na base dos resultados da negociação coletiva efetuada entre os sindicatos médicos e os dois últimos governos. A análise centra-se no processo de contratação coletiva, que deu origem a dois acordos coletivos de trabalho de conteúdos semelhantes que procuram harmonizar as regras sobre emprego e relações laborais dos médicos em funções públicas e dos médicos com contrato individual de trabalho do Serviço Nacional de Saúde. Partindo-se da identificação dos aspetos desreguladores do emprego no setor público da saúde, analisa-se as fases do processo, as posições dos atores sobre a negociação e sobre os desafios, os objetivos e as estratégias para os alcançar. Da análise efetuada, concluiu-se que os sindicatos médicos conseguiram negociar a re-regulação de várias matérias laborais alargando o universo da sua aplicação aos médicos das entidades públicas empresariais da saúde. Isto numa negociação com governos que resistiram partilhar o espaço da regulação das condições de emprego com o ator sindical. Na base deste resultado está uma abordagem não ideológica às matérias alvo de negociação, além da adoção de uma posição consertada por parte dos sindicatos na mesa negocial e do recurso ao poder profissional dos médicos.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública, Serviço Nacional de Saúde, médicos, sindicalismo, regulação, relações coletivas de trabalho, negociação coletiva, acordo coletivo de trabalho

ABSTRACT

This study seeks to understand the factors that lead to results achieved through collective bargaining between medical labour unions and the last two governments. The analysis focuses on the process of collective agreement, which gave rise to two similar collective bargaining agreements, both of which sought to harmonise the rules relating to the employment and labour relations of doctors in public service as well as doctors possessing individual labour contracts within the National Health Service. Based on the identification of deregulating aspects of employment in the public health sector, the analyses will focus on the different phases of the process, the actors' positions in the negotiation and the challenges, objectives and strategies taken to achieve them. From this examination, it is revealed that the medical unions were able to negotiate the re-regulation of various labor issues, broadening the universe of their applications to medical public health enterprises through negotiations with governments that resisted sharing the regulation platform on labour conditions with union actors. On the basis of this result is a non-ideological approach to the issues subject to negotiation, and the adopting of a position fixed by the unions at the negotiating table as well as the use of the professional power possessed by physicians.

Keywords: New Public Management, National Health Service, doctors, unionisation, regulation, collective bargaining, collective agreement, collective industrial relations

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	III
ABSTRACT	IV
ÍNDICE	V
ÍNDICE DE QUADROS	VI
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	VII
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – TRANSFORMAÇÕES NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO	
1. As reestruturações na Administração Pública: a NGP e os desafios às relações de emprego	4
1.1 As reformas na Administração Pública em Portugal: contextos e vetores da mudança	6
2. A saúde em mudança: as reformas e seus determinantes	8
2.1 Os contextos da mudança no sistema de saúde português	9
2.2 As reformas do sistema público de saúde em Portugal	10
3. As mudanças no emprego médico e nas relações laborais: uma síntese	15
CAPÍTULO II – ELEMENTOS PARA UMA ABORDAGEM AO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA	
1. Características fundamentais do sindicalismo médico	19
2. O emprego e as relações laborais dos médicos do SNS	21
3. Re-regulação do emprego médico e contratação coletiva: uma contextualização	22
CAPÍTULO III – PROBLEMÁTICA E MODELO DE ANÁLISE	
1. Os desafios da re-regulação: uma problematização	24
2. Modelo de análise	25
3. Metodologia	27

CAPÍTULO IV – A RE-REGULAÇÃO: ANÁLISE DO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO DA CARREIRA MÉDICA	
1. Conceção e negociação dos princípios fundamentais da carreira médica	30
2. A crise económica e suas repercussões na negociação	35
3. O conflito ou a conquista de espaço negocial	36
DISCUSSÃO	41
FONTES	45
BIBLIOGRAFIA	45
ANEXO A – GUIÃO DA ENTREVISTA AOS SINDICATOS	I

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 - Síntese das linhas de reforma na saúde em Portugal	15
---	----

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

Aces – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACT – Acordo Coletivo de Trabalho

CIT – Contrato individual de trabalho

CSP – Cuidados de Saúde Primários

EPE – Entidade Pública Empresarial

Fnam – Federação Nacional dos Médicos

NGP – Nova Gestão Pública

OM – Ordem dos Médicos

PPP – Parceria Público-Privada

SA – Sociedade Anónima

SIM – Sindicato Independente dos Médicos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

À semelhança de outros países, o ímpeto reformista da Administração Pública em Portugal, sob o “chapéu” de medidas que encaixam na lógica da Nova Gestão Pública (NGP), tem levado a uma reconfiguração dos serviços públicos numa orientação geral de incorporação de mecanismos característicos do setor privado no setor público.

O setor da saúde tem sido um dos visados nas alterações inspiradas pelas ideias da NGP, tendo sido alvo de reformas específicas. Estas, têm sido de natureza bastante complexa, existindo várias frentes de reorganização do setor, tendo como objetivos fundamentais a racionalização na prestação de cuidados de saúde e a reestruturação organizacional, no sentido de um afastamento do Estado enquanto prestador, deslocando-se essa função para o âmbito privado (Carvalho, 2009).

Assim, de entre as medidas orientadoras das reformas destaca-se a deslocação do âmbito jurídico das organizações de saúde para a esfera do direito privado, a par da descentralização de competências e autonomização da gestão, levadas a cabo quer através da empresarialização de unidades de saúde, quer através do estabelecimento, mais recente, de parcerias público-privadas (PPP).

Do ponto de vista da regulação do mercado de trabalho e das relações de emprego do grupo profissional dos médicos, estas medidas comportaram aspetos revolucionários. Apesar de não se recorrer à privatização pura, a empresarialização trouxe uma crescente e irreversível individualização das relações laborais, fragmentando as condições de trabalho. Além disso, a maior autonomia dada à gestão fez deslocar o centro das decisões, inclusive das que estão relacionadas com os recursos humanos, do nível central e regional para o nível local. A descentralização de competências possibilitou ainda a competição entre prestadores públicos e privados, no âmbito do serviço público de saúde, que passam a competir tendo por base a atribuição de um valor de mercado aos diferentes saberes médicos (Stoleroff e Correia, 2008).

Sublinhe-se ainda que o desenvolvimento da gestão previsional tem colocado desafios à compatibilização entre o esquema clássico de carreira e os novos esquemas de retribuição e progressão dos profissionais, baseados na contratualização interna e avaliação de desempenho. Este aspeto surge particularmente desenvolvido nos cuidados de saúde primários (CSP), em que as remunerações de médicos têm uma componente variável dependente do cumprimento de objetivos previamente estabelecidos.

Há, portanto, uma descoincidência entre o desenho formal de relações laborais aplicável à função pública, uniformizado e centralizado, e um novo contexto de contratação individualizada e particularizada, sobretudo ao nível das entidades públicas empresariais (EPE) da saúde (Stoleroff e Correia, 2008). Estas medidas traduzem-se na hibridização das condições de emprego e das relações laborais no setor, como meio de alcançar formas de flexibilização na prestação do trabalho e a racionalização dos gastos, impondo um certo nível de competição.

Torna-se, então, nítido que as reformas têm tido uma forte componente de desregulação do mercado de trabalho e das relações laborais no setor, colocando desafios acrescidos aos sindicatos: a convivência de duas modalidades de contratação com o crescimento da individualização das relações laborais desafia as concepções tradicionais do emprego público e ameaça a homogeneidade de interesses dos grupos profissionais, além de que a descentralização de competências obriga à deslocação do centro de negociação para o nível micro das relações laborais (Stoleroff e Correia, 2008).

Em 2009, por força da alteração da legislação laboral da Administração Pública, os sindicatos foram chamados a negociar uma nova regulação das condições de emprego dos médicos. Inicia-se, assim, um processo de re-regulação das relações laborais que conta com algumas particularidades. Antes de mais, este processo não tem uma base voluntarista por parte dos atores envolvidos, acontecendo por força da alteração da legislação laboral da Administração Pública no geral. Além disso, acontece numa época de grandes constrangimentos económicos, sendo que uma parte do processo é levada a cabo já durante o resgate económico do país e marcada por uma grande perturbação política. Considere-se ainda que a re-regulação incorpora aspetos inovadores ao nível do sistema de relações industriais do setor, englobando, não só num novo regime legal da carreira médica, mas também, e pela primeira vez, a negociação de acordos coletivos de trabalho (ACT).

A análise da confluência de medidas estruturais na Administração Pública e no Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui, então, a fonte para a delimitação do problema geral da dissertação que se situa ao nível dos desafios que se colocam à re-regulação num contexto de desregulação do mercado de trabalho dos médicos e da emergência de um novo modelo de relações industriais no setor.

Assume-se que existe um movimento de desregulação-re-regulação das condições de emprego e das relações laborais enquadrado numa dinâmica em que concorrem, simultaneamente, uma tendência para flexibilizar a mão-de-obra e diminuir os custos, ao nível macro, e a obrigatoriedade de uma nova regulação, ao nível meso, sendo que este processo incide sobre um grupo com significativo poder profissional e corporativo e com um sindicalismo tradicionalmente bem organizado, apesar das diferenças de ideologias e valores no seu seio. Tomando em conta estes pressupostos, a investigação orienta-se pela seguinte questão de partida: Até que ponto a contratação coletiva respondeu aos desafios colocados pelas transformações do mercado de trabalho dos médicos do SNS?

O objetivo geral deste trabalho é analisar os fatores que influenciaram o resultado final do processo de re-regulação do emprego e das relações laborais dos médicos do serviço público de saúde, através da análise sistemática à negociação do processo de contratação coletiva, incorporando no mesmo a negociação prévia do novo regime legal da carreira médica. Isto porque as matérias dos ACTs - um para os médicos em funções públicas e outro para os médicos com contrato individual de trabalho – derivaram, em grande medida, dos princípios estabelecidos na reestruturação da carreira.

Os ACTs surgem, então, concetualizados como o instrumento da re-regulação. É este que viabiliza, por um lado, e delimita, por outro, as regras do mercado de trabalho e da própria capacidade

para os atores intervirem na regulação, sendo o produto do acordo alcançado por via de um processo negocial entre os atores. Os limites dos conteúdos do ACT ditam os próprios limites da regulação.

De forma a dar resposta a este objetivo geral, indentificam-se os seguintes objetivos específicos:

- Compreender as alterações ao estatuto profissional dos médicos e às relações laborais no setor;
- Identificar os aspetos desreguladores do mercado de trabalho dos médicos;
- Descrever os traços gerais do sindicalismo médico e das relações industriais no setor;
- Compreender o papel da contratação coletiva no processo de re-regulação;
- Analisar a relação entre os contextos externos e a dinâmica própria da negociação;
- Analisar os aspetos visados na contratação coletiva.

Face ao exposto, começa-se por fazer uma análise aos contextos das reestruturações ocorridas no emprego e nas relações laborais com enfoque nos médicos do SNS, partindo-se, então, para os aspetos mais diretamente relacionados com a negociação coletiva, procedendo-se a uma descrição dos sindicatos médicos e das características das relações laborais deste grupo profissional, além de se enquadrar a negociação do ACT no âmbito da re-regulação do mercado de trabalho dos médicos. Recorrendo à integração de duas perspetivas teóricas, a institucionalista, que se centra nas determinantes do ambiente externo ao processo, e a teoria dos jogos, em que se atribui uma dinâmica própria à negociação, parte-se, então, para a análise ao processo de negociação coletiva. A análise será efetuada sobretudo através da consulta de documentos, embora recorrendo ao apoio de entrevistas a dirigentes sindicais. Pretende-se, por fim, fazer uma reflexão sobre a re-regulação e o sindicalismo médico.

Com este trabalho procura-se contribuir para uma compreensão mais alargada dos processos de reestruturação das relações laborais no sector público.

CAPÍTULO I – TRANSFORMAÇÕES NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE: UMA CONTEXTUALIZAÇÃO

1. As reestruturações na Administração Pública: a NGP e os desafios às relações de emprego

As reformas no setor público, iniciadas na década de 1980, têm origens de diversa natureza, se bem que estão sobretudo associadas às alterações económicas verificadas a partir da década anterior. Carvalho (2009) sublinha as mudanças ao contexto económico e social iniciadas com a recessão provocada pela crise do petróleo na década de 1970, além da expansão da internacionalização e livre circulação de capitais, que culminou no aumento da interferência de organizações supranacionais nas decisões económicas e sociais dos estados e no surgimento de um modelo de produção pós-fordista, assente numa economia de serviços caracterizada pela flexibilidade do mercado e, conseqüentemente, da mão-de-obra.

A par destas mudanças, Carvalho (2009) enfatiza ainda a existência de um contexto ideológico que coloca como inevitável a gestão menos burocratizada das organizações, de forma a fazer frente à rigidez organizativa, à ausência de responsabilização e ao poder dos profissionais. A juntar a isso, a premissa de “menos Estado, melhor Estado” ganha força, criticando-se que o monopólio deste na prestação de serviços sociais afecta a eficiência. Ferner (1995) chama ainda atenção para as pressões de reforma do Estado Social resultantes da integração europeia, passando a ver-se a eficiência dos estados como um factor de competitividade, ao mesmo tempo que se estabelecem objetivos precisos de convergência do peso do défice da despesa pública.

As mudanças abalaram a neutralidade social enquanto ideia chave na constituição e funcionamento do Estado-Providência: a neutralidade política entendida enquanto o facto de o Estado Social estar acima das atividades políticas nos países democráticos e a neutralidade de uma organização que articula administração burocrática, baseada em regras bem definidas e resultados previsíveis, e profissionalismo, cuja neutralidade provinha do compromisso de colocar o saber ao serviço do bem colectivo. Saliente-se ainda o agudizar de tensões no âmbito do próprio modelo de organização dos serviços públicos: ao mesmo tempo que o profissionalismo continuou a desenvolver agendas de intervenção expansivas aprofundam-se as preocupações administrativas com o controlo dos gastos, num contexto em que se passou da expansão do Estado-Providência para a sua contração (Clarke e Newman, 1997).

Poderá dizer-se que é o papel do Estado que é posto em causa. Já não se trata apenas de saber quanto se gasta em serviços públicos, mas de se questionar o que os estados devem fazer e como devem fazer, o que afetou a organização e gestão da Administração Pública (Ferner, 1995).

É nestas circunstâncias que surgem um conjunto vasto de medidas de reestruturação do Estado-Providência sob o chapéu do que normalmente se designa por Nova Gestão Pública (NGP). Na base desta, existem ideias convergentes, nomeadamente, o questionamento dos processos e estruturas

tradicionais dos serviços públicos, introduzindo-se formas de gestão características do setor privado no setor público e colocando-se o enfoque nos resultados ao invés da prestação de contas (Bach e Bordogna, 2011; Correia, 2012).

Estas ideias básicas deram lugar a um conjunto vasto de medidas: desregulação na provisão de serviços públicos, forçando a sua competição como forma de melhorar a eficiência, ao que se liga também a privatização e externalização de serviços; introdução de mecanismos de mercado, englobando a fragmentação e descentralização de estruturas administrativas, descentralização de competências e formas de gestão contratualizada; introdução de técnicas e práticas de administração do setor privado, que se caracterizam pela profissionalização e autonomia da gestão, definição de medidas de desempenho, ênfase nos resultados e na eficiência e enfoque no consumidor; e difusão de práticas de gestão de recursos humanos e alteração do papel e influência dos sindicatos com o objetivo de reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços (Bach e Bodogna, 2011; Lane, 1997; Simões, 2004).

Esta reconfiguração dos serviços públicos numa orientação geral de incorporação de mecanismos característicos do setor privado têm criado condições para mudanças na forma como os serviços são disponibilizados e nas relações de emprego. Ferner (1995) coloca a tónica das mudanças ocorridas no emprego público na descentralização de competências, na importância dada aos incentivos individuais baseados no desempenho, além do aumento das formas de flexibilidade laboral com repercussões no tempo de trabalho, carreiras e contratos. A análise de Storey (1995) a vários estudos de práticas de recursos humanos nos setores público e privado não se afasta desta ideia, constatando-se que, em ambos, a orientação tem sido para o aumento de formas de remuneração ligadas ao desempenho, flexibilidade na prestação do trabalho, além do aumento do individualismo face ao coletivismo herdado do período fordista, existindo, contudo, a convivência entre os dois sistemas.

No entanto, apesar do movimento geral reformista com bases assentes em alterações económicas e sociais macro, as estratégias das reformas são variáveis entre os países e entre os setores, no que respeita à abrangência, orientações e resultados (Lane, 1997: 12). Conforme sublinham Clarke e Newman (1997), o questionamento da organização tradicional dos serviços públicos foi gerado a partir de pontos divergentes e abarcam problemas diferentes, atendendo a que os desafios que recaem sobre o Estado-Providência estão relacionados com questões tão vastas como acesso, poder, direitos, níveis de benefícios e serviços e condições sob as quais são prestados, questões sobre desigualdade, assim como formas de prestação de serviços. Na mesma linha de pensamento, Bach e Bordonga (2011: 5) argumentam que as abordagens às reformas são, muitas vezes, o culminar de iniciativas que se vão sobrepondo, de forma a corrigir deficiências prévias, sendo mediadas pelas características legais, institucionais e culturais de cada país.

Bach e Bordonga (2011) chamam ainda atenção para o facto de que o Estado se tem caracterizado por ser um empregador modelo apresentando algumas vantagens em termos de proteção

e segurança no emprego, salários, reformas e pensões e uniformidade das condições de emprego. Atendendo às tradições institucionais do setor, Stoleroff (2007) chama atenção que as reestruturações conheceram, em muitos países, a resistência por parte dos trabalhadores do setor público, sendo que o estatuto particular dos funcionários públicos, as orientações políticas para manter o emprego público e a presença dos sindicatos têm limitado o desenvolvimento da flexibilidade laboral e, em alguma medida, protegido o emprego no setor.

Da mesma forma, Galetto *et al* (2012), no âmbito de um estudo comparativo das reformas da saúde em três países (Reino Unido, França e Itália), afirmam que, apesar dos mecanismos tradicionais de regulação do trabalho estarem sob pressão e terem sofrido alterações, não há evidência sobre a adoção extensiva de mecanismos característicos do setor privado, sendo que as lógicas que influenciaram as mudanças são diversas e complexas e que não se resumiram a incorporar práticas do setor privado. Os autores concluem que a determinação dos salários permaneceu, *grosso modo*, centralizada, que o pagamento ligado ao desempenho não se enraizou e que, no que respeita à flexibilidade, esta se concentra sobretudo na existência de trabalhadores temporários.

1.1 As reformas na Administração Pública em Portugal: contextos e vetores da mudança

Portugal não tem ficado imune às tendências gerais de reestruturação da Administração Pública, sendo que, no contexto nacional, as questões relativas ao questionamento do próprio Estado-Providência acabam por adquirir grande relevância. Mozzicafreddo (2000: 67) sublinha que o debate se tem centrado na “reformulação do contrato social no contexto da acção institucional do Estado-Providência”.

Conforme argumenta Santos (1987), o Estado-Providência português não assentou, em nenhum momento, numa relação sustentável entre acumulação e distribuição de riqueza. A par disso a sua institucionalização não foi interiorizada pela população, nem tem uma base consensual suficientemente estável de forma a ficar imune às variações ideológicas e de conduta de quem ocupa o poder governamental. De notar ainda que o Estado-Providência em Portugal foi institucionalizado numa altura em que os países ocidentais começavam a reformar a sua Administração Pública.

As reformas da Administração Pública portuguesa intensificaram-se a partir da década de 2000. Além do objetivo de contenção de custos, na base das reformas há toda uma lógica de retração quantitativa do Estado enquanto prestador de serviços, a par de um enfoque maior num papel de regulador do sistema social (Mozzicafreddo, 2000).

O Estado recuou no seu papel de produtor e prestador de serviços públicos, assumindo cada vez mais o papel de regulador, organizador e comprador de serviços a entidades privadas ou sem fins lucrativos ou recorrendo a PPP. Esta tendência para a privatização não foi aplicada na sua forma mais radical, assumindo vários formatos que acabam por ter em comum a *fuga para o direito privado* com o abandono dos instrumentos característicos do direito administrativo, passando a utilizar-se os

instrumentos do direito privado, destacando-se a empresarialização dos organismos públicos e o financiamento através de contratos-programa (Simões, 2004).

Se é certo que o questionamento do Estado-Providência, em si mesmo, tem assumido relevância, é de notar que a crise do défice iniciada na primeira metade da década de 2000 se assume como um contexto crucial no desenvolvimento de reformas da Administração Pública e na centralidade das opções de reestruturação e retração do Estado (Stoleroff, 2007; Stoleroff e Pereira, 2008). Face às exigências de cumprimento das metas do défice impostas pela União Europeia, o governo, entre 2002 e 2005, aplicou medidas de corte de despesa, nomeadamente, a extinção de organismos públicos, restrição das contratações e incremento da mobilidade interna de trabalhadores. Além disso, concebeu-se o programa de avaliação de desempenho dos trabalhadores com o intuito de pôr fim à progressão automática na carreira (Stoleroff, 2007).

Num contexto político e económico marcado pelo aprofundar da crise do défice, o governo seguinte, aprofundou e desenvolveu um conjunto de medidas cujo objetivo central era o da contenção de custos através de uma componente muito vincada da contração do emprego e dos custos da mão-de-obra, além da racionalização organizacional, através da criação de serviços transversais a vários organismos públicos, acompanhado, muitas vezes, quer de extinções, quer de fusões entre entidades. Estas reorganizações despoletaram ainda a criação de um quadro de trabalhadores excedentes, através do mecanismo da mobilidade especial (Stoleroff, 2007).

Uma das alterações mais significativas foi a publicação de nova legislação sobre o emprego público. A Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro estabelece uma nova moldura legal dos vínculos, carreiras e remunerações dos trabalhadores da Administração Pública. O novo texto legal reagrupa as centenas de carreiras em três carreiras gerais, num regime de convergência com o setor privado. O estatuto de funcionário público praticamente desaparece, ficando confinado às funções soberanas do Estado¹, para dar lugar a um contrato de trabalho padrão para os trabalhadores da Administração Pública – o contrato de trabalho em funções públicas. Sublinhe-se ainda a constituição de regras de progressão na carreira dependentes da avaliação de desempenho, entretanto estabelecida.

Com esta nova lei, os grupos de trabalhadores cujas funções não se podem encaixar nas três carreiras gerais da Administração Pública são enquadrados em carreiras especiais a serem negociadas entre o governo e os representantes dos trabalhadores, como é o caso dos médicos. Assim, o novo quadro legal acabou por desencadear um desafio aos estatutos especiais que têm regulado as relações de emprego entre as corporações e os profissionais do serviço público. Isto, através de projectos de reforma direccionados para setores específicos, como a educação e a saúde (Stoleroff e Pereira, 2008).

O despoletar da crise económica em 2010 e o conseqüente pedido de assistência financeira inaugurou uma outra fase nas medidas aplicadas no setor público. Embora não se tenha rompido com

¹ Com estatuto especial permanecem os trabalhadores que desenvolvem as chamadas funções soberanas do Estado, nomeadamente, defesa, representação externa, polícia, investigação criminal, magistrados e juízes.

opções recentes, atendendo a que o controlo da despesa pública é um dos objetivos fundamentais, as medidas têm-se concentrado na diminuição dos custos do trabalho. Assim, do programa de resgate financeiro constam compromissos de congelamento de salários e de progressões, limitações severas à contratação de novos trabalhadores, redução das estruturas e de dirigentes da e novas regras de mobilidade, além de iniciativas de redução, fusão e extinção de organismos, (Silva, 2012).

Nota-se, então, que a reforma na Administração Pública em Portugal tem uma grande componente de transformação do emprego público e das relações de trabalho, introduzindo-se um mecanismo de dispensa de trabalhadores, através da mobilidade especial, a alteração às regras da progressão na carreira, com a introdução da avaliação de desempenho, perda do estatuto especial dos trabalhadores do setor público, com a nova lei de vínculos, carreiras e remunerações e a intensificação do crescimento da individualização das relações de trabalho proporcionada pela alteração do estatuto jurídico que rege as organizações da Administração Pública. Isto, enquadrado por uma conjuntura de significativa contração económica e grandes pressões para a redução de custos.

Conforme nota Stoleroff (2007), atendendo à importância do emprego no setor público e dos sindicatos do setor, apresentando-se este como um bastião da negociação coletiva num país com baixa taxa de sindicalização, os resultados das reformas têm impacto significativo nas relações industriais.

2. A saúde em mudança: as reformas e seus determinantes

A saúde é uma das áreas emblemáticas do Estado-Providência. Trata-se de um setor que tem estado sujeito a grandes pressões na procura dos serviços de saúde fruto do aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, do desenvolvimento de meios de diagnóstico e terapêutica cada vez mais caros, além da exigência, por parte das populações, de serviços de saúde com mais qualidade e acesso às tecnologias mais recentes. Refira-se que, em Portugal, na década de 2000 o aumento da despesa em saúde superou sempre o aumento do Produto Interno Bruto, à exceção dos anos de 2006 e 2007 (Silva, 2012). As pressões do lado da procura tornam-se, ao mesmo tempo, constrangimentos económicos (Galletto *et al*, 2012), pelo que a saúde tem sido um dos setores visados nas reformas da Administração Pública no geral.

O avanço da tecnologia e dos padrões de doença têm aberto outras possibilidades na prestação de cuidados de saúde, mas as reformas inspiradas nos princípios da NGP têm sido a face mais visível nas reestruturações do setor. Carvalho (2009: 82) refere que as reformas da saúde se estruturam em torno da equidade, eficiência e aumento da responsabilidade do prestador perante o consumidor, factores próximos das ideias chave da NGP.

Conforme afirma a autora, à semelhança da Administração Pública no geral, também na área da saúde tem havido uma diminuição da participação e responsabilidade do Estado e um aumento da auto-regulação por parte dos prestadores e financiadores. Há um afastamento da conceção da saúde enquanto um bem público e uma aproximação ao mercado, introduzindo-se um mercado interno, com

mecanismos de competição entre prestadores e diferentes formas de financiamento, com o objetivo de aumentar a eficiência e a flexibilidade e diminuir os gastos públicos.

Num estudo comparativo de três países europeus sobre as mudanças na organização dos hospitais e seus impactos, Galetto *et al* (2012) indicam como grandes tendências de medidas na área da saúde que encaixam nas ideias da NGP a *managerialização*, materializada no aumento do poder e controlo por parte dos gestores sobre as organizações e na substituição das normas profissionais por indicadores de desempenho e em mecanismos de controlo baseados nos resultados, a *marketização*, adoptando-se os contratos-programa e o financiamento dos hospitais por ato efetivamente prestado, e a *corporatização*, através da desagregação de unidades e da descentralização da decisão, garantindo aos hospitais mais autonomia, formalizada num novo estatuto jurídico.

2.1 Os contextos da mudança no sistema de saúde português

Em Portugal, as mudanças na saúde assentam numa moldura complexa de contextos, tradições institucionais de regulação e intervenção e interação dos atores. Correia (2012) chama atenção para o facto de, apesar das mudanças terem vindo a desenrolar-se com grande amplitude no âmbito do SNS português, é preciso ter em consideração que estas não surgem nem têm um percurso desgarrado das especificidades institucionais do país.

Desde logo, é preciso considerar a implementação tardia e pouco desenvolvida do Estado-Providência em Portugal, e consequentemente do SNS, como anteriormente falado. Neste aspecto, é importante sublinhar a existência de vários tipos de regulação do Estado-Providência implementada ao longo do tempo e que se traduz, muitas vezes, na coexistência de legislação, ideologias e instituições de diversa natureza e com lógicas nem sempre coincidentes (Santos, 1993). No setor da saúde terá, porventura, contribuído para um novo complexo de reformas, apesar do fio condutor da racionalização da prestação dos cuidados de saúde.

A criação do SNS, em 1979, assentou em dois pilares fundamentais: a reorganização num sistema único das várias estruturas de prestação de cuidados, herança do estado corporativista, e, na senda do objetivo de consagrar o direito à saúde para todos os cidadãos, independentemente da sua situação financeira, o financiamento através do Orçamento Geral do Estado (Carvalho, 2009). Contudo, note-se que, desde o início, o SNS foi confrontado com diversas limitações. Desde logo, os constrangimentos económicos significativos nessa época, o que debilitou a capacidade de financiamento do setor. A par disso há que contar que a adoção do modelo de Beveridge não reuniu consenso de uma parte dos profissionais médicos, contando mesmo com a oposição da Ordem dos Médicos (OM). Além disso, deverá considerar-se que o sistema de saúde, na prática, nunca se resumiu ao SNS, havendo desde o início presença significativa de prestadores privados, por exemplo, na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, além de que a pluriatividade é uma situação

frequente entre os profissionais de saúde, que acumulam funções no setor público e privado (Simões, 2004).

Estes contextos culminaram na debilidade estrutural do SNS português materializada na sua suborçamentação, na falta de transparência entre interesses públicos e privados, na insuficiente acessibilidade aos serviços e na falta de uma organização eficiente (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003), o que contribuiu para a adopção relativamente pacífica dos princípios do mercado que caracterizam a mudança no setor (Carvalho, 2009).

A juntar a isto, sublinhe-se as características próprias do sistema de relações industriais. Em Portugal, este conserva ainda características do Estado corporativo, com grande intervenção estatal e marcado por organizações sindicais divididas por clivagens ideológicas e corporativas, o que culmina num sistema de relações industriais pouco desenvolvido; formalizado legalmente, mas pouco aplicado na prática (Stoleroff, 1988).

Por outro lado, há que contar com as características do próprio grupo profissional. Recorrendo à análise de Freidson (1971, *apud* Carapinheiro, 1993), o fechamento e monopólio sobre a posse de saberes específicos da profissão enquanto fonte de poder é, no caso dos médicos, bastante relevante. Isto porque são um grupo profissional determinante na “produção” de cuidados de saúde, ao que se junta, e tomando como referência o caso português, o controlo interpares, através de uma ordem profissional, no estabelecimento de normas de conduta e deontologia, acesso à profissão e da própria progressão na carreira.

Neste âmbito, importa ainda considerar a hegemonia da cultura hospitalar entre os médicos a par do modelo hospitalocêntrico do sistema de saúde em Portugal. A um SNS cujo pilar, em teoria, é a promoção da saúde e prevenção da doença opõe-se o facto de a ação política se ter vindo a centrar mais nos hospitais, facto a que não será alheia a grande importância relativa das transferências financeiras para estas organizações (Correia, 2012). Esta posição central ocupada pelos hospitais no sistema de saúde reforça e legitima os poderes profissionais dos médicos, principais detentores dos conhecimentos que fazem o hospital produzir, sendo-lhes atribuída uma autonomia e autoridade análoga à da administração (Carapinheiro, 1993). Paralelo ao raciocínio de Carapinheiro (1993), que afirma que o serviço é a unidade em que assenta o trabalho e a produção hospitalar, Campos (2012), coloca os directores de serviço como os grandes decisores nestas organizações.

2.2 As reformas do sistema público de saúde em Portugal

Seguindo a lógica do hospitalocentrismo, em Portugal as reformas na saúde começaram por se direccionar aos hospitais. De um modo geral, aponta-se o ano de 1988 como o primeiro marco na intenção de redefinição da forma de funcionamento dos hospitais (Simões, 2004; Carvalho, 2009), tendo-se publicado, nesse ano, duas peças legislativas: o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, em que se aprova a lei de gestão hospitalar, e o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, em que

se altera a organização e funcionamento dos órgãos de gestão dos hospitais. Ambos procuraram incorporar as linhas de reformas hospitalares de outros países europeus, inspiradas na ideia da maior eficiência das formas de gestão e dos mecanismos de funcionamento do setor privado (Simões, 2004). De entre as linhas orientadoras do novo regulamento dos órgãos dos hospitais, poderá destacar-se o reforço de competências dos órgãos de gestão, bem como a sua maior autonomização face à área de exercício da medicina.

No que respeita a mudanças mais amplas, respeitantes à prestação de cuidados de saúde, destaca-se a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, em que se aprova a Lei de Bases da Saúde. Nesta legislação sobressai a intenção de iniciar um caminho rumo à privatização da prestação dos cuidados de saúde, atuando o setor privado em concorrência com o setor público. Na Base XV é explicitada a preferência pela atividade profissional desenvolvida exclusivamente num dos setores, ficando ainda expresso a orientação de facilitação da mobilidade de profissionais do setor público para o privado.

Um pouco mais tarde, no novo Estatuto do SNS, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, permanece a intenção legislativa de entrada do setor privado na prestação pública de cuidados de saúde, subordinada à ideia da maior eficiência deste setor, além da orientação geral da necessidade de flexibilidade na gestão de recursos, enquanto incentivo a métodos e práticas concorrenciais. Abre-se, então, a porta à fragmentação das relações de emprego, quer através do incentivo à entrada do setor privado na saúde, quer através da admissão, ainda que excecional, da contratação sujeita ao regime geral do contrato individual de trabalho.

A fase seguinte, com um governo de centro esquerda, fica marcada por um recuo na ideia da privatização pura, abrindo-se a perspectiva da privatização das formas de gestão, recorrendo-se a instrumentos característicos do setor privado, nomeadamente, a mecanismos de tipo mercado. O enfoque foi na contratualização externa e interna no próprio hospital, novas formas de organização dos serviços e maior liberdade negocial entre hospital e profissionais (Carvalho, 2009). Apesar de não ter tido grande disseminação, sublinhe-se, a propósito, a publicação do Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro que cria os centros de responsabilidade integrada como estruturas de gestão intermédia nos hospitais, visando replicar dentro destas organizações a lógica externa de contratualização. Tendo como objetivo o aumento da eficiência numa lógica de responsabilização dos profissionais de saúde pela gestão dos recursos, é por aqui que a gestão toca a prestação de cuidados, definindo-se novas regras de financiamento e de remuneração dependentes do volume da actividade realizada, da produtividade e da qualidade dos resultados obtidos.

A intervenção no setor intensificou-se definitivamente a partir de 2002 (Correia, 2011), pelo efeito do novo regime jurídico da gestão hospitalar, estabelecido através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Passam, então, a ser contemplados outros tipos de unidades hospitalares: as do setor público administrativo, que conservam os mecanismos das organizações do Administração Pública, as sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos e as EPE, que, sendo públicas, se

regem pelos instrumentos do setor privado, e os hospitais privados, que poderão fazer parte do sistema de saúde com base em contratos entre empresas privadas e o Estado.

A empresarialização dos hospitais, primeiro sob a forma de SA, e a partir de 2005, com o estatuto jurídico EPE tem vindo a alargar-se a cada vez mais unidades do SNS. Trata-se de uma das mudanças organizacionais mais decisivas na reforma, sendo definida por Stoleroff e Correia (2008: 4) como um “ (...) processo de autonomização das competências gestonárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do setor privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados”.

A forma de gestão empresarial em convergência com o setor privado fez-se a partir da descentralização de competências da administração central para níveis inferiores. O conselho de administração dos hospitais passou a ter competências outrora pertencentes aos organismos regionais ou centrais do Estado, ficando responsável pela conceção, implementação e controlo dos cuidados de saúde.

A maior autonomia dada à gestão hospitalar fez deslocar o centro das decisões relacionadas com os recursos humanos do nível central e regional para o nível local abrindo a porta à competição interna entre prestadores públicos e prestadores públicos e privado. A juntar a isso, os hospitais empresa, na medida em que passaram a reger-se pelas normas do direito privado, passaram a atuar em convergência com este em relação à aquisição e gestão de recursos. Assim, no que respeita ao mercado de trabalho, este estatuto possibilitou o crescimento da individualização das relações de trabalho num setor outrora caracterizado pela uniformização das regras. Ao desenvolver-se o CIT introduziu-se um valor de mercado para a atividade dos médicos, variável conforme as necessidades de determinados saberes (Stoleroff e Correia, 2008). Em consonância com as ideias da flexibilização, do aumento da eficiência e da orientação para os resultados, a lei previa ainda a constituição de um regime de incentivos aos profissionais com base no desempenho. Além disso, aprofundou-se o financiamento através da contratualização, ou seja, o pagamento por atividade efetivamente prestada.

Ainda numa óptica de racionalização dos gastos, cresceu o número de hospitais agregados numa só unidade de gestão, designados por centros hospitalares. Na perspectiva de ganhar economias de escala, a lógica passa pelos ganhos de eficiência por meio da concentração de recursos, especialização interna e mobilidade de profissionais (Correia, 2012; Carvalho 2009). Essa mesma lógica foi replicada, mais tarde, através do desenvolvimento das Unidades Locais de Saúde (ULS), que partilham o mesmo estatuto jurídico dos hospitais empresa e integram, sob uma gestão conjunta, as organizações hospitalares e dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de uma determinada área.

Há que contar ainda com a crescente presença do setor não público na prestação de cuidados de saúde que, em Portugal, se tem realizado muito através das PPP para a construção e gestão de hospitais da rede pública e da contratualização de cuidados de saúde, quer de cirurgias, quer nos cuidados de saúde terciários (reabilitação, cuidados paliativos) com o setor privado e social.

No caso dos CSP, as reformas foram mais tardias. Poderá dizer-se que em 1998, com a publicação do Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, as mudanças na saúde chegam aos CSP. Esta peça legislativa estabelece o regime remuneratório experimental aplicável aos médicos da carreira de clínica geral, com o qual se pretendeu remunerar os profissionais que a ele aderiram, segundo níveis de atividade. Embora com natureza experimental e numa base voluntária, inaugura-se, assim, o pagamento de acordo com o desempenho, independentemente das regras estabelecidas para as respectivas categorias.

Apesar disso, poderá apontar-se 2005 como o ano em que se iniciam as reformas mais decisivas dos CSP, ano em que se criou a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, uma organização composta fundamentalmente por médicos, que definiu as linhas orientadoras e coordenou e supervisionou todo o processo de implementação e desenvolvimento da reforma. As reestruturações dos CSP são o resultado natural de experiências passadas na segunda metade da década de 1990, como o regime remuneratório experimental, e que tiveram em comum o pressuposto da melhoria dos cuidados médicos e das condições de trabalho dos profissionais e de serem pensadas em torno da ideia da diferenciação remuneratória consoante o desempenho (Teixeira, 2012).

A reforma dos CSP parte da ideia-chave da insatisfação de todos os intervenientes desta área de cuidados. Assim, numa lógica que vai ao encontro das ideias da NGP de orientação para o consumidor, as reestruturações visam a melhoria da acessibilidade, qualidade e proximidade dos cuidados para os utilizadores. Para os profissionais, as medidas preconizadas iriam melhorar as condições de trabalho e a organização e recompensar boas práticas. Isto, sob o pano de fundo da melhoria da eficiência e da contenção de custos (Pisco, 2007). Refira-se que os médicos dos CSP tinham uma carreira diferente dos médicos dos hospitais, à qual correspondia uma estrutura remuneratória também diferente.

A reestruturação dos CSP implicou uma nova arquitetura da organização das estruturas de saúde regionais e locais orientada pelo objetivo da desconcentração da tomada de decisões, desenvolvimento da contratualização e implantação da gestão por objetivos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2007). Os 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (Aces), criados em 2008, foram concebidos de acordo com uma filosofia de racionalização de estruturas: por um lado, constituem-se pequenas equipas em unidades funcionais autónomas e, por outro, agrega-se recursos e estruturas de gestão, de forma a obter-se economias de escala e possibilitar a implantação de estratégias regionais de saúde, transferindo-se competências das administrações regionais de saúde, por via da extinção das subregiões de saúde, para os Aces (Pisco, 2007). Refira-se ainda que a autonomização da gestão nos CSP, com a criação dos Aces, procurou também separar a área técnica, como campo de atuação dos profissionais, e a área de gestão, entregue a profissionais que não são necessariamente médicos.

A par disso, introduz-se a contratualização, não só como forma de financiamento, mas como mecanismo de controlo do desempenho e da produtividade dos profissionais (Teixeira, 2012),

atingindo este mecanismo o seu expoente máximo no caso das Unidades de Saúde Familiares (USF), uma das unidades funcionais criadas. Estas vieram "substituir" os centros de saúde e distinguem-se destes sobretudo pelo facto de contratualizarem um compromisso assistencial (ERS, 2009) traduzido em indicadores e metas de desempenho que são periodicamente avaliadas. O cumprimento, ou não, dos indicadores e das metas definidas determinam se existem, ou não, compensações.

Conforme o Decreto-lei n.º 298/2007, que estabelece o regime das USF, no caso das USF modelo A, cujas regras e sistema remuneratório é o da Administração Pública, a avaliação determina se existem ou não incentivos institucionais. Para as USF modelo B, em que o sistema de retribuição dos profissionais é composto, não só pela remuneração base, mas também por uma parte variável, a avaliação de desempenho determina o pagamento de suplementos e compensações individuais. Note-se ainda que também nos CSP a reforma incorporou o setor não público enquanto prestador de cuidados, ao prever a existência de USF modelo C, do setor social, cooperativo ou privado. No entanto, até à data, este modelo não chegou a ser implementado.

Das medidas adotadas nas reformas do setor da saúde, e sintetizadas no Quadro 1.1, poderá recorrer-se às conclusões do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007:24): “Em Portugal, no decurso da última década, tem-se procurado deslocar o enfoque da governação do sistema de saúde dos ‘recursos’ para os ‘resultados’, da ‘organização e financiamento da oferta’ para a ‘melhoria do desempenho da oferta’. Os processos de contratualização do desempenho são o principal instrumento desta transição”. Em concomitância com a contratualização interna e externa das unidades prestadoras de cuidados, distingue-se também, nas duas áreas de cuidados, o desenvolvimento da autonomia gestionária em linha com a descentralização de competências, característico do movimento geral das reformas enquadradas pelas ideias da NGP.

Quadro 1.1 - Síntese das linhas de reforma na saúde em Portugal

Medidas	Concretizações	Impactos
Empresarialização	Descentralização de competências Regência pelas normas do direito privado	Aumento da autonomia e das competências gestionárias das organizações Concorrência entre organizações Individualização das relações laborais e contratação de profissionais através do seu valor de mercado Flexibilização da mão-de-obra
Gestão previsional	Contratualização externa e interna	Pagamento por atividade efetivamente prestada Controlo da produtividade e do desempenho das organizações e dos profissionais
Racionalização dos gastos	Concentração de recursos	Criação de centros hospitalares e ULS, com a conseqüente mobilidade de profissionais Reorganização de serviços com base em critérios quantitativos Contratos de gestão e contratualização de serviços com entidades privadas e do setor social

3. As mudanças no emprego médico e nas relações laborais: uma síntese

Do ponto de vista das condições de emprego e relações laborais, poderá argumentar-se que as medidas adotadas nos hospitais têm sido mais extensivamente e intensivamente desafiadoras dos modelos tradicionais do emprego público e da sua regulação. Seguindo a tendência hospitalocêntrica, as alterações no estatuto profissional dos médicos iniciaram-se a partir de dentro dos hospitais, com a separação entre as funções de gestão e de produção de cuidados no final dos anos 1980. A ideia da profissionalização da gestão nasce numa altura em que muitos dos hospitais eram geridos por médicos procurando-se, então, que estes abandonassem as funções ligadas à gestão dos hospitais em detrimento da entrada de gestores, ligados ou não, à área da saúde, nomeados pela tutela (Simões, 2004).

No fim da década de 1990, quando a grande maioria dos médicos estava enquadrado no regime legal de carreiras com normas estabelecidas a nível central, negociadas entre o governo e os

sindicatos médicos, instala-se definitivamente a ideia de que esse modelo de emprego dos médicos no SNS, sobretudo nos hospitais, não serve da melhor forma os objetivos destas organizações. Numa época bastante profícua em estudos sobre o setor, sublinhe-se as conclusões do Conselho de Reflexão Sobre a Saúde (Serrão, 1998) de que as carreiras profissionais da saúde obedecem a imperativos legais e não a princípios de compatibilização de interesses entre empregadores e trabalhadores, que a rigidez do modelo de funcionamento dos hospitais não permite que eles se possam distinguir pelas condições de trabalho que oferecem, além de que se afirma ser contra-indicado que os salários dependam apenas do tempo de trabalho, uma vez que isso leva à pressão dos profissionais para fazerem horas extraordinárias, advogando-se o pagamento de uma parte do salário por ato como uma solução.

Fruto dessa procura por modelos de emprego que sirvam os objetivos de uma maior eficiência gestonária e as exigências de flexibilização dos recursos, surge, em 2002, a legislação em que se definem novos mecanismos de gestão hospitalar e se formalizam os modelos de gestão de tipo empresarial, e que está na origem da maior revolução das condições de emprego e das relações de trabalho dos médicos. A empresarialização das organizações de saúde possibilitou a aplicação ampla de instrumentos desreguladores do mercado de trabalho: a individualização das relações laborais, por via do crescimento do CIT, a introdução da competição entre os prestadores pelos recursos e a mercadorização dos saberes médicos.

Este novo contexto no setor da saúde é marcado pelo desencontro entre o modelo formal de relações laborais (Stoleroff e Correia, 2008), instituído desde a criação do SNS, e que se caracteriza pela uniformização de regras e centralização do nível negocial, e um novo contexto de relações de emprego caracterizado pela contratação individualizada e particularizada ao nível hospitalar. Passa, então, a existir duas modalidades de regulação laboral – a regulação estatutária da administração pública (negociada entre sindicatos e Administração Central), e a contratação individual, negociada entre a administração do hospital e o trabalhador e que segue as lógicas de um mercado profissional ao nível dos hospitais (Stoleroff e Correia, 2008). Com este novo desenho de relações industriais introduz-se, então, a tendência para a desregulação da contratação dos profissionais nas suas várias dimensões: vínculos laborais, remunerações e tempo de trabalho.

Destaque-se ainda a atribuição de um valor de mercado aos diferentes saberes médicos como outra das dimensões da fragmentação das condições de emprego deste grupo profissional. A deslocação das decisões sobre recursos humanos para as organizações com estatuto EPE a par do incentivo à competição entre as mesmas levou à definição de um valor de mercado para os conhecimentos médicos consoante as necessidades do mercado, muitas vezes definidas pelas próprias políticas de saúde (Correia, 2012), mas também pela crescente especialização interna dos hospitais.

Existe, então, um cenário complexo em que os efeitos da mercadorização do saber médico não foram homogêneos: existem profissionais cujos conhecimentos são bastante valorizados e outros em que as suas competências têm menos valor de mercado. Não se poderá dizer, então, que os efeitos da

mercadorização do saber médico tenham tido apenas o sentido da deterioração das condições de emprego. Mais ainda, estamos perante um grupo profissional indispensável à prestação de cuidados, além de que estas alterações foram efetuadas numa época em que havia falta de médicos em algumas áreas do país e em algumas especialidades, constatando-se também o envelhecimento deste grupo profissional (Amaral, 2001; Santana, 2009).

Os efeitos das reformas não tiveram, então, um sentido único, conseguindo os médicos, à luz do exposto, manter o seu poder corporativo. Como movimento comum, existe todo um espectro de medidas de flexibilização das relações de trabalho e a impossibilidade de se estar enquadrado num esquema de carreira profissional.

Por outro lado, a reforma dos CSP não teve implicações tão significativas do ponto de vista dos postulados formais enquadradores das relações industriais do setor. Sublinhe-se que, apesar do movimento geral da reforma em torno da flexibilização da mão-de-obra e da racionalização dos custos, o modelo da reforma e o novo desenho organizacional dos CSP foi desenvolvido por profissionais de saúde, numa lógica de implementação da base para o topo, ao contrário das reformas na área hospitalar que sempre emanaram da administração central. Poderá dizer-se que os médicos dos CSP, mais do que os médicos dos hospitais são, simultaneamente, alvo e agentes da mudança.

Apesar disso, é preciso notar que, através da criação de ULS, que têm estatuto de EPE, as características das mudanças ocorridas nos hospitais têm começado a afetar os médicos deste nível de cuidados. De qualquer forma, as reestruturações nesta área efetuaram-se sobretudo pela via da contratualização e da introdução de esquemas diferenciados de pagamento dependentes do cumprimento de objetivos, algo particularmente visível nas USF.

Assim, o efeito fragmentador entre as condições de emprego dos profissionais manifesta-se, nos CSP, através das limitações do próprio carácter voluntarista da reforma, ao obrigar ao cumprimento de determinados requisitos humanos, técnicos e de equipamentos para se criar uma USF, e das limitações financeiras, ao estabelecer-se anualmente um máximo de candidaturas para a formação destas unidades. Além disso, destaque-se que o pagamento diferenciado conforme o cumprimento de objetivos desafia os esquemas clássicos de carreira profissional da Administração Pública em Portugal.

Em suma, poderá dizer-se que existe uma teia complexa de reformas na saúde com implicações no estatuto profissional dos médicos e na própria organização do sistema de saúde. Também ao nível das organizações, existe uma convivência de vários estatutos, tipos de relação com o Estado e organização: entidades do setor público administrativo, EPE, PPP com contratos de gestão, financiamento através de contratualização e estabelecimento de convenções com organizações do setor privado e social, além de agrupamentos de unidades de saúde sob a mesma gestão, quer ao nível das unidades dos CSP, quer agrupando hospitais, quer ainda gerindo em conjunto as unidades dos CSP e as unidades hospitalares de uma dada região. Junta-se a esta realidade, a hibridização das condições de emprego dos médicos, sendo estas decididas cada vez mais localmente, em cada organização. Isto,

assentando numa base de autonomia das competências de gestão e incentivos à competição, como forma de alcançar maior eficiência.

CAPÍTULO II – ELEMENTOS PARA UMA ABORDAGEM AO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA

1. Características fundamentais do sindicalismo médico

Descrever o sindicalismo médico é uma tarefa com algumas limitações, atendendo a que a literatura existente é bastante restrita. A criação dos sindicatos médicos em Portugal não poderá ser dissociada da própria existência da OM, uma organização herdada do sistema corporativista do Estado Novo, sendo a única estrutura representativa destes profissionais até à criação dos sindicatos, no final da década de 1970. Refira-se que a contestação relativamente às condições de trabalho dos médicos ocorreu ainda na década de 1950, no âmbito da OM. Com efeito, o Movimento dos Novos, constituído por um grupo de jovens médicos, alguns com ligações políticas à esquerda (Costa, 2007), iniciou, no âmbito da OM, um movimento de contestação que cruzava o projeto de criação de carreiras profissionais com a instalação de um serviço nacional de saúde, e que ficou materializado num documento reivindicativo, o *Relatório sobre as Carreiras Médicas*, publicado em 1961. Esta experiência reivindicativa marcou várias ações no âmbito da OM até à Revolução de 1974, tendo inclusivamente existido nas eleições 1971 uma lista candidata à Secção Regional do Sul da OM, que englobava alguns dos médicos envolvidos no movimento mencionado, uma proposta para transformar a Ordem em sindicato. Apesar de a lista sair vencedora, o projeto foi travado porcedendo-se à anulação das eleições (Neves, 2007).

Já no período pós-revolução, numa assembleia de médicos realizada em Lisboa, foi aprovada uma proposta de a Ordem acumular funções sindicais. Esta proposta gerou uma reação por parte de vários médicos, alguns ligados ao movimento reivindicativo que atuou no âmbito da OM, tendo sido apresentada uma petição à Comissão Constitucional que veio a emitir uma resolução que impedia a Ordem de ser simultaneamente um sindicato (Neves, 2005).

É neste contexto de oposição à pretensão da Ordem aglutinar as funções sindicais e na perspetiva da criação do SNS que surgem, em 1979, três sindicatos médicos: o Sindicato dos Médicos da Zona Sul, o Sindicato dos Médicos da Zona Centro e o Sindicato Independente dos Médicos (SIM). Mais tarde, em 1982, surgiria o Sindicato dos Médicos do Norte. Os três sindicatos regionais imitam a estrutura de organização territorial da OM e nascem por iniciativa de médicos que se opõem claramente à direção da OM da altura, alguns deles pertencentes ao movimento reivindicativo pré-revolução (Neves, 2007) e com ligações à esquerda política. Estes sindicatos formam desde 1988 uma federação de sindicatos, a Federação Nacional dos Médicos (Fnam).

O SIM afirma-se desde o início como um sindicato independente de qualquer tendência política. A participação do sindicato em negociações no setor público de saúde iniciou-se mais tarde, tanto que os sindicatos regionais foram os únicos a participar na negociação do diploma que regulava as carreiras médicas negociadas na sequência da criação do SNS, em 1979.

Todos os sindicatos concorrem pelo mesmo grupo ocupacional - os médicos – que trabalham por conta de outrem. Parece haver, no entanto, um maior direcionamento dos sindicatos regionais do centro e do sul pelos profissionais do setor público. Pode ler-se no artigo 4.º dos seus estatutos que a sua finalidade é defender os direitos e interesses dos médicos a vários níveis na “perspetiva da defesa da saúde do povo português, através da edificação do Serviço Nacional de Saúde”. A juntar a isso, há que considerar que estes dois sindicatos fazem parte da Frente Comum dos Sindicatos da Administração Pública, uma associação de vários sindicatos da Administração Pública com ligações à CGTP-IN. Apesar desta ligação e de, pelo menos na origem, os sindicatos regionais serem mais politizados, nenhum dos sindicatos médicos é filiado em qualquer central sindical.

Não cabe neste trabalho analisar em concreto as posições gerais dos sindicatos face às reformas da saúde e à contratação coletiva. De qualquer forma, numa observação geral poderá argumentar-se que, desde a sua criação, os sindicatos têm divergências ideológicas e de valores: os sindicatos regionais apresentam uma oposição mais marcada em relação à natureza das reformas, na linha das tendências ideológicas que marcam a sua criação, admitindo formas de articulação com outros sindicatos do setor público, ao passo que o SIM se pauta, por um lado, por um discurso mais moderado relativamente às mudanças na saúde e, por outro, com uma linha mais marcada em termos de diferenciação ocupacional².

Sintomático das suas diferenças é o facto de nunca terem existido alianças entre os sindicatos, quer no âmbito das negociações da carreira médica, quer no âmbito das duas experiências de contratação coletiva: uma para os médicos do SAMS, em 1992, e a outra para os médicos do Hospital Fernando Fonseca, em 1999³.

Poderá, então, dizer-se que o sindicalismo médico tem aspetos que encaixam nas características gerais do sindicalismo Portugal, mas também tem algumas particularidades. Assim, considerando que, também na saúde, os sindicatos se organizam por grupo ocupacional, existindo, no caso dos médicos, vários sindicatos para o mesmo grupo de profissionais, competindo com os outros sindicatos do setor e

²A título de exemplo refira-se as reações por altura da transformação de uma parte dos hospitais em sociedades anónimas de capitais públicos. Recorrendo a notícias na comunicação social, sublinhe-se que o SIM não se opôs radicalmente à existência de CIT, sob a condição de existirem convenções coletivas negociadas com os sindicatos. Além disso, no processo de negociação coletiva, que nunca chegou a ser concluído, os membros deste sindicato preconizavam acordos de empresa e não um ACT, conforme proposto pela tutela, além de se recusarem a fazer um acordo transversal, para o setor, juntamente com outros grupos profissionais. Posição diferente teve a direção da Fnam que era de opinião que a empresarialização seria negativa e o primeiro passo para a privatização dos serviços públicos de saúde, opção a que se opunham. Além disso, ao contrário do SIM aceitaram a negociação de um ACT e admitiram a articulação de posições e reivindicações com outros sindicatos do setor. (Tempo Medicina, 23 de setembro de 2002; 30 de setembro de 2002; 8 de maio de 2003; 25 de outubro de 2004)

³ Refira-se que inicialmente o acordo de empresa apenas foi assinado entre o hospital e o SIM, tendo existido, em 2006, um acordo de adesão, incluindo-se, então, o Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

pelo mesmo grupo profissional, então podemos considerar que esta característica se aproxima da fragmentação ocupacional normalmente associada ao sindicalismo português (Stoleroff, 2000; 2005). No que respeita às clivagens ideológicas e de valores e às diferentes influências partidárias, também caracterizadoras dos sindicatos portugueses no geral (Stoleroff, 2000; 2005), essa aproximação já não é tão evidente. É verdade que existem diferentes ideologias entre os sindicatos médicos, mas também terá de se considerar que, do ponto de vista formal, todos os sindicatos médicos são independentes, não estando filiados em nenhuma das centrais sindicais, forma a partir da qual, habitualmente, os sindicatos afirmam a sua ideologia.

2. O emprego e as relações laborais dos médicos do SNS

A regulação do emprego dos médicos do SNS, além de ser feita através da legislação geral da Administração Pública, tem ainda instrumentos específicos. Estes profissionais são, então, influenciados a vários níveis: quer por via das reformas gerais da Administração Pública, quer pelas reestruturações específicas do setor, quer ainda por alterações diretamente relacionadas com os médicos, pelo que as mudanças se fizeram, quer a nível macro, enquanto trabalhadores da Administração Pública, quer a nível meso, por conta de reformas específicas do setor, quer ainda a nível micro, no que respeita ao seu papel e estatuto no âmbito das organizações em que trabalham. Neste trabalho, interessará sobretudo as relações de emprego ao nível meso.

Apesar de existirem matérias que remetem para legislação mais abrangente, os médicos estão, desde 1982, enquadrados em carreiras profissionais reguladas por decreto-lei negociado entre sindicatos médicos e representantes do Estado. Tomando como referência o Decreto-lei n.º 73/90, de 6 de Março, em vigor à data da intensificação das reformas na saúde e que vigorou até 2009, altura em que foi negociado um novo regime legal, este, aplicava-se aos médicos com vínculo à Administração Pública e que exercessem a sua atividade nas organizações do SNS e estabelecia as carreiras médicas⁴ de clínica geral, hospitalar e saúde pública, tendo estas conteúdos funcionais, estrutura de progressão e grelha salarial diferentes.

Do regime legal constavam matérias relativas à estrutura de cada carreira médica, definindo-se as categorias e as regras para obtenção de graus o perfil profissional e as respetivas funções. Sublinhe-se que um dos grandes fatores ditintivos das carreiras médicas em relação a outras da Administração Pública reside no facto de a progressão nas categorias estar dependente da obtenção de graus de carreira, sendo estes entendidos como títulos de habilitação profissional. Assim, a progressão nas categorias não é feita totalmente de forma automática, de acordo com o tempo de serviço, obrigando à obtenção de graus, mediante a prestação de provas.

⁴ A carreira de Medicina Legal não fazia parte do Decreto-lei 73/90, de 6 de Março, uma vez que estava sob a tutela do Ministério da Justiça, constituindo, contudo, também uma carreira médica.

Além disso, o diploma legal definia regras sobre o processo de recrutamento e seleção, tabela salarial para cada carreira médica, regimes de trabalho específicos dos médicos, nomeadamente, um regime de dedicação exclusiva, com possível alargamento da duração semanal do trabalho a 42 horas semanais, e ainda o estabelecimento de normas sobre prestação de trabalho na urgência e número de horas de trabalho extraordinário. Definia ainda a estrutura dos cargos de chefia e as respetivas remunerações e estabelecia a tabela salarial dos médicos internos, em formação pós-graduada, que, contudo, não estavam inseridos nas carreiras. De fora, ficava as regras específicas de pagamento de trabalho noturno e extraordinário que existia apenas para os médicos da carreira hospitalar e que estava estabelecido no Decreto-lei n.º 62/79, de 30 de março.

Tratava-se, portanto, de um documento legal bastante abrangente e pormenorizado, atendendo a que não só procedia à definição da estrutura das carreiras, mas estabelecia normas respeitantes a matérias diretamente relacionadas com a regulação das condições de trabalho dos médicos. Sublinhe-se que os documentos legais com o regime das carreiras médicas foram sempre objeto de negociação entre os sindicatos médicos e o governo. No entanto, essa negociação coletiva era efetuada para acordar uma norma administrativa, sendo o decreto-lei, a forma característica da regulação estatutária, o instrumento de regulação.

3. Re-regulação do emprego médico e contratação coletiva: uma contextualização

O documento legal enquadrador das carreiras médicas tornou-se obsoleto em termos de efetividade na regulação, atendendo às transformações no setor. Sublinhe-se que o Decreto-lei 73/90, de 6 de Março apenas se aplicava a médicos com vínculo à função pública, não abrangendo os profissionais com CIT, sendo esta a modalidade de contratação largamente predominante a partir da primeira metade dos anos 2000. Além disso, a empresarialização das organizações do setor público da saúde não foi acompanhado por qualquer outro instrumento regulador, nomeadamente, de regulamentação coletiva do trabalho, apesar de, na altura da transformação de alguns hospitais em sociedades anónimas de capitais públicos se ter encetado um processo de contratação coletiva, embora pouco tenha avançado.

O processo legislativo que alterou de forma profunda as normas relativas ao emprego na Administração Pública foi simultaneamente o ponto de partida da re-regulação das relações laborais ao se estabelecer, na Lei 12-A/2008, a obrigação da revisão das carreiras dos corpos especiais, entre os quais, os médicos. Ao mesmo tempo, no Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas surge explanado, no artigo 346.º, que o Estado deve promover a contratação coletiva, para que esta forma de regulamentação do emprego seja aplicada ao maior número de trabalhadores.

Apesar de não se abandonar por completo a regulação administrativa das carreiras, poderá argumentar-se que se criou, por via das alterações legislativas, no caso deste grupo profissional, uma oportunidade para a re-regulação. As reformas legislativas têm então um duplo movimento: por um lado, não se abandona a regulação legislativa da estrutura das carreiras profissionais, uma vez que

estas têm de estar enquadradas em decreto-lei próprio, por outro as matérias relativas à regulação do emprego dos médicos passa para o âmbito da contratação coletiva. Na prática, a abrangência de matérias contidas no decreto-lei que regulava as carreiras, o Decreto-lei 73/90 à época, passa a estar desdobrada em duas fases de negociação, colocando-se, desde logo, o entendimento dos atores sobre a definição das matérias que devem constar em cada um dos instrumentos como um possível alvo de negociação.

As convenções coletivas de trabalho são o resultado de compromissos estabelecidos por via da negociação entre os representantes dos trabalhadores e dos empregadores. Existe, então, uma determinação coletiva das condições de trabalho (Lima, 2004) em que, ao contrário do que acontecia, as normas não podem ser alteradas e revogadas unilateralmente pelo Estado. Sublinhe-se, então, que o direcionamento das condições de emprego dos médicos para o âmbito da contratação coletiva abre a possibilidade de desenvolvimento de um novo modelo de relações laborais, afastando-se do sistema legalista. Assim, a contratação coletiva será também a negociação de novas regras do *jogo* que vão orientar os papéis e as relações entre os atores envolvidos.

É certo que a presença da legislação não desaparece, pelo contrário continua como fator influenciador da contratação coletiva. Apesar das alterações que ocorreram na sequência do resgate financeiro, por exemplo, com o estabelecimento de normas que se sobrepõem à contratação coletiva, à época do início da negociação, o princípio da legislação do trabalho em Portugal baseia-se na determinação de uma série de condições mínimas, atribuindo-se à contratação coletiva o princípio de um acordo mais favorável ao estipulado na legislação (Lima, 2004). No caso dos médicos do setor público da saúde, considerando a existência de um processo legislativo de reestruturação da carreira médica prévio à contratação coletiva, a influência da legislação acaba por ser exacerbada, tornando, também por esta razão, a ação executiva de reformulação da carreira profissional e o processo de contratação coletiva interdependentes. Além disso, tem ainda a complexidade acrescida na compatibilização de diversas normas legais por conta da existência de enquadramentos legais diferentes para as organizações de saúde e formas de vínculo contratual, devido à fragmentação das condições de emprego e das relações laborais.

Por fim, terá ainda de se considerar o facto de a autonomização da gestão não se refletir na contratação coletiva, uma vez que as EPE da saúde, apesar do seu estatuto jurídico lhes conferir autonomia, não estarão presentes na mesa das negociações. Na prática, serão representadas pelo ministro da saúde, pelo que serão chamadas a aplicar um instrumento de regulação coletiva de trabalho que não negociaram diretamente.

CAPÍTULO III – PROBLEMÁTICA E MODELO DE ANÁLISE

1. Os desafios da re-regulação: uma problematização

A complexificação das relações laborais e do emprego dos médicos do SNS originada sobretudo pela fragmentação das condições de emprego, mas também pela autonomização da gestão, fazendo deslocar o centro de negociação para o nível micro das relações laborais, introduzindo-se ainda a competição segundo as regras do mercado, colocam múltiplos desafios aos sindicatos num cenário de re-regulação do emprego e das relações laborais. As mudanças abalaram as conceções tradicionais do emprego público abalando a homogeneidade de interesses dos profissionais, além de porem a descoberto a dificuldade dos sindicatos representarem grupos crescentes de trabalhadores.

No caso concreto dos médicos, apesar de se considerar que as alterações legislativas que ditaram a renegociação das condições de emprego serem assumidas como uma oportunidade para a re-regulação, terá igualmente de se considerar que esse contexto também implica a obrigação de negociar, não tendo a negociação coletiva um carácter voluntarista. A isto junta-se o facto de as tendências reformistas do Estado português continuarem na lógica da flexibilização do trabalho, da racionalização dos custos, da autonomização da gestão e até mesmo da adoção da individualização das relações laborais como paradigma da relação de emprego.

Note-se que, num estudo recente, no âmbito da reorganização da Administração Pública, Stoleroff (2007) argumenta que o Estado tem apresentado reformas pré-concebidas aos sindicatos, não existindo, na prática, negociação das mesmas, além de constatar um elevado grau de conflitualidade entre os governos e os sindicatos. A postura governamental em relação aos sindicatos tem-se pautado pela ideia pré-concebida de que os sindicatos se apresentam à mesa da negociação com objetivos de defesa de interesses profissionais incompatíveis com as mudanças no emprego consideradas necessárias e urgentes para a diminuição dos custos e aumento da competitividade (Stoleroff e Pereira, 2008). À partida, o espaço negocial parece ser algo limitado para os atores sindicais. Por outro lado, há que considerar que, conforme indicam Stoleroff e Naumann (1996), a fragmentação político-ideológica e ocupacional característica dos sindicatos tem sido um dos factores limitativos da resposta destas organizações às mudanças no setor público. Isto além de um grande enraizamento de expectativas relativas ao emprego no setor público.

No que respeita aos sindicatos médicos, é de notar que as suas diferenças ideológicas e de valores não estão tão institucionalizadas. Além disso, apesar de se tratar de sindicatos concorrentes pelo mesmo grupo ocupacional, o certo é que essa competição se faz por um grupo que tem conservado o seu poder profissional. Apesar da fragmentação das condições de emprego dos médicos consoante o valor de mercado dos seus conhecimentos e conforme as condições estabelecidas localmente, sublinhe-se as conclusões de Correia (2012) que, num estudo sobre os contextos da ação dos médicos e gestores em meio hospitalar, aponta o facto de os médicos não terem perdido o seu

poder, no contexto da reforma, atendendo a que continuam a ser imprescindíveis enquanto produtores de cuidados de saúde. O poder dos médicos acaba, então, por sair reforçado num contexto de desregulação do mercado de trabalho e da incorporação de regras no setor público características do setor privado, atendendo à relativa escassez da oferta.

Por outro lado, não se poderá deixar de considerar que além dos desafios colocados pelo próprio movimento de desregulação, terá de se considerar o contexto económico e político extremamente adverso, devido à crise económica e aos consequentes compromissos assumidos no âmbito do resgate económico.

A negociação coletiva surge, então, como o processo chave para a compreensão de como estes aspetos se reconfiguram num novo quadro de regulação do emprego e das relações laborais. Assumindo-se que os sindicatos tiveram uma ação estratégica, entendida como a “capacidade crítica para considerar cenários de possível ação relacionada com a obtenção de objetivos fundamentais” Stoleroff e Naumann (1996: 205), argumenta-se, em jeito de hipótese, que os sindicatos médicos tiveram uma ação estratégica na negociação dos acordos coletivos de trabalho que se baseou na não interferência das ideologias na negociação, no poder profissional dos médicos e na heterogeneidade dos efeitos das reformas.

2. Modelo de análise

A análise centra-se, então, no processo da contratação coletiva, surgindo esta concetualizada como o instrumento da re-regulação. Em termos de objeto empírico a negociação coletiva tem associada diversas dimensões de análise. Saglio (1991 *apud* Lima, 2004) refere-se à pluridimensionalidade das convenções coletivas de trabalho argumentando que estas vão mais além da definição salarial e das condições e relações de trabalho. Em jogo estão também as dimensões relativas a:

- Regulação do mercado de trabalho, no que se refere à definição da hierarquia salarial e das próprias competências necessárias para determinadas funções profissionais;
- Gestão económica, no sentido em que as matérias alvo da convenção coletiva estão também interdependentes das políticas económicas;
- Gestão das transformações tecnológicas, normalmente efetuada de forma indireta, por meio da definição da estrutura das carreiras ou do horário de trabalho;
- Gestão identitária de constituição e de legitimação dos atores, na medida em que as convenções coletivas delimitam o espaço social das profissões;

Lima (2004) acrescenta ainda a função política e institucional de maximização de recursos de poder, admitindo-se que as organizações têm interesses que vão além dos estritamente profissionais e que atuam numa lógica de melhoria contínua dos seus recursos de poder.

Atendendo ao objetivo geral do trabalho, considera-se sobretudo as questões relativas à definição das condições de emprego e regulação do mercado de trabalho, tendo também presente os aspetos relativos à identidade profissional. Tendo presente que a contratação coletiva é uma forma inovadora de constituição das relações de emprego para os médicos do serviço público de saúde, será relevante ainda um enfoque na ação dos atores e na construção dos seus recursos de poder.

Sublinhe-se que se opta por incluir a negociação do regime legal da carreira médica na análise, atendendo a que a negociação desse documento legal não se pode dissociar da negociação do ACT. Isto porque há todo um campo de sobreposições de matérias e de negociação da própria delimitação do conteúdo de cada um dos documentos, se considerarmos que, até então, era no regime jurídico que estruturava as carreiras médicas e que estavam esplanadas diversas matérias laborais. Assim, o campo temporal do objeto de estudo situa-se entre julho de 2008 e outubro de 2012.

Pretende-se efetuar uma análise sistemática ao processo de negociação, a partir da interação dos atores, identificados como os sindicatos médicos e o governo. Recorre-se, assim, à aplicação sociológica da teoria dos jogos proposta por Adam e Reynaud (1984). Trata-se de uma abordagem estratégica, em que a análise da sucessão de jogos é, no fundo, análise da relação entre negociação e conflito entre os atores, sendo que estes fazem convergir ou divergir as suas estratégias, conforme os objetivos que se propõem atingir. No fundo, é uma abordagem dialética, partindo-se do pressuposto de uma lógica própria subjacente ao processo em que o desenvolvimento e encadeamento da ação modificam as suas próprias condições e o universo restrito à sua volta. Assim, no processo de negociação e conflito existe, entre os atores, combate e adaptação mútua, luta e acordo, oposição de racionalidades e compromissos (Adam e Reynaud, 1984: 268).

Para o caso em concreto importa ter em conta o entendimento dos chamados “jogos deslizantes”. Nestes, os intervenientes não tentam apenas obter as melhores vantagens possíveis dentro das regras existentes, mas discutem as próprias regras do jogo, tentando corrigi-las ou modifica-las a seu favor. Nesta medida, parte-se do princípio que o que está em jogo, além dos interesses, é também o conjunto das regras e a reserva de recursos que permitirão prosseguir ou retomar o jogo com possibilidades acrescidas.

Em complemento considera-se ainda a visão sistémica de Dunlop (1984). No âmbito do sistema de relações industriais, Dunlop (1984) atribui um papel central às regras de funcionamento da negociação coletiva. Esta é, então, vista como a forma de constituição de regras, e, como tal, o elemento central do sistema de relações industriais, sendo as regras e os seus determinantes o centro analítico do sistema.

Dunlop (1984) admite que o conjunto de regras se altere, mas apenas em função das variações dos aspetos relacionados com os contextos, atendendo a que coloca o sistema de relações industriais enquanto um subsistema da sociedade industrial, cuja necessidade de adaptação se verifica por alterações nos ambientes externos ao sistema. Existindo alterações nos contextos externos, o sistema

de relações industriais terá de se adaptar, formulando os atores novas regras – quer sejam substantivas, quer sejam de procedimentos sobre a sua aplicação e governação.

Em síntese, na abordagem de Adam e Reynaud o que interessa como referencial na análise ao processo de negociação coletiva das condições de emprego e das relações laborais dos médicos é a dinâmica criada pela lógica própria do processo, a partir da análise do encadeamento dos jogos, ou desafios, para os quais os atores envolvidos adotam estratégias e posições que lhes permitam, ao longo da interação, conseguir atingir os objetivos. Assim, mais especificamente procura-se identificar os desafios ao longo do processo, a convergência e divergência que os atores têm sobre os mesmos e sobre a própria negociação, os objetivos e os recursos utilizados para os atingir.

Por seu lado, com a abordagem sistémica de Dunlop o que importa reter é o entendimento de que a negociação coletiva é o centro da construção de regras e que os resultados obtidos são condicionados pelos contextos externos. Interessa, então, perceber à luz desta abordagem, os aspetos formais da relação entre os atores e das próprias regras e conteúdos da negociação, além dos fatores que influenciaram longitudinalmente o processo e o seu resultado final.

3. Metodologia

Atendendo ao objetivo geral do trabalho, a metodologia utilizada é de natureza qualitativa. Assume particular relevância a utilização de técnicas de pesquisa documentais, através da análise de documentos, entendidos como fontes primárias de informação. Seguindo a abordagem de Le Goff (1984) foi adotada uma postura crítica em relação aos documentos selecionados. Assim, na análise dos documentos esteve subjacente a consideração do contexto em que foram produzidos e a sua intencionalidade enquanto instrumento de poder, entendida como uma tentativa de imposição de uma determinada imagem por parte de quem o produziu.

Os documentos foram recolhidos sobretudo a partir dos *websites* das organizações sindicais e dos órgãos do governo, além da consulta da imprensa generalista, e sobretudo especializada, para o período em análise (setembro de 2008 a outubro de 2012). Atendendo a que a abordagem seguida obedeceu à cronologia dos acontecimentos, a sistematização seguiu também essa lógica. Após uma leitura preliminar a um conjunto de documentos, no total, foram selecionados 96, a maioria documentos oficiais, como comunicados, pareceres, documentos com propostas negociais e declarações à imprensa (55), embora se tenha também considerado notícias da comunicação social (12), artigos de opinião, designadamente de dirigentes sindicais (5) e outro tipo de documentos mais informais, nomeadamente textos colocados nos *websites* das organizações (24).

É de sublinhar que os sindicatos médicos produzem e disponibilizam bastante mais documentação do que o Estado. Assim, esta discrepância na quantidade e na própria qualidade da informação acarreta, em certa medida, limitações na análise do processo de negociação.

Apesar de a investigação assentar fundamentalmente na análise documental, optou-se no plano inicial do trabalho, recorrer a entrevistas semi-estruturadas a intervenientes envolvidos na negociação, sendo efetuada uma pré-seleção de cinco pessoas. Reconhecendo-se o carácter restritivo do universo de potenciais entrevistados, logo à partida, nunca foi pretensão colocar-se estas entrevistas como fontes de informação centrais na análise, sendo o objetivo captar estratégias e posições eventualmente não vertidas nos documentos e explorar aspetos que precisassem de alguma clarificação ou análise mais profunda. Apesar de não ter sido atingido o objetivo das cinco entrevistas, considerou-se as duas entrevistas realizadas. Isto, devido à constatação da sua utilidade como complemento da análise aos documentos.

No que diz respeito a estes dois entrevistados surgem identificados como dirigente sindical n.1 e dirigente sindical n.2.

CAPÍTULO IV – A RE-REGULAÇÃO: ANÁLISE DO PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO DA CARREIRA MÉDICA

São quatro anos, entre 2008 e 2012, que separam o início do processo de negociação do novo regime legal da carreira médica e a negociação dos anexos dos ACTs assinados entre o governo e os sindicatos médicos. Conforme indicado, poderá considerar-se que o processo de re-regulação se iniciou com a imposição da Lei 12-A/2008 de revisão das carreiras dos corpos especiais.

A postura dos sindicatos nesta fase da negociação é marcada pela convergência do objetivo do alargamento do regime enquadrador da carreira médica, de forma a garantir uma carreira profissional e um regime laboral comum a todos os médicos, independentemente do tipo de vínculo contratual, da natureza jurídica da organização do SNS e da área profissional de exercício da medicina⁵.

Conforme explicita um dos dirigentes sindicais entrevistados:

Mesmo antes das alterações legislativas profundas em 2005 [com a criação dos hospitais EPE] já tínhamos muitos médicos em CIT. Era essa a nossa principal preocupação. Começamos a ter, não uma lógica assente nas opções legislativas, nas relações sindicatos e algum governo, mas começamos a ter uma franja de médicos que estavam fora das carreiras médicas devido à legislação que se lhes aplicava. E esse número era um número crescente e, a partir do momento, em que a própria Administração Pública faz o seu caminho e nós nos apercebemos que com as mudanças administrativas e as mudanças de regime, ou seja, PSD e PS, não tinha havido mudança na estruturação em termos dos hospitais-empresa, o caminho não ia voltar atrás e, portanto, nós tivemos de fazer a opção lógica: ou caminhávamos do ponto de vista ideológico ou caminhávamos do ponto de vista pragmático. (Dirigente sindical n.º2)

O estabelecimento deste objetivo assenta, então, numa lógica de consensualização dentro das regras estabelecidas. Procura-se uma forma de inclusão de todos os médicos através dos instrumentos de re-regulação e não uma postura de oposição e combate às opções tomadas pelos governos nas reformas da saúde. Naturalmente que este objetivo acarretava uma dificuldade acrescida devido à necessidade de compatibilização de dois regimes laborais enquadrados por normas distintas.

A par disso, a própria manutenção do formato das carreiras médicas era também outro dos aspetos que os representantes dos trabalhadores pretendiam alcançar, sobretudo nas questões que respeitam à hierarquia médica, conseguida através do reconhecimento da diferenciação profissional, e à articulação entre os graus e as categorias. Poderá argumentar-se, então, que em relação a este ponto existia uma intenção de conservação da lógica própria das carreiras médicas, como se viu, bastante intrincada no que são os valores e ideologias deste grupo profissional.

Contudo, a postura do governo socialista da altura foi feita de avanços e recuos em relação aos objetivos dos sindicatos. Além disso, a própria negociação do que os sindicatos entendiam ser os

⁵ Fnam, SIM, *Comunicado. Acordos Coletivos da Carreira Médica*, Lisboa, 28 de Setembro de 2009.

princípios estruturantes das carreiras médicas extravasou, em termos de matérias de discussão, esses limites.

1. Conção e negociação dos princípios fundamentais da carreira médica

Analisando cronologicamente o processo de negociação, apesar de a reunião que se seguiu ao primeiro documento que continha apenas os princípios enformadores das carreiras, enviado aos sindicatos e à Ordem dos Médicos, em julho de 2008, ser considerada como introdutória, os sindicatos contestam a unificação das várias carreiras médicas, alegando a especificidade dos conteúdos funcionais de cada uma, e a intenção do governo em impor um regime de exclusividade que, aliás, foi considerado, pouco depois, como desejável mas impossível de aplicar, pela própria ministra da saúde, Ana Jorge⁶.

Com este documento inicia-se também uma discussão sobre a participação da Ordem dos Médicos na negociação do regime legal das carreiras médicas, ao colocar-se os graus de carreira independentes das categorias, antevendo-se que o governo poderia colocar nas mãos da Ordem a qualificação médica. Isso mesmo veio a acontecer em dezembro de 2008 numa proposta de projeto de lei apresentada aos sindicatos e à Ordem dos Médicos que separa, em dois documentos, a qualificação e o regime legal da carreira, passando, assim, para um diploma autónomo a atribuição e reconhecimento dos títulos profissionais independentemente da estrutura de carreira a discutir com os sindicatos, além de prever uma recertificação das competências dos médicos, a atribuir também pela Ordem.

Os sindicatos reagiram com a recusa total da inclusão de um terceiro ator na negociação, chegando mesmo os dirigentes da Fnam e do SIM a publicar um artigo de opinião na imprensa, em que apelidam de gravosas as medidas contidas nesse projeto, recusam a atribuição de graus próprios da Ordem e exigem que “ (...) cada organização médica respeite o âmbito das suas competências legais e não procure imiscuir-se em funções alheias, o que constituiria um suicidário fator perturbador (...) ”⁷.

A 28 de janeiro de 2009, os dirigentes sindicais dão uma conferência de imprensa conjunta, após o adiamento de duas reuniões, em que criticam o governo pelo atraso na negociação, acusam a delegação ministerial de comportamento anti-negocial e apelam à intervenção do primeiro-ministro. É também nesta conferência de imprensa que os dirigentes sindicais anunciam que vão passar a apresentar-se numa delegação negocial conjunta. Conforme explicado pelo presidente da Fnam, Mário

⁶ Jornal de Notícias, 29 de julho de 2008

⁷ Tempo Medicina, 26 de janeiro de 2009

Jorge Neves, trata-se de uma “decisão inédita que reflete a importância crucial do momento que se está a atravessar e da adequada defesa dos interesses socioprofissionais dos médicos”.⁸

Este clima negocial, assim como as reivindicações e críticas dos sindicatos médicos, perduraram com a apresentação de uma nova proposta, em fevereiro de 2009, em que, além de manter separado o regime da qualificação e da estrutura de carreira, retirava a possibilidade de extensão do regime legal da carreira aos médicos com CIT, por meio de instrumento de regulamentação coletiva, abrindo apenas a possibilidade de integração destes médicos na carreira, por sua opção, e mediante um período mínimo de permanência nas organizações de saúde, opondo-se, assim, ao principal objetivo dos sindicatos. Além disso, estabelecia como período normal de trabalho 40 horas semanais, sem qualquer referência a contrapartidas salariais, e incluía matérias relativas a pagamento de trabalho extraordinário e na urgência.

A reação mais imediata a este documento foi efetuada em forma de carta, uma dirigida à ministra da saúde, Ana Jorge, outra dirigida ao primeiro-ministro, José Sócrates. Do apelo verbalizado na conferência de imprensa no final de janeiro, os sindicatos passam a formalizar o pedido de clarificação da posição do governo em relação à contratação coletiva ao primeiro-ministro, alegando que seria de esperar que as propostas da delegação negocial do Ministério da Saúde fossem coincidentes com o princípio da centralidade dada à contratação coletiva pela nova legislação da Administração Pública. Esta escalada na intervenção ao nível do poder executivo enquadra-se no cenário negocial indicado por um dos entrevistados:

(...) havia pessoas na delegação ministerial do Ministério da Saúde claramente apostadas em boicotar a negociação. Com que agenda? Com que objetivos políticos determinados? É difícil estarmos a dizer porque essas pessoas não conversaram e tudo aquilo que possa dizer é mera especulação. A única coisa que eu estou em condições de dizer, eu e os meus colegas todos, é que houve da parte dessas pessoas uma atitude de boicote negocial até determinada altura. (Dirigente sindical n.1)

Assim, as críticas dos sindicatos dirigiam-se, não só à dificuldade no desenrolar do próprio processo negocial, com sucessivas reuniões desmarcadas, mas também às propostas apresentadas pelo governo, que não refletiam o compromisso de revisão das que tinham sido apresentadas em dezembro de 2008. Num parecer de 3 de março de 2009⁹ sobre a proposta de projeto de lei de fevereiro, que desenvolve os pontos considerados na carta à ministra da saúde, os dirigentes sindicais radicalizam o discurso, assumindo a recusa de iniciar a negociação com o governo até que dois aspetos sejam alterados nas propostas, nomeadamente, a intenção do governo em negociar com a Ordem dos Médicos as matérias relativas à qualificação médica, opondo-se à ideia do governo de que o regime

⁸ Tempo Medicina, 2 de fevereiro de 2009

⁹ Disponível em www.fnam.pt

legal da carreira e a qualificação se tratam de realidades distintas e argumentado que se trata de uma opção política, e a omissão da abordagem à contratação coletiva única, de forma a incluir os médicos com CIT, sublinhando-se que, desta forma, se estaria a negociar um regime legal condenado à extinção dentro de alguns anos.

Significativa é também a afirmação dos sindicatos de que as duas últimas propostas apresentadas subvertem e esvaziam a contratação coletiva. Da proposta apresentada a 20 de fevereiro os sindicatos argumentam que as matérias relativas a remunerações, posições remuneratórias, período normal de trabalho - afirmando-se a propósito que a proposta das 40 horas semanais é ilegal, atendendo a que toda a administração pública tem horário de 35 horas - funções de direção e chefia, período experimental, formação permanente e avaliação de desempenho têm de ser discutidas posteriormente, na contratação coletiva, não podendo fazer parte da legislação que define o regime de carreiras.

Poderá argumentar-se, então, que a articulação e a definição do que é conteúdos da contratação coletiva e do que é negociação do regime legal das carreiras foram, eles próprios, objeto de negociação, tendo estas questões surgido logo na primeira etapa do processo. Na apresentação desta proposta o governo parece estar a tentar permanecer numa lógica de regulamentação administrativa de matérias laborais, apesar de apresentada em mesa negocial, limitando-a ao universo de trabalhadores que legalmente podem ser abrangidos pela mesma. Desta forma, o ato e o instrumento regulador não seriam eficazes na re-regulação, face à hibridização do emprego e das relações laborais no setor da saúde.

Os sindicatos, por seu lado, tinham uma visão bastante mais limitada dos conteúdos que deviam constar do regime legal das carreiras médicas, resumindo-o às matérias relativas aos princípios estruturantes das carreiras, como os graus e categorias e conteúdos funcionais, tendo sempre como objetivo central a extensão desses princípios enquadradores aos médicos com CIT. É por isso também que, apesar de os sindicatos aparentemente quererem um documento legal mais limitado em termos de conteúdo, têm consciência de que a compatibilização de aspetos relacionados com a carreira entre médicos com funções públicas e médicos com CIT será influenciador do que se poderá negociar na contratação coletiva.

O secretário-geral do SIM da altura, Carlos Arroz, em declarações à comunicação social, colocava a questão nos seguintes termos: "não se pode avançar para o acordo coletivo de trabalho sem garantir que haja carreiras para todos". Isto porque "uma coisa é fazer um decreto que crie as carreiras, que as denomine, que dê os conteúdos funcionais e as posições remuneratórias, sem falar em remunerações", outra coisa é fazer um acordo coletivo de trabalho "que derive dos respetivos diplomas legais"¹⁰.

¹⁰ Tempo Medicina, 27 de abril de 2009

Após uma reunião a 3 de março de 2009, é enviado aos sindicatos, no dia 25 desse mês, um novo documento com a proposta do regime legal das carreiras. Apesar de a qualificação médica passar a figurar em conjunto com o regime legal, como exigido pelos sindicatos, estes afirmam, num parecer sobre o documento datado de 3 de abril de 2009, que a discordância se mantém relativamente às matérias já reivindicadas: os médicos em CIT continuam a não constar do âmbito de aplicação do projeto legislativo, continua a figurar na proposta matérias que devem ser discutidas na contratação coletiva e continua a propor-se a unificação das carreiras, algo que os sindicatos só aceitam se forem definidos conteúdos funcionais distintos para cada área de exercício da medicina.

Além disso, afirmam que o comportamento injustificado para o arrastamento desta fase do processo negocial e a incapacidade para acolher as propostas dos sindicatos está a gerar condições para um conflito. Contudo, a posição de princípio, segundo um texto assinado pelo presidente da Fnam, Mário Jorge Neves, era de “ (...) esgotar todos os mecanismos de diálogo e de negociação antes de enveredar por formas de luta mais radicais, embora tenham sido realizadas largas dezenas de reuniões sindicais em vários locais do país”¹¹.

Posteriormente, a 20 de abril, Ana Jorge, envia aos sindicatos um *fax* em que garante que a delegação negocial do governo está empenhada em encontrar uma solução que permita incluir os médicos com CIT no regime de carreiras. Recebido de forma expectante pelos sindicatos, esta posição da Ministra da Saúde sobre o objetivo fundamental dos sindicatos parece, no entanto, ter contribuído para o avanço do processo negocial. Assim, a 3 de junho de 2009 são assinados os acordos sobre o regime legal da carreira médica, tendo os sindicatos alcançado o objetivo de estender este regime legal da carreira a todos os médicos que desenvolvam atividade nas organizações que fazem parte do SNS.

O mecanismo encontrado, e proposto pelas organizações sindicais, para incluir os médicos com CIT foi a negociação de dois diplomas de conteúdo idêntico, embora remetam para peças legislativas diferentes, nomeadamente, a Lei 12-A/2008 e Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, no caso dos médicos com contrato em funções públicas, e o Código do Trabalho, no caso dos médicos com CIT. Entraram, então em vigor o Decreto-lei n.º 176/09, de 4 de Agosto, para os trabalhadores com CIT, e o Decreto-lei n.º 177/09, de 4 de Agosto, para os trabalhadores com contrato em funções públicas, estabelecendo uma única carreira para todos os médicos.

No preâmbulo do Decreto-lei n.º 176/09, o legislador justifica a inclusão dos médicos com CIT das EPE e das PPP em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, uma vez que “ (...) contribui para a circularidade do sistema e sustenta o reconhecimento mútuo de qualificação e categorização, independentemente do local de trabalho e da natureza jurídica da relação de emprego”, não deixando de garantir a autonomia de gestão das EPE e das organizações em regime de PPP.

Existem diferenças fundamentais entre o novo regime legal e o que vigorou até 2009. Desde logo, comparativamente com o Decreto-lei 73/90, em vigor até então, os textos legais de 2009 são

¹¹ Disponível em www.fnam.pt

bastante menos pormenorizados, resumindo-se aos aspetos estruturantes do estatuto profissional. Passa, então, a existir apenas uma carreira médica, tendo sido esta opção inicialmente combatida pelos sindicatos, dividida por áreas e conteúdos de exercício profissional distintos, sendo estabelecido o perfil profissional, os graus e categorias e respetivo conteúdo funcional. Das reivindicações não atendidas dos sindicatos, sublinhe-se a não consagração da correspondência automática entre a obtenção de graus e a progressão nas categorias.

E se a negociação do regime legal demorou, *grosso modo*, entre setembro de 2008 e junho de 2009, os ACTs foram negociados em três meses, entre julho e setembro de 2009. Ao contrário da primeira fase da negociação, em que os sindicatos tornaram público as suas posições e reivindicações, esta negociação decorreu de forma discreta. É de sublinhar o curto período de tempo que mediou a conclusão da negociação do regime legal da, agora, carreira unificada e os ACTs, pelo que se poderá argumentar, até pelas matérias que vieram a público durante o processo de negociação da estrutura da carreira, que a discussão das matérias laborais terá sido de alguma forma abordadas já durante a primeira fase.

Há, contudo, outro aspeto sublinhado por um dos dirigentes entrevistados:

(...) na primeira quinzena de setembro, que havia eleições legislativas a 27, salvo erro, de setembro desse ano. Portanto, na primeira quinzena... Porque havia o compromisso desse governo em concluir o processo de negociação com os sindicatos médicos antes das eleições. Em 15 dias, numa maratona negocial brutal, conseguimos, então, negociar e acordar os dois ACTs, um para os contratos individuais, o outro para o contrato de trabalho em funções públicas, também na base gemelar (Dirigente sindical n.º1).

Assim foi percorrido um caminho ao longo da negociação que começou por acusações dos sindicatos ao governo de obstrução do desenrolar do processo negocial e culminou no reconhecimento de um compromisso de conclusão da negociação antes das eleições legislativas. Apesar disso, sublinhe-se que houve matérias importantes que não foram alvo de negociação, ficando remetidas para anexos dos ACTs, nomeadamente, os serviços mínimos em caso de greve, regulamentação dos concursos de progressão nos graus e categorias, assim, como a definição dos salários e das posições remuneratórias, avaliação de desempenho, regimes e horários de trabalho. Além disso, antevê-se a negociação de novas regras sobre incompatibilidades e impedimentos no exercício da medicina em regime liberal.

Dos ACTs destaca-se a inclusão nos mesmos dos princípios estruturantes das carreiras, as condições de recrutamento e seleção, da formação profissional, a definição das posições remuneratórias, a criação de uma comissão paritária com responsabilidades de interpretar o disposto nos ACT, além das disposições respeitantes à prestação de trabalho. Neste aspeto, uma das principais medidas negociadas nestes acordos é o estabelecimento de 40 horas semanais como período normal de trabalho para todos os médicos. Os trabalhadores médicos do serviço público passam, assim, a ter o

mesmo tempo de trabalho estabelecido para os trabalhadores do sector privado. É de notar, contudo, que fica expresso no Acordo coletivo da Carreira Especial Médica que o horário das 35 horas semanais permanece inalterado até que a nova grelha salarial seja negociada e acordada. Há, portanto, uma condição clara para esta alteração, pelo que se poderá argumentar que este aspeto confere à negociação dos níveis remuneratórios uma importância muito relevante.

Sublinhe-se ainda que os sindicatos médicos negociaram um período de trabalho noturno mais vantajoso que as regras gerais que se aplica às atividades em serviço de urgência, unidades de cuidados intensivos e intermédios e prolongamentos de horário nos centros de saúde tendo também sido clarificado o que se entende por serviço de urgência. Contudo, no que respeita ao pagamento do trabalho noturno e extraordinário permanecem as normas estabelecidas no decreto-lei que vigora desde 1979, tendo os sindicatos conseguido estender as regras nele contidas aos médicos de Medicina Geral e Familiar e aos médicos com CIT.

2. A crise económica e suas repercussões na negociação

À conclusão da negociação dos ACT seguiu-se um agravar das condições económicas e da instabilidade política. Com a entrada do país numa crise económica, a negociação dos anexos estagnou. Conforme esclarece um dos dirigentes sindicais entrevistados: “ (...) nós acabamos a negociação em 23 de setembro, houve eleições a 27. Passamos para um governo de minoria. A negociação morreu ali e nunca mais conseguimos negociar os dossiês, ficaram todos nas gavetas.” (Dirigente sindical n.º2)

É preciso não esquecer que, na sequência da implosão da crise económica os sindicatos médicos se viram confrontados com outros *jogos*, nomeadamente, medidas bastante desafiadoras para o emprego, por exemplo, a aplicação, também no setor da saúde, da regra de por cada duas saídas de trabalhadores da Administração Pública apenas entra um, os cortes salariais, além de, a nível setorial, se verem confrontados com uma proposta de obrigação de permanência de um período mínimo dos médicos no SNS depois da conclusão da formação pós-graduada.

Em maio de 2010, os sindicatos enviaram uma carta à Ministra da Saúde criticando os atrasos da negociação. Ainda assim, em julho de 2010, foi acordado o anexo sobre os serviços mínimos em caso de greve. Mas um texto publicado no Jornal Virtual do SIM¹², a 1 de outubro do mesmo ano, dava conta que a última reunião tinha acontecido dia 19 de julho. Sublinhe-se ainda, que a greve nacional de 24 de novembro desse ano teve adesão por parte das organizações sindicais médicas, constando das razões de adesão à greve os atrasos nas negociações. Nesta fase, torna-se também evidente a pressão dos sindicatos para que seja negociada a proposta de uma grelha salarial, negociação que não chegou a acontecer. Da parte do governo, a justificação para que a negociação

¹² Disponível www.simedicos.pt

sobre salários não tivesse lugar prendia-se com a necessidade de existir primeiro um modelo de avaliação de desempenho definido.

Assim, o modelo de avaliação de desempenho dos médicos, adaptado do modelo geral para a Administração Pública, chegou ainda a ser alvo de negociação durante o governo do PS, tendo sido concluído no início de abril de 2011, embora a publicação do mesmo tenha acontecido já durante a legislatura de coligação entre o PSD e o CDS-PP. Também nesta matéria os sindicatos médicos e o governo chegaram a acordo na definição de um modelo aplicável aos médicos em funções públicas e aos médicos com CIT. Contudo, em relação à forma e conteúdo não se poderá dizer que os sindicatos conseguiram grandes inovações. É certo que preservaram a ideia da autonomia técnica e científica dos médicos com a avaliação inter pares e com a presença de um elemento do grupo de médicos a avaliar na comissão de avaliação, mas não conseguem negociar as quotas máximas de trabalhadores que podem ter determinada avaliação, ficando os médicos sujeitos ao estabelecido na legislação geral da Administração Pública.

Outro aspeto que os sindicatos negociam ainda com o governo PS é o regulamento de concurso de graduação e o recrutamento, assegurando que a obtenção dos graus tenha correspondência automática às categorias para todos os médicos independentemente da organização do SNS em que trabalhem.

Pouco depois dessa negociação, Portugal entra em pleno processo de resgate económico. Do Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, apresentado em Maio, resulta um compromisso de corte de 550 milhões de euros no SNS até 2013. Posteriormente, as eleições de 5 de junho ditam uma mudança de governo. Há, portanto, uma conjuntura muito adversa à prossecução da negociação, sobretudo quando está em causa a negociação de uma grelha salarial.

3. O conflito ou a conquista de espaço negocial

Após a tomada de posse do governo de coligação entre PSD-CDS-PP, no verão de 2011, foram tomadas várias medidas de cortes na saúde, entre os quais a redução em 10 por cento dos gastos em horas extraordinárias. Em outubro, na sequência da apresentação do Orçamento do Estado para 2012, é proposto o nivelamento do pagamento das horas extraordinárias dos médicos pela tabela da restante função pública, a alteração das regras do descanso compensatório, designadamente o facto de os médicos terem de o repor para que o período normal de trabalho não seja prejudicado e a abolição dos limites legais do número de horas extraordinárias na urgência, definidos nos ACT, além de uma proposta de nivelar os salários dos médicos com CIT pela tabela remuneratória ainda vigente para os profissionais em funções públicas.

A reação às propostas veio, não só dos sindicatos médicos, como da Ordem dos Médicos, já com um novo bastonário, marcando o início de uma nova fase, desta vez de convergência e articulação entre os sindicatos e a Ordem. Da reunião conjunta entre as três organizações, a 27 de outubro,

resultou um comunicado em que se afirma o compromisso de cooperação entre as organizações indicando-se que as mesmas adotarão as medidas reivindicativas necessárias em função da gravidade da situação. Além disso, é indicado que a suspensão do estabelecido na contratação coletiva implicará uma rutura nos serviços de urgência¹³.

No dia seguinte, os sindicatos são chamados a uma reunião com a equipa ministerial da saúde, em que é aceite pelos governantes que não se avance com a alteração das regras de descanso compensatório nem com o nivelamento dos salários dos médicos com CIT pela tabela salarial do Decreto-lei 73/90, além de ficar a promessa de negociação da grelha salarial. As mudanças no pagamento e limite de horas extraordinárias foram, contudo, mantidos¹⁴.

Com a aprovação do Orçamento do Estado para 2012, em que se incluiu as mudanças relativas ao trabalho extraordinário e respetivo pagamento, os sindicatos médicos decidem, após reunião conjunta a 7 de dezembro, solicitar audiências urgentes ao Presidente da República e à Comissão Parlamentar da Saúde. Numa declaração conjunta datada desse dia, as organizações sindicais acusam o governo de rasgar os instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e afirmam que “sentem toda a legitimidade para dinamizar a Classe para formas de luta, que podem inclusive assumir a forma de recusa à prestação de todo e qualquer serviço extraordinário”¹⁵.

A ameaça de greve foi concretizada, mas apenas pelo SIM, o que a julgar pelas movimentações conjuntas anteriores poderá questionar-se um recuo no recurso à greve por parte da Fnam. Assim, neste aspeto, e pela primeira vez desde 2009, o SIM e a Fnam seguiram caminhos diferentes: o SIM convocou uma greve às horas extraordinárias, a Fnam aconselhou os profissionais a entregarem um formulário com a recusa de fazerem mais de 200 horas extraordinárias por ano.

Contudo, na sequência de uma reunião no dia 26 de dezembro, a greve marcada para 2 de janeiro de 2012 foi desconvocada com a promessa do governo em retomar a negociação. Num artigo de opinião publicado no *site* do SIM, o secretário-geral, Carlos Arroz, esclarece que a greve foi marcada porque “o Governo inaugurou um novo capítulo: alterar por Lei o que foi duramente negociado”. Como tal, prossegue, “precisamente por se tratar de negociação coletiva, não faz qualquer sentido ético perpetuar uma batalha quando uma das partes oferece negociação, com data e tema”.

A 19 de janeiro de 2012 foi, então, realizada uma reunião entre os sindicatos e o governo, tendo várias das reivindicações dos médicos sido atendidas. Assim, foram emitidas circulares informativas em que se estabelece a manutenção das anteriores regras do descanso compensatório, dos limites de horas extraordinárias estabelecidas nos ACT, além da reformulação do pagamento das horas de trabalho suplementar e extraordinário contemplando o valor da remuneração devida pelo trabalho

¹³ Ordem dos Médicos, SIM e Fnam, Comunicado cimeira organizações médicas. Reunião entre a OM e o SIM e a FNAM, Lisboa, 27 de outubro de 2011

¹⁴ Disponível em www.simedicos.pt

¹⁵ Disponível em www.simedicos.pt

normal, conforme estipulado no decreto-lei n.º 62/79. No que respeita à grelha salarial, os sindicatos recusaram negociar, uma vez que apenas foi apresentada uma proposta para as 40 horas dos médicos em contrato de trabalho em funções públicas, exigindo os sindicatos a negociação simultânea da tabela salarial.

Após essa reunião, e ao longo de cerca de quatro meses há registo de seis reuniões sem qualquer resultado prático. De acordo com as informações veiculadas pelos sindicatos em vários documentos com o ponto da situação, o comportamento do governo oscilava entre a apresentação de uma tabela salarial baseada numa regra simples de acréscimo de mais cinco horas e sem o devido enquadramento nos níveis remuneratórios da tabela única da Administração Pública e de propostas que não estavam em discussão no momento ou a não apresentação de qualquer documento de proposta.

A 19 de abril de 2012, a Fnam, através de um comunicado agudiza o discurso, afirmando que claramente a delegação negocial governamental não quer negociar e que estão criadas as condições para a eclosão de um conflito¹⁶. Por esta altura, o SIM, num texto publicado no Jornal Virtual, adota uma posição mais moderada, dando até à próxima reunião, a 15 de maio, para que o governo apresente propostas negociáveis¹⁷.

Na véspera da reunião agendada para 15 de maio, é aberto um concurso público para adjudicação de horas de trabalho médico, despoletando, a par de mais uma reunião sem proposta salarial, uma reação mais extremada dos sindicatos. Atendendo à história recente da negociação, poderá dizer-se que tudo apontava para um conflito. Conforme indica um dos dirigentes sindicais: “Em termos sindicais, uma coisa são os objetivos finais outra coisa são as manobras estratégicas que vão acontecendo em cada momento e que nós temos de saber ler, não é? A publicação de um concurso para contratação de médicos para 1700 horas foi uma oportunidade sindical para encostar o Sr. ministro à parede, do ponto vista da negociação.” (Dirigente sindical n.2)

A 6 de junho é, então, emitido um comunicado conjunto assinado pelos dirigentes sindicais e o bastonário da Ordem dos Médicos em que se comunica a decisão de realização de uma greve para os dias 11 e 12 de julho¹⁸. Num documento em que se fala de greve pouco se diz sobre as matérias concretas que estavam em negociação. Há toda uma construção de uma argumentação que procura relacionar as condições de trabalho dos médicos com a qualidade do SNS, colocando-os como defensores do direito à saúde. É de sublinhar mais uma vez o protagonismo da Ordem dos Médicos, sobretudo quando se trata de um documento que comunica a decisão de uma greve.

O principal motivo da greve é sintetizado por um dos sindicalistas entrevistados:

¹⁶ Disponível em www.fnam.pt

¹⁷ Disponível em www.simedicos.pt

¹⁸ Fnam, Ordem dos Médicos e SIM, Comunicado conjunto das organizações médicas. Em defesa do Serviço Nacional de Saúde e dos Portugueses, Lisboa, 6 de junho de 2012

Obrigar à negociação! Como quase todas as ações de greve. Infelizmente começa até por aí quando essa devia ser uma situação, à partida, perfeitamente consensual, normal, porque é da lei, é da democracia. Está estabelecida na Constituição a contratação coletiva, a negociação sindical e... e... muitas vezes os confrontos começam logo naquilo que não deveria estar em causa, que é o princípio da negociação. Mas é por aí que começa. (Dirigente sindical n.1)

Na reação à convocação da greve, os secretários de estado da administração pública e da saúde contrapuseram, numa carta enviada aos sindicatos a 12 de junho, que esta decisão é um “condicionamento e profunda desvalorização do processo negocial em curso”, atendendo a que a data de conclusão das negociações tinha sido acordada para agosto desse ano e que a delegação governamental estava em fase de preparação dos documentos a negociar, decretando, assim, a suspensão do processo negocial.

Os sindicatos intensificaram então contatos junto dos médicos, sendo de salientar que desde as questões sobre o descanso compensatório e as horas extraordinárias se foi formando uma opinião generalizada entre os médicos favorável à greve. Da parte do governo houve a manutenção da posição de suspensão da negociação até cerca de uma semana antes da greve, até que a 6 de julho, num comunicado divulgado na comunicação social, o Ministro da Saúde, Paulo Macedo, afirma a vontade de chegar a um acordo que impeça a realização da greve, em relação à qual mantém um tom bastante crítico, considerando mesmo a hipótese de acionar a requisição civil. Na resposta, a 7 de julho, os dirigentes sindicais recusam a proposta para negociar, entendendo que o governante afirma, por um lado, vontade de negociar, e por outro, ameaça os médicos com uma requisição civil.

A greve realiza-se mesmo e é considerada pelos sindicatos como a maior de sempre, apontado uma adesão de 95% dos profissionais¹⁹. Em termos do objetivo da greve, poderá dizer-se que foi conseguido, uma vez que foi marcada uma reunião negocial para 13 de julho. Desta feita, a negociação da tabela salarial demorou cerca de quatro meses. Dos pontos de situação que foram sendo dados pelos sindicatos, sobressaem como matérias de discussão as questões da posição remuneratória inicial da carreira médica, aliás, determinante para todas as outras posições remuneratórias, as condições de transição e a manutenção dos direitos adquiridos, pretendendo os sindicatos que a mesma se faça numa base opcional e de forma automática, e o aumento do período de trabalho destinado aos serviços de urgência, proposto pelo governo.

O acordo foi assinado a 14 de outubro de 2012, passando a existir uma tabela salarial única para os médicos em funções públicas e médicos com CIT em que a primeira posição remuneratória se fixa em 2746,24 euros. Sobre a negociação da grelha salarial um dos dirigentes sindicais afirma: “ (...) nós, na prática, compramos a valorização salarial. E como é que compramos essa valorização salarial?

¹⁹ Fnam, Ordem dos Médicos e SIM, Comunicado de 12 de julho de 2012

Fazendo com que os médicos fizessem mais horas no serviço de urgência e recebessem menos horas extra. O que fizemos com o governo foi matemática.” (Dirigente sindical n.2)

Assim, as contrapartidas para o acordo da grelha salarial foram o aumento de 12 para 18 horas de período semanal de trabalho na urgência e um aumento da lista de utentes dos médicos dos Aces. Atendendo a documentos publicados pelos sindicatos, a tabela salarial acordada parece ter ficado aquém das expectativas dos médicos. De qualquer forma, sublinhe-se a opinião do presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul, Mário Jorge Neves:

As actuais 35 horas representam +/- 1800 euros brutos e o acréscimo de 1/7 da carga horária é acompanhada por 50 por cento de aumento. Mesmo no tempo das vacas gordas quando entravam diariamente paletes de dinheiro da então CEE, o aumento de 7 horas (35-42h), um 1/5 da carga horária teve um acréscimo de 25 por cento. E só em 1999 é que subiu para 32%. A título ainda de exemplo, os chefes de serviço que em 35 horas têm de salário +/- 3000 euros, e com a nova tabela passariam para 5000 euros²⁰.

Sublinhe-se ainda que foi acordada a manutenção das regras relativas ao descanso compensatório e do limite anual de horas extraordinárias. No que respeita ao pagamento do trabalho suplementar e extraordinário foi mantido o disposto no Decreto-lei 62/79 e acordado um pagamento melhorado face à legislação em vigor para os médicos que se mantêm em 35 horas. O horário das 40 horas apenas vigora automaticamente para os médicos contratados a partir de 1 de janeiro de 2013, podendo os médicos com CIT com melhores condições, mante-las. Relativamente aos médicos enquadrados nos regimes de trabalho anteriores só poderão transitar para o novo regime, atendendo às disponibilidades orçamentais, sendo que a partir de 2015 poderão fazê-lo por opção, sem necessitar de anuência do Ministério da Saúde.

²⁰ Tempo Medicina *online*, s.d.

DISCUSSÃO

Ao longo do processo, a lógica de atuação dos sindicatos esteve sempre centrada no objetivo de uniformizar as regras das condições de trabalho para todos os médicos, independentemente da natureza jurídica das organizações de saúde e do vínculo contratual dos médicos. Torna-se, então, nítido que, de entre as consequências da desregulação do emprego dos médicos do SNS, a individualização das relações laborais e, ligada a esta, a fragmentação das condições de trabalho, era a principal preocupação dos sindicatos médicos.

Este objetivo foi assumido logo na fase inicial do processo de negociação, tendo os sindicatos médicos o objetivo de harmonizar tudo o que pudesse ser harmonizado logo na definição do novo regime legal da carreira médica. Poderá questionar-se até que ponto essa preocupação não decorre da consciência por parte dos representantes dos trabalhadores médicos da influência que a legislação tem no sistema laboral português. Na prática o que os sindicatos médicos fizeram foi uma espécie de jogo duplo: asseguraram, na legislação, que o regime da carreira abrangia todos os médicos, sendo que eram essas as regras base de tudo o que viesse a ser acordado posteriormente, além de que são aplicáveis a todo o universo de organizações de saúde do SNS, incluindo as PPP, e asseguraram que essas normas estivessem também vertidas nos ACTS, ganhando, com isso, uma reserva de poder, garantindo que não poderão ser alteradas ou revogadas unilateralmente.

A uniformização das regras a aplicar aos médicos independentemente do tipo de vínculo contratual permite resolver o desafio da hibridização das condições de emprego dos médicos ao regular, segundo normas semelhantes, a estrutura de carreira, salários, tempo de trabalho, regras de progressão, avaliação de desempenho, para mencionar alguns, regimes que remetiam para enquadramentos legais diferentes. Além disso, faz com que os sindicatos tenham novos argumentos no que diz respeito à possibilidade de representação de grupos crescentes de trabalhadores que têm estado à margem das relações coletivas de trabalho.

Por outro lado, e apesar da existência de comissões paritárias que têm como objetivo discernir sobre aspetos da contratação coletiva que possam gerar dúvidas relativas à aplicação dos ACTS, será necessário considerar a complexidade de aplicação das regras neles contidas num contexto em que continua a existir autonomização da gestão e descentralização de competências, considerando ainda que a tendência geral das reformas na Administração Pública continua a ser a opção pela liberalização do mercado. Além disso, refira-se que os ACT se aplicam aos médicos em funções públicas e com CIT, tendo as organizações com estatuto EPE e as PPP da saúde, deixando de fora, por exemplo, as situações de prestação de trabalho em regime de *outsourcing*.

Outra das matérias que parece ter sido um dos grandes objetivos dos sindicatos médicos é a manutenção dos princípios que têm regido a estrutura de carreiras dos médicos. Nota-se a preocupação de delimitação do âmbito da profissão médica, e dentro desta, o reconhecimento de áreas de especialização de saberes. Destaca-se também a manutenção de uma hierarquia de saberes, novamente

formalizada, e que tinha sido desvirtuada a partir do momento em que se desregulou o setor. Assim, de entre as matérias alvo de negociação destaca-se o estabelecimento de graus de carreira e de uma hierarquia salarial relacionada com esses títulos de habilitação profissional, além de regras estabelecidas sobre a diferenciação de competências que se exige para se ocupar determinadas funções. O princípio de que à obtenção de graus deve corresponder automaticamente uma determinada categoria foi outra das grandes preocupações dos sindicatos que tiveram, contudo, de aceitar os argumentos de que não existia enquadramento na lei geral sobre isso, pelo que teve de ser apenas considerada na contratação coletiva, deixando de fazer parte do regime jurídico da carreira médica.

Outro aspeto a destacar diz respeito à dificuldade dos governos reconhecerem o papel dos sindicatos enquanto atores na reestruturação do emprego e reconhecerem os princípios da contratação coletiva incentivados através da legislação geral. Isto torna-se nítido, primeiro ainda no governo socialista, ao serem apresentadas sucessivas propostas sobre o regime legal que perpetuavam a lógica de fragmentação das condições de trabalho e que pretendiam colocar a contratação coletiva com um papel residual ao incluírem no diploma legal várias matérias de âmbito estritamente laboral. Por seu lado, no governo seguinte, de coligação entre PSD e CDS-PP, nota-se uma posição mais marcadamente oposicionista à participação dos sindicatos nas reformas, através da imposição de medidas contrárias ao que estava acordado, legitimadas pela imposição das metas estabelecidas no programa de resgate financeiro.

O primeiro desafio dos sindicatos foi, então, o de conquistar o seu papel enquanto ator. Parece nítido que uma das estratégias para o conseguir foi a decisão dos dirigentes da Fnam e do SIM de constituírem uma mesa negocial conjunta, chegando a acordo, primeiro entre si, mas apresentado-se com posições e reivindicações já consertadas na mesa negocial com os governos. Poderá dizer-se que esta decisão dos sindicatos reflete uma outra, nomeadamente, o facto de terem optado por fazer uma abordagem não ideológica à negociação, assumindo-se, independentemente das posições de princípio em relação às reformas efetuadas, que estas balizavam as regras segundo as quais teriam de jogar.

Além disso, o próprio encadeamento do processo parece ter levado a estratégias diferentes relativamente à posição comum de limitar a participação dos sindicatos na reestruturação das condições de emprego. Durante o governo do PS parece que os sindicatos atuaram numa lógica de escalar o nível do poder executivo, implicando o primeiro-ministro no processo. Com o o governo do PSD - CDS-PP, à posição mais extremada, os sindicatos médicos responderam com a forma mais radical de luta, ou seja, uma greve, largamente apoiada pelos trabalhadores médicos.

Nas duas estratégias sobressai o facto de os sindicatos terem aproveitado como recurso o poder profissional dos médicos, quer para chegar a instâncias superiores, no caso do governo socialista, quer para obter os efeitos práticos de uma greve em termos de repercussões visíveis nas atividades de prestação de cuidados de saúde. É de notar também que a mobilização para a greve, em termos de documentos e de discurso sindical, não colocou as remunerações como um dos motivos para o conflito, embora, assumindo-se que o que se pretendia era negociar e o que estava em falta na

negociação coletiva era, sobretudo, a definição de uma grelha salarial, se possa argumentar que, de certa forma, o conflito esteve ligado a remunerações.

Os sindicatos médicos sempre tiveram um discurso discreto relativamente a salários, o que poderá ser um indicador de que se poderia tratar de uma matéria em que os representantes dos trabalhadores não obteriam resultados considerados satisfatórios, mais ainda se considerarmos o agudizar da crise económica. De facto, no caso da negociação da grelha salarial é complexo fazer uma análise conclusiva. Porventura será um dos aspetos em que o uso dos diferentes efeitos da desregulação do mercado de trabalho dos médicos assuma maior evidência, uma vez que, além da tabela única salarial estabelecida para a Administração Pública, a qual serve de referência a todas as remunerações, também surge como ponto de referência os salários praticados fora da grelha salarial ainda vigente para os médicos em funções públicas.

Além da intenção do governo em aplicar essa tabela aos médicos com CIT por altura da apresentação do Orçamento do Estado para 2012, a própria reação dos médicos à grelha salarial acordada sugere que os montantes ficaram aquém das expectativas. Não deixa, contudo, de ser significativo o aumento dos valores quando considerados em relação ao acordado no antigo regime legal das carreiras médicas, em 1990. Parece, então, que em termos salariais a crise económica teve um papel significativo no refrear das aspirações dos médicos, pelo que, na ausência desse contexto, se poderá questionar se os níveis salariais não teriam sido maximizados com base no conhecimento dos salários praticados nos EPE e nas PPP.

É de considerar ainda o assumir de que a grelha salarial foi acordada tendo como uma das moedas de troca um aumento do trabalho que não vai ser pago através de horas extraordinárias. É nítido, quer pelo facto desta ter sido uma das matérias visadas na contenção da despesa na saúde, quer pela reação dos médicos a esse corte, que o trabalho suplementar, noturno e extraordinário é uma componente importante no salário dos médicos. Mais uma vez há uma certa sobreposição de matérias que estão no âmbito legislativo e da contratação coletiva, sendo que, neste caso, foi o governo que preservou a reserva de poder em relação a este assunto, uma vez que os ACT, nesta matéria, remetem para a legislação aplicável.

Face ao exposto, poderá responder-se à pergunta de partida sobre se a contratação coletiva teria respondido aos desafios da re-regulação, de forma afirmativa. Do mesmo modo, pode considerar-se que a análise sugere que os sindicatos tiveram uma ação estratégica baseada numa organização efetiva e na utilização do poder profissional dos médicos como recurso negocial, além de um outro aspeto não considerado inicialmente, designadamente, uma atitude pragmática, em que se deixou de lado as posições ideológicas sobre as reestruturações ocorridas na saúde. Já a exploração dos efeitos contraditórios das próprias reformas não parecem tão claros. De qualquer forma, não se poderá deixar de considerar este trabalho apenas uma introdução a um processo complexo e com múltiplos meandros difíceis de perceber numa primeira análise.

Em termos da própria re-regulação há ainda muito para explorar no que respeita à análise mais profunda às múltiplas formas como o estabelecido através de legislação e o acordado em contratação coletiva se relacionam, à interpretação de lógicas ora de divergência, ora de convergência entre os sindicatos e a OM, à própria consertação de posições entre estruturas sindicais que se apresentaram na negociação, em que aspetos da desregulação beneficiou uma nova regulação, não esquecendo, já numa outra dimensão de análise, que entendimento têm as administrações das EPE sobre um acordo que têm de aplicar, apesar de não o terem negociado, subvertendo-se, neste aspeto, a lógica da descentralização de competências.

A um outro nível, coloca-se, desde logo, a questão sobre a complexidade de aplicação dos ACTs, atendendo, por um lado, às tendências gerais de autonomia gestonária e aplicação de mecanismos do setor privado no setor público, e, por outro, ao facto de se tratar de um instrumento inovador na regulação das relações laborais do setor. De um ponto de vista comparativo, torna-se ainda pertinente perceber os contornos que aproximam e os que afastam a negociação coletiva dos médicos de outros grupos profissionais da Administração Pública, até mesmo em relação a outros grupos profissionais do setor.

FONTES

- Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro. Diário da República n.º 17/88 – I Série, Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro. Diário da República n.º 18/88 – I Série, Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-lei 73/90, de 6 de Março. Diário da República n.º 54/90 – I Série, Ministério da Saúde, Lisboa
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República n.º 195/90 - I Série, Assembleia da República, Lisboa
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro. Diário da República n.º 12/93 - I Série, Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio. Diário da República n.º 103/98 - I Série A, Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Diário da República n.º 108/99 - I Série A, Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro. Diário da República n.º 219/99 - I Série, Ministério da Saúde, Lisboa
- Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro. Diário da República n.º 258/2002 - I Série A, Assembleia da República, Lisboa
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Diário da República n.º 161/2007 - I Série Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República n.º 38/2008, - I Série Ministério da Saúde, Lisboa
- Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro. Diário da República n.º 41/2008, - I Série, Assembleia da República, Lisboa
- Decreto-lei n.º 176/09, de 4 de Agosto. Diário da República n.º 149/2009 - I Série Ministério da Saúde, Lisboa
- Decreto-lei n.º 177/09, de 4 de Agosto. Diário da República n.º 149/2009 - I Série Ministério da Saúde, Lisboa

BIBLIOGRAFIA

- Amaral, Alberto (2001) *Plano Estratégico para a Formação nas áreas da Saúde*, Relatório do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, s.l. (policopiado)
- Bach, Stephen e Lorenzo Bordogna (2011), “Varieties of new public management or alternative models? The reform of public service employment relations in industrialized democracies”, *The International Journal of Human Resource Management* (online), 22 (11), pp. 2281-2294
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2011.584391>
- Branco, António e Vítor Ramos (2001) “Cuidados de saúde primários em Portugal”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático 2, pp. 05-12
- Campos, António Correia de (2012), “Para uma agenda de reforma do SNS” em Maria de Lurdes Rodrigues e Pedro Adão e Silva (org.) *Políticas públicas em Portugal*, Lisboa, INCM / ISCTE Instituto Universitário de Lisboa
- Carapinheiro Graça (1993), *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento
- Carvalho, Teresa (2009), *Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada*, Lisboa, Edições Sílabo
- Clarke, John e Janet Newman (1997), *The managerial State: power, politics and ideology in the remaking of social welfare*, London, Sage
- Correia, Tiago (2011), “New Public Management in the portuguese health sector: a comprehensive reading”, *Sociologia Online*, Revista da Associação Portuguesa de Sociologia, 2, pp. 573-598
Disponível em: revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4dc41d5890f57.pdf

- Correia, Tiago (2012), *Medicina: o agir numa saúde em mudança*, Lisboa, Mundos Sociais
- Costa, Rui Manuel Pinto (2007), “A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo”, *Revista da Faculdade de Letras - HISTÓRIA*, III Série, vol. 8, pp. 355-381
Disponível em: ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3361.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (2009), *Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários no SNS*, Porto, Entidade Reguladora da Saúde
Disponível em: https://www.ers.pt/pages/18?news_id=57
- Ferner, Anthony (1995), “The State as Employer” em Anthony Ferner e Richard Hyman (ed.), *New frontiers in european industrial relations*, Oxford, Blackwell
- Friedson, Eliot (1970) *Professional dominance: the social structure of medical care*, Nova Iorque, Atherton Press
- Galetto, Manuela, Paul Marginson e Catherine Spieser (2012), “Collective bargaining and the changing governance of hospitals: a comparison between United Kingdom, Italy and France”, paper apresentado no 24th SASE Annual Meeting Global Shifts: Implications for business, government and labor, MIT, 28 a 30 de Junho de 2012, Cambridge
- Lane, Jan-Erik (1997), *Public sector reform. Rationale, trends and problems*, London, Sage
- Le Goff, Jacques (1984), “Documento/Monumento” em *Enciclopédia Einaudi*, Vol. I, Lisboa, Imprensa Nacional, pp. 95-104
- Lima, Maria da Paz Campos (2004), *Relações colectivas de trabalho e flexibilidade ofensiva nos anos 90 em Portugal: configuração e mudança das normas laborais - da regulação sectorial à regulação de empresa*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, ISCTE-IUL
- Mozzicafreddo, Juan (2000) *Estado-providência e cidadania em Portugal*, Oeiras, Celta Editora
- Neves, Mário Jorge (2005), *A saúde, as políticas e o neoliberalismo*, Lisboa, Sindicato dos Médicos da Zona Sul/Fnam
- Neves, Mário Jorge (2007), “Prefácio” em Aguinaldo Cabral (coord.) *As carreiras médicas em Portugal: evocação e defesa*, Lisboa, Sindicato dos Médicos da Zona Sul/Fnam
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007), *Relatório de Primavera 2003, Saúde: que ruturas?*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007), *Relatório de Primavera 2007. Luzes e sombras: a governação em saúde*, Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
- Pisco, Luís (2007) “A reforma dos cuidados de saúde primários”, *Cadernos de Economia*, Ordem dos Economistas, XX(80), pp. 60-66
- Saglio, Jean (1991) “La régulation de branche dans le système français de relation professionelles” *Travail et Emploi*, 47, pp. 26-41
- Santana, Paula (coord.) (2009) *Estudo de necessidades previsionais de recursos humanos em saúde – médicos*, Relatório Final, Coimbra, Universidade de Coimbra
- Santos, Boaventura de Sousa (1987) “O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 13-74
- Santos, Boaventura de Sousa (1993), “O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semi-periferia: o caso português” em Boaventura de Sousa Santos (org.) *Portugal: um retrato singular*, Porto, Afrontamento
- Serrão, Daniel (Dir.) (1998), *Recomendações para uma reforma estrutural: reflexão sobre a saúde*, Lisboa, Conselho de Reflexão sobre a Saúde

- Silva, Mariana Vieira da (2012), “Políticas públicas de Saúde” em Maria de Lurdes Rodrigues e Pedro Adão e Silva (org.) *Políticas públicas em Portugal*, Lisboa, INCM / ISCTE Instituto Universitário de Lisboa
- Simões, Jorge (2004), *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Almedina
- Stoleroff, Alan (1988), “Sindicalismo e Relações Industriais em Portugal”, *Sociologia Problemas e Práticas*, 4, pp. 147-164
- Stoleroff, Alan. e Reinhard Naumann (1996), “Unions and the restructuring of the public sector in Portugal” em Leisink, Peter; Jim Van Leemput e Jacques Vilrocx (ed.), *The challenges to trade unions in Europe. Innovation or adaptation*, Cheltenham, Edward Elgar
- Stoleroff, Alan (2000), “Union development within the changing contexts of political economy and industrial relations in Portugal” em Waddington, Jeremy e Reiner Hoffmann (ed.) *Trade unions in Europe. Facing challenges and searching for solutions*, Brussels, ETUI
- Stoleroff, Alan (2005), “Portugal: mergers within a fragmented union structure 1974-2000” em Waddington, Jeremy (ed.) *Restructuring representation. The merger process and trade union structural development in ten countries*, Brussels, Peter Lang
- Stoleroff, Alan (2007), “The revolution in the public services sector in Portugal: with or without the unions”, *Transfer*, 13 (4), pp. 61-652
- Stoleroff, Alan e Irina Pereira (2008), “Teacher’s unions and the transformation of employment relations in public education in Portugal”, *Transfer*, 14 (2), pp. 313-331
- Stoleroff, Alan e Tiago Correia (2008), “A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e desafios sindicais para a sua re-regulação”, CIES e-Working Papers (online), Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
Disponível em: <http://repositorio.iscte.pt/handle/10071/719>
- Storey, John (1995) “Human resource management: still marching on, or marching out?” em John Storey (ed.), *Human resource management: a critical text*, London, Routledge
- Teixeira, Lurdes (2012) *A reforma do centro de saúde. Percursos e discursos*, Lisboa, Mundos Sociais

ANEXO A – GUIÃO DA ENTREVISTA AOS SINDICATOS

A re-regulação do emprego e das relações laborais dos médicos do Serviço Nacional de Saúde face às reformas do setor: o processo de contratação coletiva

Guião da entrevista aos sindicatos

1. As reformas no sector da saúde e as da Administração Pública (AP) no geral alteraram significativamente as relações de emprego dos médicos. Que desafios se colocavam aos sindicatos na negociação da nova carreira médica?
2. A Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, relativa aos vínculos, carreiras e remunerações implicava a renegociação da carreira médica em outros termos, nomeadamente, através de acordo colectivo de trabalho (ACT). À época, o que considerava ser os factores favoráveis e os factores desfavoráveis, atendendo ao contexto económico, político e social?
3. A Ministra da Saúde, Ana Jorge, esteve pessoalmente envolvida na negociação desde a criação do novo regime legal da carreira médica. Os sindicatos tiveram algum papel nisso, atendendo a que no início da negociação da reestruturação do regime legal da carreira médica acusaram a delegação do Ministério da Saúde de terem um comportamento antinegocial e uma postura de “confronto” e de “hostilização” dos sindicatos?
4. Além disso, os dois sindicatos médicos anunciaram em janeiro de 2009 que iriam apresentar-se à mesa de negociações com uma delegação conjunta, que se manteve até ao fim. Por que decidiram fazê-lo?
5. O Acordo Colectivo da Carreira Especial Médica (ACCE), para os médicos em funções públicas, e do ACT, para os médicos com CIT, foram fechados a 23/09/2009 (à excepção dos anexos). Quais as matérias que geraram mais divergência entre as duas partes?
6. O aspecto porventura mais revolucionário do ACCE foi a definição de 40 horas como período normal de trabalho semanal, quando toda a AP tinha 35 horas semanais. Por que os sindicatos aceitaram um horário diferente de toda a AP e, aparentemente, menos favorável?
7. Fazer depender a aplicação das 40 horas à negociação da grelha salarial era garantia suficiente para que esta mudança fosse vantajosa

8. Findo o ACCEM e o ACT, que aspectos consideraram mais bem sucedidos e os menos bem sucedidos e quais os que geravam maior preocupação, atendendo a que faltava ainda a negociação de vários anexos aos acordos, nomeadamente, serviços mínimos em caso de greve, requisitos de candidatura e, ainda mais importante, a avaliação de desempenho e a definição da grelha salarial?
9. O facto de a negociação ter sido realizada com uma ministra médica, ao que se sabe, favorável à permanência da carreira médica, teve influência no resultado da negociação?
10. Os sindicatos ainda negociaram com o governo socialista a avaliação de desempenho (Abril de 2011), mas a grelha salarial não avançou. Em Junho de 2011 houve uma mudança de Governo, além de o país estar num processo de resgate económico. Como os sindicatos encararam e como prepararam o facto de terem de passar a negociar com um governo diferente, com ideias sobre a saúde também diferentes, num contexto económico extremamente adverso?
11. Pouco depois do governo tomar posse, no verão de 2011, foram tomadas várias medidas de cortes na saúde, entre os quais a redução em 10% das horas extraordinárias. Mais tarde, na sequência do OE para 2012, surge a questão do nivelamento do pagamento das horas extraordinárias dos médicos pela restante função pública além também da alteração das regras do descanso compensatório, designadamente o facto de os clínicos terem de repô-lo para que o período normal de trabalho não seja prejudicado. Os sindicatos acusam o governo de estar a fazer um jogo duplo, ao se mostrarem favoráveis à negociação, por um lado, e de estarem, através de via legislativa mais alargada, a contrariar o estabelecido no ACCE e ACT. Neste aspecto o SIM e a Fnam seguiram, inicialmente, caminhos diferentes: o SIM convocou uma greve às horas extraordinárias, a Fnam aconselhou os profissionais a entregarem um formulário com a recusa de fazerem mais de 200 horas extraordinárias por ano.

SIM:

Qual a intenção dessa greve?

Como explica que um sindicato tradicionalmente com uma postura mais negociadora tenha avançado para uma greve?

Fnam:

Sendo a Fnam filiada na CGTP, tradicionalmente uma central sindical mais radicalizada e que recorre mais à greve, por que não avançaram de imediato, ao lado do SIM, com uma convocatória de greve na sequência desta decisão do governo?

Houve, neste aspecto, uma divisão entre os dois sindicatos?

12. Com a promessa do governo de que ia negociar, a greve marcada para 02/01/2012 foi desconvocada, além de que a questão das horas extraordinárias e do descanso compensatório foi também, de certa forma, ultrapassada. No entanto, a promessa do governo não se concretizou na prática. E desde as questões sobre as horas extraordinárias, parece ter-se formado a opinião generalizada entre os médicos favorável à greve. Os sindicatos sentiram-se pressionados a fazer uma greve ou, por outro lado, avançaram, posteriormente, para uma greve de médicos por se sentirem apoiados pelos profissionais?

13. A Ordem dos Médicos parece ter assumido protagonismo nesta fase final da negociação, algo que os sindicatos “combateram” na fase inicial, aquando da negociação do novo regime legal da carreira médica. Recordo que, inclusivamente, o primeiro documento em que se fala da greve de médicos, é um documento conjunto entre os sindicatos e a Ordem. Porquê esta mudança de atitude em relação à participação desta organização?

14. Quais os objectivos concretos da greve de Julho de 2012?

15. Quais foram os aspectos mais bem sucedidos e os menos bem sucedidos da negociação com este governo? Considera a grelha salarial um bom acordo?

16. O período da negociação das matérias que restavam negociar dos acordos com os sindicatos médicos parece ter sido mais conflituoso neste Governo do que no anterior. A que se deve tal facto?

17. No geral, considera que os sindicatos tiveram a capacidade de influenciar o resultado das negociações? Considera que o resultado foi positivo para os sindicatos e os médicos?

CURRICULUM VITAE

SUSANA ISABEL RIBEIRO RODRIGUES

Informação pessoal	
Residência	Odivelas
Telefone	919059425
E-mail	susana.ribeiro.rodrigues@gmail.com
Data de nascimento	18-11-1977
Experiência profissional	
Datas	12/2012 até agora
Função	Técnica de recursos humanos
Principais responsabilidades	Processamento de salários e respetivas obrigações legais, no âmbito de um centro de serviços partilhados
Empregador	Administração Pública
Datas	03/2012 – 07/2012
Função	Assistente de apoio a centro de investigação
Principais responsabilidades	Assessoria ao departamento de gestão na elaboração de relatórios de produção científica, revisão de textos académicos e transcrição de entrevistas
Empregador	Instituição universitária em regime de <i>freelancer</i>
Datas	02/2006 – 02/2011
Função	Jornalista
Principais responsabilidades	Redação de textos jornalísticos sobre medicina e saúde
Empregador	Impremédica – Jornal Tempo Medicina
Datas	04/2003 – 10/2004
Função	Assistente de gestão de clientes
Principais responsabilidades	Gestão de contas de clientes empresariais (PME's),
Empregador	ONI Telecom
Datas	02/2002 - 02/2003
Função	Assistente de apoio a centro de investigação
Principais responsabilidades	Criação do catálogo digital da biblioteca e manutenção da respectiva base de dados, assessoria ao departamento de

Empregador	gestão na elaboração de relatórios de produção científica e apoio à organização de reuniões científicas e-GEO – Centro de Estudos de Geografia e Planeamento Regional (FCSH-UNL)
Formação académica e profissional	
<p>Datas</p> <p>Qualificação</p> <p>Áreas temáticas / competências</p> <p>Instituição</p>	<p>09/2011 – 12/2013 (data prevista de conclusão)</p> <p>Mestrado em Ciências do Trabalho e Relações Laborais</p> <p>Tendo como área temática predominante a Sociologia, aborda-se as questões relativas ao trabalho e ao emprego de forma transdisciplinar, incluindo as perspectivas da Economia, Gestão de Recursos Humanos e Direito do Trabalho</p> <p>ISCTE-IUL</p>
<p>Datas</p> <p>Qualificação</p> <p>Áreas temáticas / Competências</p> <p>Instituição</p>	<p>07/2005 – 10/2005</p> <p>Estágio curricular de jornalismo</p> <p>Integrando a secção Nacional, com enfoque na política partidária e actividades do Parlamento, aprofundou-se as competências de pesquisa e seleção de informação, bem como a capacidade de comunicação escrita</p> <p>Jornal Público</p>
<p>Datas</p> <p>Qualificação</p> <p>Áreas temáticas / Competências</p> <p>Instituição</p>	<p>04/11/2004 - 30/06/2005</p> <p>Curso de Formação Geral em Jornalismo (qualif. prof. nacional nível 5 com duração de 1084 horas)</p> <p>Obtenção de competências de pesquisa e organização de informação e apresentação da mesma de forma eficiente em diversos formatos de comunicação social, nomeadamente, imprensa, rádio, televisão e jornalismo <i>on-line</i></p> <p>CENJOR (Centro Protocolar de Formação Profissional para Jornalistas)</p>
<p>Datas</p> <p>Qualificação</p> <p>Áreas temáticas / Competências</p> <p>Instituição de ensino ou formação</p>	<p>10/1997 – 12/2002</p> <p>Licenciatura em Geografia e Planeamento Regional</p> <p>Obtenção de conhecimentos nas áreas temáticas de planeamento e ordenamento do território, demografia, geomorfologia, climatologia e tecnologias de informação geográfica e cartografia. Aplicação de várias metodologias das ciências sociais</p> <p>Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa</p>

Aptidões e competências pessoais

Idiomas	Inglês
Aptidões e competências informáticas	Domínio de Word, Excel, Power Point e Outlook e conhecimentos de Access e SAP-RH
Aptidões e competências sociais	<ul style="list-style-type: none">- Capacidade de adaptação e aprendizagem, reflexo das várias experiências de formação académica e das diversas actividades profissionais;- Capacidades de relacionamento interpessoal e de comunicação, aprofundadas através da experiência profissional na área do jornalismo;- Capacidade de organização e gestão de tempo
Carta de condução	Veículos ligeiros