

RELATÓRIO FINAL

GRUPO DE TRABALHO
DE APOIO

À REVISÃO DAS CARREIRAS DE TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE E
DOS TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Grupo de Trabalho
criado ao abrigo do Despacho n.º 7422/2009, de 12 de Março.

ÍNDICE

	Pág.
I – Preâmbulo	3
II – Principais pressupostos de partida	4
III – O grupo de trabalho	4
IV – Organismos/especialistas auscultados	5
V – Propostas de alteração das carreiras dos TSS e TDT – Apresentação de cenários possíveis	6
VI – Síntese das conclusões do grupo de trabalho.....	28
VII – Recomendações do Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia em matéria de Qualificações.....	30
VIII – A carreira dos técnicos superiores de saúde	33
XIX – A carreira dos técnicos de diagnóstico e terapêutica	53
X – Impacto das recomendações do grupo de trabalho no quadro normativo vigente	57
ANEXO I - Síntese histórica da área de farmácia	65
ANEXO II - Recomendações dos organismos/peritos auscultados	82
Referências Bibliográficas (normativos legais consultados).....	98

I. PREÂMBULO

Na sequência da publicação da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, diploma que vem estabelecer os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, foram iniciados os processos de revisão das carreiras vigentes, no caso vertente das carreiras dos Técnicos Superiores e Saúde (TSS) e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT).

Por se tratarem de carreiras nas quais se integram várias profissões que ao longo dos últimos anos traçaram percursos distintos, importava, desde logo, proceder à respectiva análise, designadamente sobre as respectivas motivações e contextos de intervenção.

Neste sentido, na sequência da publicação do Despacho n.º 7422/2009, de 12 de Março, da Senhora Ministra da Saúde, foi criado o Grupo de Trabalho, responsável pela análise da situação actual das carreiras dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Técnicos Superiores de Saúde, que teve como missão contribuir para a conceptualização e redefinição das profissões que as integram, e para a definição de linhas gerais susceptíveis de orientar o processo de revisão das mesmas.

Uma vez criado, o Grupo de Trabalho iniciou os respectivos trabalhos, tendo, então, como primeiro ponto de partida, duas questões essenciais e estruturantes, cuja resposta iria, directa e necessariamente, determinar as conclusões do Grupo de Trabalho e a proposta final, a apresentar a Sua Excelência a Sra. Ministra da Saúde:

- **Fusão das carreiras existentes ou manutenção da dualidade actual?**
- **Criação da Carreira Farmacêutica, face à evolução da mesma, ou manutenção da sua integração na Carreira dos TSS?**

Importava, assim, perante estas duas questões, encontrar uma resposta adequada, no sentido de encontrar a solução, ou as soluções a adoptar na revisão das carreiras dos TDT e dos TSS.

II. PRINCIPAIS PRESSUPOSTOS DE PARTIDA

Aquando do início dos trabalhos, e tendo presente o escasso tempo para a análise das várias realidades profissionais, o Grupo de Trabalho teve presente alguns pressupostos que viriam, posteriormente, a nortear a execução dos trabalhos, designadamente, durante a realização das reuniões com os actores/peritos externos:

- i. A definição de requisitos mínimos de acesso às carreiras do Serviço Nacional de Saúde devia ter em conta, no mínimo, o padrão médio de exigência recomendado no Espaço Europeu, para o exercício das profissões analisadas.
- ii. As propostas para reconfiguração das carreiras deviam ser viáveis e fundamentadas no processo evolutivo (nacional e comunitário) das profissões, atentas as recomendações comunitárias com vista à promoção da mobilidade de profissionais no espaço europeu.
- iii. A reestruturação das carreiras em apreço não podia pôr em causa a qualidade desejada ao nível da prestação de cuidados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.
- iv. O processo de revisão das carreiras não podia perigar os esforços de (auto)regulação, no sentido da garantia da qualidade do exercício profissional.
- v. As propostas de reconfiguração das carreiras deviam promover a efectiva articulação e complementaridade de actuações dos profissionais que actuam no mesmo contexto profissional.

III. O GRUPO DE TRABALHO

O grupo de trabalho integrou os seguintes elementos permanentes:

- Dr. José Matos Mota (ACSS, I.P.)
- Dra. Zelinda Cardoso (ACSS, I.P.)
- Dra. Rosária Sambé (ACSS, I.P.)
- Dr. Jorge Moura (CHLC, E.P.E.)

- Dra. Ana Rita Henriques (Centro de Saúde da Lourinhã)
- Dr. Armando Alcobia (HGO, E.P.E.)
- Dr. Mário Carreira (DGS)
- Dr. Rui Pires (Jurista)

O presente trabalho beneficiou ainda de assessoria jurídica externa realizada pela J. D. Mendes Martins & Associados – Sociedade de Advogados, RL.

IV. ORGANISMOS/ESPECIALISTAS AUSCULTADOS

Conforme previsto no n.º 3 do Despacho n.º 7422/2009, de 12 de Março, foi ouvido o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, designadamente a Direcção Geral do Ensino Superior.

Foram ainda auscultados organismos/peritos interessados nas matérias objecto de análise, os quais apresentaram as respectivas posições (ver síntese das mesmas no ANEXO I).

Segue-se a apresentação dos vários cenários possíveis elaborados pelo Grupo de Trabalho, na sequência do estudo de ambas as carreiras em apreço, para melhor apreciação por parte de Sua Excelência a Sra. Ministra da Saúde.

V - PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DAS CARREIRAS DOS TSS E TDT – APRESENTAÇÃO DE CENÁRIOS POSSÍVEIS

A missão confiada ao Grupo de Trabalho por Sua Excelência a Sra. Ministra da Saúde, no sentido de se efectuar uma reflexão em torno das carreiras dos TDT e dos TSS, exigiu que o mesmo analisasse cada uma destas carreiras assim como respectivas profissões, procurando verificar as bases para a sua revisão e eventual re-conceptualização.

Esta solicitação tinha por base a pretensão de alguns sectores, que suscitavam a existência de alterações nestas áreas, com a fusão das carreiras existentes, a revisão das profissões que integravam cada uma das carreiras e a vontade expressa dos farmacêuticos, apoiada pela Ordem dos Farmacêuticos, na criação de uma carreira autónoma.

Assim, como já referido no preâmbulo do presente trabalho, o Grupo de Trabalho seguiu duas questões essenciais e estruturantes:

- Fusão das carreiras existentes ou manutenção da dualidade actual?**
- Criação da Carreira Farmacêutica ou manutenção da sua integração na Carreira dos TSS?**

Após o desenvolvimento dos trabalhos propostos, apresentam-se, seguidamente os cenários centrais da discussão com os parceiros deste trabalho, assim como as respectivas vantagens e desvantagens.

Atente-se que, desde já se adiantará que, em face dos trabalhos e audições efectuadas pelo grupo de trabalho, da análise acabada de efectuar e das conclusões supra mencionadas, entende este grupo recomendar a manutenção da carreira dos TDT e dos TSS como carreiras separadas, criando, a par destas e de outras existentes no sector, a carreira Farmacêutica, como carreira autónoma.

Esta conclusão resulta, como se expôs da análise efectuada ao enquadramento jurídico das duas carreiras e do contexto em que as mesmas se inserem no SNS e no ordenamento jurídico nacional, de uma ponderação e reflexão efectuada sobre a forma de organização dos serviços dentro do SNS, da função atribuída a cada uma das carreiras e a cada uma das profissões que estas integram e, finalmente, de um enquadramento no contexto europeu, procurando reflectir as diversas directivas comunitárias já existentes e os processos de harmonização e certificação em curso.

Com vista a melhor justificar esta opção, entendemos ser nosso dever expor, neste relatório, uma fundamentação lógica para esta recomendação. Deste modo, procuraremos, de seguida, expor resumidamente a linha de raciocínio que seguimos, e os **cenários** com os quais nos deparamos, até à proposta final.

Assim, em face das duas questões supra mencionadas, deparamo-nos, como ponto de partido, com quatro cenários possíveis. Como premissa inicial, desde já se dirá que se procurou não excluir à partida qualquer cenário, tendo o Grupo de Trabalho procurado reflectir sobre cada um deles, tendo procedido à sua análise detalhada e separadamente, procurando discriminar as suas vantagens e desvantagens e verificar a sua viabilidade de e possibilidade de efectiva implementação prática.

Deste modo, à partida para o trabalho efectuado, apresentam-se **quatro cenários possíveis**:

Cenário 1: Fusão da Carreira dos TDT e dos TSS numa carreira única.

Cenário 2: Criação da Carreira Farmacêutica e Fusão dos restantes Ramos dos TSS com a Carreira dos TDT.

Cenário 3: Manutenção das duas carreiras actualmente existentes – TDT e TSS.

Cenário 4: Reajustamento das duas carreiras actualmente existentes, mantendo a separação entre TSS e TDT, e criação da Carreira Farmacêutica.

É sobre estes **cenários** que nos iremos debruçar de seguida, procurando fundamentar a nossa posição e expondo algumas das suas **vantagens e desvantagens** e os motivos pelos quais fomos afastando cada uma das propostas até alcançar a solução final.

Cenário 1: Fusão da Carreira dos TDT e dos TSS numa carreira única.

Vantagens:

- i. Vai de encontro à pretensão do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde;
- ii. Permite a redução do número de carreiras;
- iii. Fusão de carreiras em torno da sua complexidade e requisito de ingresso - Ambas as carreiras têm o mesmo requisito de ingresso e o grau de complexidade funcional – Grau 3 – a licenciatura;

Desvantagens:

- i. Não é aceite pela maioria dos profissionais que foram ouvidos, não tendo suporte em qualquer exigência do sector nem aceitação deste;
- ii. Não corresponde à realidade existente nos serviços do SNS;
- iii. Cria uma amálgama complexa de profissões que irá tornar ainda mais complexa a gestão dos serviços;
- iv. Dificulta a separação entre algumas profissões complementares e as competências de cada um dos profissionais, permitindo usurpação de funções;
- v. Não reflecte a disparidade de complexidade existente entre algumas profissões dos TDT e dos TSS;
- vi. Não reflecte a divergência de formação académica entre TSS e TDT e a dualidade de formações superiores reconhecida por lei entre Ensino Universitário e Ensino Politécnico;
- vii. Apesar de ambas as carreiras terem o mesmo requisito de ingresso a licenciatura, na carreira dos TSS é necessário a frequência de um estágio, enquanto na dos TDT isso não acontece, o que dificulta a fusão - níveis de ingresso mais exigentes para algumas profissões enquanto que este requisito não existe para outras (na maioria dos casos, condição já recomendada pelos organismos europeus competentes em matéria de controlo e regulação do exercício da profissão no espaço europeu).

- viii. Diferentes níveis e períodos de formação e exigências de responsabilização distintas aconselham a manutenção das duas carreiras actuais;
- ix. Corresponde à fusão de profissões com diferentes requisitos de acesso, alguns dos quais impostos por directivas comunitárias, motivo pelo qual se questiona a existência de um tronco comum que permita ou aconselhe a fusão.
- x. Não reflecte as tendências no contexto europeu nem permite a autonomização de profissões amplamente regulamentadas como é o caso da farmácia.
- xi. Não permite a autonomização da carreira farmacêutica, não reconhecendo a importância e o papel chave desta profissão, quer no âmbito do SNS quer no contexto europeu, já reconhecido pelas directivas comunitárias sobre o sector.
- xii. Inviabiliza a pretensão do Sindicato dos Farmacêuticos, apoiada pela Ordem, no sentido de criação de carreira autónoma.
- xiii. Implica a desvalorização salarial dos actuais profissionais dos TSS ou uma valorização dos TDT para o nível dos TSS o que acarretaria um enorme impacto orçamental.
- xiv. Dificulta uma reponderação e reanálise do elenco das profissões, das regras de acesso às mesmas, da formação e dos estágios profissionais.

A solução de fusão das duas carreiras implicaria, na opinião do Grupo de Trabalho, várias desvantagens, as quais, como se pode constatar da análise supra efectuada, ultrapassam, em larga escala, as vantagens inerentes a este cenário.

Como tal, entende o Grupo de Trabalho que a proposta apresentada neste 1.º cenário não seria a mais adequada nem viável, num espaço de tempo imediato, para poder ser implementada no sector.

Além disso, a fusão implicaria a inclusão de postos de trabalho próximos, com conteúdos funcionais idênticos, mas autónomos e distintos dentro da mesma carreira, o que permitiria ou iria provocar o perigo de usurpação de funções.

Acresce, ainda, que a maioria ou a totalidade das profissões dos TSS dispõem de uma autonomia de actuação muito superior aquela que têm as profissões dos TDT e que os períodos de formação para as profissões destas duas carreiras são muito distintos.

De destacar, também, as **implicações jurídicas negativas** inerentes a esta fusão.

A fusão das duas carreiras poder-se-ia, em abstracto, passar de duas formas possíveis: integração de todos os profissionais na mesma categoria, ou categorias, ou inclusão de cada uma das carreiras actualmente existentes em categorias diferentes.

A fusão e integração em categorias diferenciadas estariam, desde logo, inviabilizadas por um critério jurídico. Destaca-se que, nos termos do art.º 42.º n.º 5 da LVCR (Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro), o conteúdo funcional das categorias superiores integra o das que lhe sejam inferiores. Ora, este requisito legal inviabiliza a integração na mesma carreira dos TSS e dos TDT, em categorias diferenciadas, dependendo essa integração da carreira que o profissional integra actualmente.

Por outro lado, e dado o princípio nos termos do qual não pode advir directamente, para os trabalhadores, por mero efeito de transição para as novas carreiras, qualquer vantagem ou aumento salarial e, considerando a disparidade remuneratória actualmente existente entre as duas carreiras e a regra prevista no art.º 104 da LVCR, nos termos da qual a posição remuneratória para a qual os trabalhadores transitam não pode ser inferior à primeira posição remuneratória da nova carreira, a aplicação destas regras a uma carreira que resultasse da fusão dos TDT e dos TSS iria implicar uma desvalorização dos TSS, a qual dificilmente seria aceite por estes profissionais ou uma valorização dos TDT que provocaria um grande impacto orçamental.

Cenário 2: Criação da Carreira Farmacêutica e fusão dos restantes Ramos dos TSS com a Carreira dos TDT.

Vantagens:

- i. Facilita, em certa medida, a fusão dos TDT e TSS, pois separar-se-ia a realidade mais divergente – a Farmácia;
- ii. Permite ir de encontro à pretensão do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde no sentido da fusão das duas carreiras actualmente existentes.
- iii. Não implica um aumento do número de Carreiras no SNS.
- iv. Permite a autonomização do farmacêutico, em carreira própria, reconhecendo a importância e o papel chave desta profissão no âmbito do SNS e indo de encontro a papel e função já reconhecidos pelas directivas comunitárias sobre o sector.
- v. Vai de encontro à pretensão do Sindicato dos Farmacêuticos, apoiada pela Ordem, no sentido de criação de carreira autónoma.

Desvantagens:

- i. Ainda têm alguma margem de não-aceitação no sector, principalmente na questão da fusão da carreira dos TDT com os TSS;
- ii. Não corresponde à realidade existente nos serviços do SNS, apesar de estar mais próxima da realidade do que a solução anterior;
- iii. Cria uma amálgama complexa de profissões que irá tornar ainda mais complexa a gestão dos serviços;
- iv. Dificulta a separação entre algumas profissões complementares e as competências de cada um dos profissionais, permitindo usurpação de funções;
- v. Não reflecte a disparidade de complexidade existente entre algumas profissões dos TDT e dos TSS;
- vi. Não reflecte a divergência de formação académica entre TSS e TDT e a dualidade de formações superiores reconhecida por lei entre Ensino Universitário e Ensino Politécnico;
- vii. Apesar de ambas as carreiras terem o mesmo requisito de ingresso a licenciatura, na carreira dos TSS é necessário a frequência de um estágio, enquanto na dos TDT isso não acontece, o que dificulta a fusão - níveis de ingresso mais

- exigentes para algumas profissões enquanto que este requisito não existe para outras;
- viii. Diferentes níveis e períodos de formação e exigências de responsabilização distintas aconselham a manutenção das duas carreiras actuais;
 - ix. Corresponde à fusão de profissões com diferentes requisitos de acesso, alguns dos quais impostos por directivas comunitárias, motivo pelo qual se questiona a existência de um tronco comum que permita ou aconselhe a fusão.
 - x. Não reflecte o contexto europeu em matéria de delimitação e clarificação de intervenções profissionais.
 - xi. Implica a desvalorização salarial dos actuais profissionais dos TSS ou uma valorização dos TDT para o nível dos TSS o que acarretaria um enorme impacto orçamental.
 - xii. Dificulta uma reponderação e reanálise do elenco das profissões, das regras de acesso às mesmas, da formação e dos estágios profissionais.

Esta solução intermédia, que foi por nós considerada, procurando, com a autonomização da carreira farmacêutica, viabilizar a fusão da carreira dos TDT e dos TSS implica, como acabamos de constatar, quase as mesmas desvantagens da solução anterior, se bem que em menor escala, atenuadas com a criação da carreira farmacêutica.

Sendo a farmácia, dentro do leque de profissões abrangidas pelas duas carreiras, a realidade profissional mais regulada a nível europeu, e aquela que mais diverge, a nível de tempo de formação e regulação profissional, entende-se que apenas a sua autonomização em carreira própria tornaria possível a fusão das restantes profissões em carreira única.

No entanto desde já se dirá que, não obstante esta recomendação, se entenda optar pela fusão dos TDT e dos TSS, esta é a única solução que o permite, pois a farmácia é, não só a área mais divergente e complexa, como é também a área que mais propicia a existência das referidas usurpações de funções, quando confrontada com a área das análises clínicas da carreira dos TDT.

Cenário n.º 3: Manutenção das duas carreiras actualmente existentes – TDT e TSS

Vantagens:

- i. Permite a estabilidade nos serviços;
- ii. Sendo a situação actual, é aceite pela maioria dos profissionais;
- iii. Corresponde à realidade existente nos serviços do SNS;
- iv. Não implica modificação na gestão dos serviços;
- v. Mantém a separação entre profissões complementares e as competências de cada um dos profissionais, impedindo ou dificultando a ocorrência de casos de usurpação de funções;
- vi. Reflecte a disparidade de complexidade existente entre algumas profissões dos TDT e dos TSS;
- vii. Reflecte a divergência de formação académica entre TSS e TDT e a dualidade de formações superiores reconhecida por lei entre Ensino Universitário e Ensino Politécnico;
- viii. Diferentes níveis e períodos de formação e exigências de responsabilização distintas aconselham a manutenção das duas carreiras actuais;
- ix. Evita a fusão de profissões com diferentes requisitos de acesso, alguns dos quais impostos por directivas comunitárias.
- x. Permite a revalorização remuneratória dos TDT sem implicar a desvalorização salarial dos actuais profissionais dos TSS ou uma valorização dos TDT para o nível dos TSS o que acarretaria um enorme impacto orçamental.

Desvantagens:

- i. Não vai de encontro à pretensão do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, o que poderá provocar alguma instabilidade e contestação social;
- ii. Não permite a redução do número de Carreiras;
- iii. A actual definição das duas carreiras e a lista de profissões as integram já não é adequada à actualidade e precisa de ser reajustada.
- iv. Dificulta uma reponderação e reanálise do elenco das profissões, das regras de acesso às mesmas, da formação e dos estágios profissionais.
- v. Não reflecte o contexto europeu nem permite a autonomização de profissões amplamente regulamentadas como é o caso da farmácia.

- vi. Não permite a autonomização da carreira farmacêutica, não reconhecendo a importância e o papel chave desta profissão, quer no âmbito do SNS quer no contexto europeu, já reconhecido pelas directivas comunitárias sobre o sector.
- vii. Inviabiliza a pretensão do Sindicato dos Farmacêuticos, apoiada pela Ordem, no sentido de criação de carreira autónoma.

Respondida definitivamente a primeira das questões supra mencionadas, indo a nossa orientação no sentido da manutenção da dualidade actualmente existente, resta ponderar a criação da carreira farmacêutica e a introdução de alguns ajustes nas duas carreiras actualmente existentes.

Com efeito, como constatamos do elenco supra exposto, mesmo esta solução ainda apresenta como desvantagens, não só a questão relacionada com a carreira farmacêutica, como também a necessidade de adaptação e actualização das duas carreiras existentes e a introdução de pequenos ajustes e alterações nas profissões que integram cada uma das carreiras, nos estágios de formação e nos requisitos de ingresso.

Como tal, e não obstante se recomendar a manutenção das actuais carreiras dos TDT e dos TSS, recomenda-se que essa manutenção se faça sempre acompanhado de um reajustamento e adaptação dessas carreiras à realidade actual, ao contexto europeu, às necessidades do SNS e ao papel que nele é atribuído a algumas profissões, desde logo, ao farmacêutico.

Cenário n.º 4: Reajustamento das duas carreiras actualmente existentes e criação da Carreira Farmacêutica.

Vantagens:

- i. Permite a estabilidade nos serviços;
- ii. Sendo a situação actual, é aceite pela maioria dos profissionais;
- iii. Corresponde à realidade existente nos serviços do SNS;
- iv. Não implica modificação na gestão dos serviços;
- v. Mantém a separação entre profissões complementares e as competências de cada um dos profissionais, impedindo ou dificultando a ocorrência de casos de usurpação de funções;
- vi. Reflecte a disparidade de complexidade existente entre algumas profissões dos TDT e dos TSS;
- vii. Reflecte a divergência de formação académica entre TSS e TDT e a dualidade de formações superiores reconhecida por lei entre Ensino Universitário e Ensino Politécnico;
- viii. Diferentes níveis e períodos de formação e exigências de responsabilização distintas aconselham a manutenção das duas carreiras actuais;
- ix. Evita a fusão de profissões com diferentes requisitos de acesso, alguns dos quais impostos por directivas comunitárias.
- x. Permite a revalorização remuneratória dos TDT sem implicar a desvalorização salarial dos actuais profissionais dos TSS ou uma valorização dos TDT para o nível dos TSS o que acarretaria um enorme impacto orçamental.
- xi. Permite a redefinição conceptual das carreiras, com a revisão das profissões que integram cada uma delas.
- xii. Permite a configuração das carreiras em torno de postos de trabalho, e não em torno de profissões, o que permite e agiliza a possibilidade de transição de uma carreira para outra ou entre diversas profissões dentro da mesma carreira, desde que reunidos os pressupostos e os requisitos de ingresso.
- xiii. Permite a criação de um ciclo de formação académico distinto para os profissionais cuja formação de base não é suficiente nem adequada para a integração no posto de trabalho, passando o estágio a ser encarado como local de

aplicação prática de competências e não como momento de aprendizagem teórica e aquisição de conhecimentos.

- xiv. Existência nas actuais carreiras de Técnicos Superiores de Saúde e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica de trabalhadores que não se dedicam à prestação de cuidados.
- xv. Autonomização do farmacêutico, em carreira própria, reconhecendo a importância e o papel chave desta profissão no âmbito do SNS e indo de encontro a papel e função já reconhecidos pelas directivas comunitárias sobre o sector.
- xvi. Vai de encontro à pretensão do Sindicato dos Farmacêuticos, apoiada pela Ordem, no sentido de criação de carreira autónoma.

Desvantagens:

- i. Não vai de encontro à pretensão do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, o que poderá provocar alguma instabilidade e contestação social;
- ii. Não permite a redução do número de Carreiras da Saúde, implicando, inclusive, um aumento do seu número;
- iii. Impõe uma fundamentação muito forte no sentido de justificar a passagem de determinadas profissões de uma carreira para a outra, a inclusão de novas profissões em cada uma das carreiras e a autonomização da carreira farmacêutica.

Dos trabalhos realizados conclui-se que este é o cenário mais viável e mais adequado para uma correcta organização do sector. Como vemos, além de ser aquele que apresenta mais vantagens e menos desvantagens decorrentes da sua aplicação, é também aquele que permite uma melhor organização dos serviços e uma melhor preocupação em garantir adequados cuidados de saúde e uma melhor prossecução do interesse público que justifica e impõe o Serviço Nacional de Saúde.

Por um lado, já vimos que a fusão não é possível nem viável de imediato, face à realidade actual. Por outro, também vimos que essa mesma fusão só seria possível com a separação da carreira farmacêutica, separação esta que, é aconselhável, mesmo em caso de se optar pela não fusão das duas carreiras.

Por último, vimos que o facto de se entender desaconselhar a fusão das duas carreiras actualmente existentes não significa que devam as mesmas manter-se tal qual elas existem actualmente. As duas carreiras actualmente existentes não correspondem nem concretizam a realidade profissional actual e necessitam urgentemente de uma reorganização e revisão.

A evolução dos tempos e dos conhecimentos, implica e impõe a análise de cada uma das carreiras a manter, procurando verificar que profissões devem integrar cada uma delas e ponderar a introdução de novas profissões, a par da transição de algumas das actualmente existentes para uma categoria diferente daquela na qual actualmente se integram.

1. Análise das alterações propostas e das suas implicações:

Em face dos estudos efectuados e da recomendação pela adopção do cenário acabado de apresentar, importa agora considerar quais os ajustamentos e alterações que, na opinião do Grupo de Trabalho, devem ser equacionados e adoptados nestas áreas.

Assim, importa analisar quem integrará cada uma das carreiras e redefinir as profissões que integram o conceito de Diagnóstico e Terapêutica, desde logo com a necessária alteração da lista das profissões regulamentadas, indo de encontro à necessidade emergente de se ter em consideração o contexto europeu, as directivas comunitárias existentes neste sector e a harmonização existente em torno de um sistema europeu de qualificações.

Quanto às alterações equacionadas e apesar das vantagens já mencionadas, elas podem implicar algumas questões que importa necessariamente considerar e ter em conta.

Como supra exposto, qualquer alteração que seja efectuada neste sector implica uma adequada e aprofundada ponderação, de forma a obter-se uma adequada justificação que a fundamente e que, em paralelo, consiga justificar a inexistência de alterações noutros ramos ou outras profissões.

Deste modo, importa procurar uma adequada fundamentação que justifique a passagem de determinadas profissões de uma carreira para a outra (nomeadamente a fisioterapia ou, em alternativa, todo o cluster das terapias), a inclusão de novas profissões em cada uma das carreiras e a autonomização da carreira farmacêutica.

Do mesmo modo, importa também considerar eventuais consequências negativas decorrentes destas alterações e as formas de as evitar.

A proposta de revisão das carreiras dos TSS e TDT, aqui preconizada, implica alterações a vários níveis:

- i. Introdução nas carreiras de novas profissões: Podologia e Reabilitação Psicomotora.
- ii. Reorganização das profissões dos TDT agrupando-as em “*Clusters*”.
- iii. Autonomização da carreira Farmacêutica.
- iv. Transição de profissões de uma carreira para a outra (TDT para TSS): neste caso Fisioterapia, ou transição da totalidade do Cluster das Terapias (terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia).

Vejamos as várias situações:

i. Introdução nas carreiras de novas profissões: Podologia e Reabilitação Psicomotora

O elenco das profissões que estão incluídas nas Carreiras dos TDT e dos TSS não reflecte a evolução das técnicas e não permite a inclusão de novos profissionais que se entende serem essenciais dentro dos vários estabelecimentos do SNS.

De entre os novos domínios profissionais analisados, o Grupo de Trabalho sugere a inclusão da Podologia e da Reabilitação Psicomotora no âmbito das carreiras em análise.

No que diz respeito à **Podologia**, esta área profissional deve, em nossa opinião, ser incluída, pelas suas características, nível de autonomia e identidade de requisitos ao nível da formação e do acesso com outras profissões já existentes, no elenco das profissões de Diagnóstico e Terapêutica.

No presente relatório, na página 56, encontra-se uma fundamentação para esta inclusão.

Quanto à **Reabilitação Psicomotora**, podem ser, desde logo, equacionadas duas possibilidades:

- i. Integração deste domínio profissional na carreira dos TDT. Estando em causa uma formação de ensino superior universitário (actualmente com 180 ECTS), a recomendação passa pela adopção do mesmo n.º de horas de formação das licenciaturas já incluídas na carreira dos TDT, neste caso: 240 ECTS. Introduzir-se-ia, desta forma, a componente profissionalizante (4.º ano) actualmente omissa da formação académica dos licenciados em Reabilitação Psicomotora.
- ii. Integração deste domínio profissional na carreira de TSS. Neste caso, à formação universitária seguir-se-ia uma formação de carácter profissionalizante de duração a definir em função das necessidades de desempenho destes profissionais.

Na realidade, as terapias, pela sua natureza, principalmente a reabilitação psicomotora e a fisioterapia (quer tenham ou não formação académica profissionalizante) desaconselham que os seus profissionais possam iniciar a profissão sem qualquer formação em exercício.

A escolha da carreira na qual esta área de intervenção será integrada dependerá, todavia, da solução a adoptar para a profissão de fisioterapia e demais áreas afins, motivo pelo qual desde já se remete, o restante enquadramento, para a parte do presente relatório na qual se analisa esta questão.

Atente-se, ainda, neste caso, o disposto no capítulo X, relativamente à alteração legislativa necessária dado tratarem-se de profissões não regulamentadas em Portugal, não obstante de o serem já noutros países da UE.

ii. Reorganização das profissões dos TDT agrupando-as em “Clusters”

Quanto às alterações que o Grupo de Trabalho preconiza ao nível da carreira de diagnóstico e terapêutica, de referir apenas, nesta fase, que se defende a reorganização das profissões que integram esta carreira, passando as mesmas a estar agrupadas em “clusters” ou domínios de intervenção técnica.

A fundamentação desta proposta remete-se para o capítulo do presente estudo no qual se faz uma análise da Carreira dos TDT.

iii. Autonomização da Carreira Farmacêutica

Quanto à autonomização da carreira farmacêutica, além de outros argumentos já expostos, do seu grau de autonomia e papel dentro do SNS e de uma perspectiva histórica que aconselha esta mesma alteração, outros argumentos existem que justificam esta mesma alteração.

A nossa posição fundamenta-se no facto de esta ser uma realidade completamente distinta de todas as outras profissões que integram as carreiras ora em análise, na função essencial e transversal que estes profissionais desempenham dentro do SNS, cujo papel e importância é amplamente reconhecido e regulado por directivas comunitárias.

Uma maior fundamentação desta posição pode ser encontrada no Anexo I, do presente relatório.

Como seria, então, constituída a carreira farmacêutica?

Na opinião do Grupo de Trabalho, e atendendo às práticas já instituídas, perspectiva-se a integração na carreira farmacêutica dos seguintes profissionais:

- farmacêuticos com especialidade em farmácia hospitalar integrados na actual carreira dos TSS;
- farmacêuticos com especialidade em laboratório e análises clínicas e genética da actual carreira dos TSS;
- farmacêuticos detentores de grau de especialista em análises clínicas, farmácia hospitalar e genética humana, conferido pela Ordem dos Farmacêuticos.

A adoptar-se este cenário, manter-se-iam na carreira dos TSS os ramos de laboratório e de genética, com excepção do ramo de farmácia hospitalar que integraria apenas a carreira farmacêutica.

A distinção acima adoptada, justifica-se, fundamentalmente, pelo facto de se tratarem de exercícios profissionais assentes em competências “core” distintas (base académica distinta), que tem justificado, quer no privado, quer no SNS, a assumpção de responsabilidades e graus de autonomia distintos dos presentemente assumidos pelos farmacêuticos detentores de grau de especialista em farmácia hospitalar, laboratório/análises clínicas e genética.

As audições e estudos efectuados pelo grupo de trabalho revelam a importância, e contributo dos profissionais do ramo de laboratório (detentores de licenciaturas em áreas distintas das ciências farmacêuticas) pelo desempenho fundamental no apoio à gestão das direcções dos laboratórios e na prossecução de algumas actividades dentro destas áreas de intervenção.

Todavia, e considerando a actual fase de revisão da carreira dos TSS, entende-se ser de alterar os requisitos de acesso à formação profissional, a qual deve passar a estar condicionada à frequência obrigatória de um segundo ciclo que habilite aqueles profissionais a exercer funções nas áreas da saúde.

O Estágio profissional deverá, assim, à semelhança daquilo que se defende em todas as áreas dos TSS, ser encarado como local de aplicação de conhecimentos e não de aquisição dos mesmos, motivo pelo qual se justifica a obrigatoriedade de um segundo ciclo de formação para aqueles profissionais que não têm, na sua formação de base, qualquer aprendizagem nestes domínios da saúde.

iv. Transição de profissões de uma carreira para a outra: Fisioterapia ou *Cluster das Terapias* na sua totalidade

Na área da fisioterapia, procura, com a solução que se defende, reflectir-se a tendência para a progressiva autonomização destes profissionais e a necessidade emergente, e manifestada pelos próprios, no sentido de se impor a realização de um estágio profissional de integração na carreira.

Ainda assim, a possibilidade de transição de um determinado ramo dos TDT para a carreira dos TSS, implicaria considerar aceitáveis os argumentos acima expostos, assim como a sustentação para a não transição de outros. Vejamos o caso da fisioterapia, para o qual se colocariam de imediato as seguintes possibilidades:

- i. Transição apenas do ramo da fisioterapia para a carreira dos TSS.
- ii. Transição de todo o *cluster* de profissões aquela associados para a carreira dos TSS (ramos de terapia da fala, terapia ocupacional).
- iii. Manutenção de todo o *cluster* integrado na carreira dos TDT.

Da audição do sindicato dos fisioterapeutas, resultou claro, para o Grupo de Trabalho, a necessidade de introdução de um maior nível de responsabilização e autonomia destes profissionais e a ponderação de obrigatoriedade de frequência de um estágio profissional previamente ao ingresso na carreira.

A aquisição dos níveis de responsabilização e autonomia supra referidos, assim como a obrigatoriedade de frequência de um estágio profissional, só nos parecem possíveis se esta profissão for de facto integrada num contexto profissional com os mesmos níveis de autonomia, responsabilização e requisitos de ingresso, ou seja, a carreira dos TSS.

Esta integração parece-nos defensável, quer por entendermos justificadas as pretensões ora enunciadas, quer como estímulo e sinal positivo para a evolução de outras áreas profissionais que, de futuro, caso satisfaçam os mesmos requisitos e detenham os mesmos graus de exigência poderão também seguir este caminho e transitar para a carreira dos TSS.

No entanto, e pese embora a profissão de fisioterapeuta, poder justificar, por si só, a transição proposta, colocar-se-ia a questão da não transição das demais profissões com a mesma conexas.

Entende o Grupo de Trabalho que, a transição para a carreira dos TSS de todo o *cluster* acima referido (Fisioterapia, Terapia da Fala e Terapia Ocupacional) não será, à partida, de descurar, uma vez que tal proposta resultaria na elevação da qualidade da intervenção de profissionais que assumem já, a vários níveis, responsabilidades de 1.º contacto com o utente.

Acarretaria, todavia, eventual impacto remuneratório negativo, dado o elevado número de profissionais em causa e a disparidade actualmente existente entre a tabela remuneratória dos TDT e dos TSS, implicando, necessariamente, um aumento salarial elevado para cada profissional que transitasse.

Ainda na linha da reconfiguração das carreiras actuais, uma alternativa possível à transição desta profissão, ou mesmo do respectivo *cluster*, seria a manutenção dos mesmos na carreira dos TDT, todavia com necessário supervisionamento das condições nas quais são realizados os estágios propostos na sequência da reforma de Bolonha.

Esta solução não nos parece, contudo, a mais defensável, apenas se compreendendo a sua adopção por motivos de falta de cabimento orçamental para a implementação de uma das outras duas soluções supra expostas, e apenas num contexto temporário, reservando para momento posterior a transição, assim que se alterarem as condições actuais.

Uma última nota vai, como supra referido para a integração da Reabilitação Psicomotora, sendo que entende o Grupo de Trabalho que esta nova profissão deverá sempre ser integrada na mesma carreira em que se coloque a Fisioterapia, como já referido antes.

Recomendações gerais:

Da análise das carreiras em apreço, designadamente no que diz respeito a respectivas especificidades e constrangimentos, resulta um conjunto de recomendações, das quais se destacam:

- Promover o acompanhamento e a regulação do exercício profissional no âmbito da carreira dos TSS.

- Estágio como requisito de acesso e habilitação profissional e não como requisito de ingresso na carreira, por forma a garantir a titulação única e a harmonização dos requisitos de acesso a idênticas funções no sector público e no sector privado, o qual poderá de ser organizado, uma vez reunidas as condições adequadas, pelo MS e pelas Ordens Profissionais, quando existam.

- Estágio realizado em parceria com as Ordens Profissionais servindo simultaneamente de ingresso na carreira e/ou para inscrição definitiva na Ordem e habilitação para o exercício profissional no sector privado.

- Tendencial alteração da legislação que regula o licenciamento destas actividades no sector privado, de forma a harmonizar e uniformizar requisitos de acesso às profissões especializadas.

- Autonomização da regulamentação do estágio em Diploma próprio e não inclusão das normas a ele respeitantes no Diploma Legal que regule as Carreiras.

- Conselhos de Coordenação de Estágio de especialidade com funções de coordenação técnica e assessoria na implementação e definição, revisão e/ou alteração dos futuros estágios de qualificação e como parceiro útil e indispensável numa futura creditação dos estágios e reconhecimento da formação.

- Definição clara e transparente pelo Estado, em articulação com as Ordens (quando existam) e com o Ensino Superior, de critérios de idoneidade para aceitação de lugares de estágio curriculares (público/privado), seria uma medida a adoptar com vista a garantir a qualidade necessária à execução das funções inerentes às profissões que permitem aceder à carreira dos TST

- Definição clara e transparente pelo Estado, em articulação com as Ordens (quando existam), de critérios de idoneidade para aceitação de lugares de estágio profissionais (público/privado), seria uma medida a adoptar com vista a garantir a qualidade necessária à execução das funções inerentes às profissões da carreira dos TSS.

- Quanto aos requisitos de ingresso e à forma como se obtêm os conhecimentos que se entendem necessários para a prática dos actos inerentes ao conteúdo funcional de cada uma das profissões que integram, neste caso, a carreira dos TSS, entende-se de aconselhar que os conhecimentos de base tenham sempre correspondência com a formação académica obtida pelo profissional, impondo um segundo ciclo quando assim não seja e encarando o estágio como um espaço com uma componente essencial de aplicação de conhecimentos e não de aquisição.

- Adaptação das Instituições de Ensino Superior aos “*Clusters*” possibilitando a implementação de formações com tronco comum e uma maior agilização na mobilidade de profissionais e estudantes que pretendam mudar de área profissional e o ajuste de profissões e saídas profissionais em função das necessidades do sector.

- Revalorização salarial dos TDT, tendente a uma maior aproximação com a Carreira dos TSS e a um reconhecimento das suas habilitações:
 - Pretende atenuar alguma contestação que possa advir da não fusão das duas categorias e reconhecer o grau de licenciado dos TDT, os quais, inclusive, viram a sua formação aumentada em 1 ano, com uma forte componente profissionalizante, decorrente do processo de Bolonha.
 - Como Técnicos Superiores, a remuneração não deverá ser muito distinta da remuneração dos Técnicos Superiores das Carreiras Gerais, nem da remuneração dos Enfermeiros, remuneração à qual estes profissionais têm andando associados.

- Ponderação da designação a dar às duas novas carreiras visando o reconhecimento do Técnico de Diagnóstico e Terapêutica como Técnico Superior e alterando a designação demasiado abrangente, para uma maior distinção, de Técnico Superior de Saúde, passando esta carreira a designar-se por Técnico Superior Especializado em Saúde (p.e.). Tal distinção vem no sentido de melhor enquadrar os diferentes profissionais nos serviços de saúde.

- Destaque para a proposta de “reorganização” dos domínios de intervenção relativos à carreira dos TDT. Neste relatório, é proposta a adopção da figura do *cluster*, com articulação directa com a configuração da futura carreira.

- Uma última recomendação, relativa à necessidade de, num futuro próximo, se proceder a uma clarificação dos limites de intervenção dos técnicos inseridos nas várias carreiras aqui em apreço, sendo que, merecerá, por ventura, maior investimento o estudo relativo a algumas áreas profissionais em detrimento de outras.

VI – SÍNTESE DAS CONCLUSÕES DO GRUPO DE TRABALHO

Após a análise do contexto das várias profissões integradas nas carreiras dos TDT e TSS, cumpre tecer um conjunto de considerações finais, de cariz mais genérico, contudo suficientemente claras sobre a posição do Grupo de Trabalho indicado pela Sra. Ministra da Saúde para a análise das características das profissões referidas:

1. De entre os vários cenários apresentados afigura-se pertinente destacar as potencialidades do **cenário n.º 4**, pelas vantagens que aporta considerando o impacto positivo no âmbito da reorganização e/ou redefinição do campo e natureza de intervenção das várias profissões analisadas.

A solução preconizada no cenário 4 implica, necessariamente, alterações a vários níveis:

- v. Introdução nas carreiras de novas profissões: Podologia e Reabilitação Psicomotora
- vi. Reorganização das profissões dos TDT agrupando-as em “*Clusters*”
- vii. Autonomização da carreira Farmacêutica
- viii. Transição de profissões de uma carreira para a outra: Fisioterapia ou Cluster das Terapias na sua totalidade.

Ora, tais propostas de alteração deverão ser analisadas à luz, em primeiro lugar do próprio interesse público e eventual impacto positivo numa perspectiva de médio e longo prazo e, em segundo lugar, dos eventuais constrangimentos e respectivas formas de se ultrapassarem, sob pena de se adiar a resolução de alguns dos problemas que, presentemente, estarão já a causar dificuldades quer aos profissionais envolvidos, quer aos que actualmente os enquadram.

Sobre estas e outras matérias, designadamente, no que se refere aos actuais constrangimentos sentidos quer no plano do exercício profissional individual quer ao nível da respectiva gestão, foram apresentados casos/situações, alguns dos quais deverão, desde já, merecer a nossa total atenção.

2. Apesar de terem sido analisadas, de forma suficientemente aprofundada, as várias realidades profissionais, o Grupo de Trabalho recomenda que sejam desenvolvidas, numa segunda etapa, as seguintes matérias que, pela respectiva complexidade e morosidade de análise, não foram suficientemente abordadas no âmbito do presente trabalho:
 - a. A delimitação do âmbito dos perfis profissionais em causa. Aconselha-se a realização de uma análise mais rigorosa dos mesmos, com vista a facilitar, quer a implementação de mecanismos de controlo de regulação do respectivo exercício profissional, quer a articulação com o Ensino Superior.
 - b. A suficiência e adequação dos estágios profissionais em vigor. Será de caracterizar melhor as condições actualmente exigidas para a realização dos mesmos. Tal exigirá análise mais detalhada relativa a critérios de avaliação actualmente utilizados na determinação das idoneidades e das capacidades formativas dos organismos de saúde.
 - c. A aplicação de critérios de avaliação suficientemente claros aquando da determinação das idoneidades das estruturas de saúde para efeitos de realização de estágios curriculares, no âmbito da formação académica (licenciatura) que permite aceder, actualmente, à carreira dos TDT.
 - d. Aprofundamento da análise dos *clusters* de profissões sinalizados neste relatório, com vista à respectiva consolidação e, conseqüentemente, melhor adequação à realidade das necessidades dos organismos de saúde.

VII. RECOMENDAÇÕES DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA EM MATÉRIA DE QUALIFICAÇÕES

As profissões em estudo foram, necessariamente, analisadas à luz do conjunto de recomendações europeias existentes, que dotaram o grupo de trabalho de uma percepção mais integrada e global no que diz respeito às implicações decorrentes das alterações a introduzir nas carreiras em estudo.

Assim, tendo como pressuposto de partida que o desenvolvimento e o reconhecimento dos conhecimentos, das aptidões e das competências dos cidadãos afiguram-se fundamentais para o desenvolvimento individual, a competitividade, o emprego e a coesão social da comunidade, foram produzidos vários trabalhos, aqui considerados como marcos fundamentais que conduziram à recomendação para a construção do **Quadro Europeu de Qualificações**, publicado em 23 de Abril de 2008, a saber:

- i. O Conselho Europeu de Lisboa declarou, em 2002, nas suas conclusões, que o **aumento da transparência das qualificações deveria constituir um dos principais aspectos dos esforços de adaptação dos sistemas educativo e de formação da Comunidade às exigências da sociedade do conhecimento.**
- ii. O Conselho Europeu de Barcelona apelou, em 2002, a uma cooperação mais estreita no sector do ensino universitário e à **melhoria da transparência e dos métodos de reconhecimento no domínio da educação e formação profissionais.**
- iii. A Resolução do Conselho, de 27 de Junho de 2002, sobre a aprendizagem ao longo da vida instou a Comissão a criar, em estreita colaboração com o Conselho e os Estados Membros, um enquadramento para o **reconhecimento das qualificações no domínio da educação e da formação**, tomando como ponto de partida os resultados do **processo de Bolonha** e promovendo uma acção análoga no domínio da Formação profissional.

- iv. Os relatórios conjuntos do Conselho e da Comissão sobre a execução do programa de trabalho "Educação e Formação para 2010", adotados em 2004 e 2006, reforçaram a necessidade de instituir um **Quadro Europeu de Qualificações**.
- v. No contexto do processo de Copenhaga, as conclusões do Conselho e dos Representantes dos governos dos Estados Membros, reunidos no Conselho, de 15 de Novembro de 2004, sobre as prioridades futuras da cooperação europeia reforçada em matéria de educação e formação profissionais deram prioridade ao **desenvolvimento de um Quadro Europeu de Qualificações aberto e flexível**, baseado na transparência e na confiança mútua, que deverá constituir uma referência comum no que diz respeito à educação e à formação.
- vi. Em conformidade com as conclusões do Conselho, de 28 de Maio de 2004, a **validação dos resultados da aprendizagem não formal e informal deverá ser promovida**, sobre os princípios europeus comuns de identificação e de validação da aprendizagem não formal e informal.
- vii. Os Conselhos Europeus de Bruxelas de Março de 2005 e Março de 2006 reiteram a importância da **aprovação de um Quadro Europeu de Qualificações**.
- viii. A Decisão n.º 2241/2004/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Dezembro de 2004, institui um **quadro comunitário único para a transparência das qualificações e competências** (Europass) e a Recomendação 2006/962/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro de 2006, sobre as competências essenciais para a aprendizagem ao longo da vida.
- ix. As conclusões do Conselho sobre a garantia de qualidade em matéria de educação e formação profissionais, de 23 e 24 de Maio de 2004, a Recomendação 2006/143/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de Fevereiro de 2006, relativa à **continuação da cooperação europeia com vista à garantia da qualidade do ensino superior, bem como as normas e**

directrizes para a garantia de qualidade no Espaço Europeu de Ensino Superior, acordadas pelos ministros do ensino superior na sua reunião de Bergen, contêm princípios comuns para a garantia de qualidade que deverão constituir a base para o **Quadro Europeu de Qualificações**.

Pretende-se, assim, que a recomendação já publicada em 27 de Abril de 2008, possa conduzir à criação do mencionado **Quadro Europeu de Qualificações**, o qual deverá *“aumentar a transparência, a comparabilidade e a portabilidade das qualificações dos cidadãos obtidas de acordo com as práticas em vigor nos diferentes Estados-Membros”*.

Não obstante o carácter não vinculativo desta recomendação, entende-se que será de acolher os seus princípios na medida em que permitirão, uma vez aplicados, beneficiar e facilitar a livre circulação dos cidadãos no espaço europeu.

O investimento numa determinada qualificação aporta agora um conceito mais amplo de itinerário formativo e de carreira, ou seja, a qualquer cidadão deve ser dada a possibilidade de poder reunir as competências necessárias ao exercício de determinada profissão através da conjugação de diferentes percursos educacionais.

A construção do referido Quadro Europeu de Qualificações deverá, assim, *“permitir que as organizações internacionais correlacionem os seus sistemas de qualificações com um ponto de referência comum europeu, e, desta forma, revelar a relação das qualificações sectoriais internacionais com os sistemas nacionais de qualificações”*.

Ora, tal apenas será possível se os vários estados membros conduzirem os seus trabalhos no sentido da eventual harmonização de qualificações de base, com vista ao respectivo enquadramento em sistemas de reconhecimento de competências não apenas de âmbito nacional, mas também internacional.

Não será, pois, de estranhar o eventual impacto que as propostas do grupo de trabalho de alteração de requisitos de acesso à carreira dos TSS, terão, por exemplo, no que diz respeito aos actuais 2.ºs ciclos do Ensino Superior em determinadas áreas da saúde.

VIII. A CARREIRA DOS TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE

A análise da actual carreira dos técnicos superiores de saúde não dispensa uma leitura atenta ao preâmbulo do diploma legal que a cria: Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, designadamente sobre um dos seus parágrafos que alude à motivação central para a sua criação: *“O progresso das ciências e das tecnologias da saúde implica, cada vez mais, uma actividade multidisciplinar integrada que envolve profissionais com diferentes formações curriculares, específicas e diferenciadas”*.

De acordo com o artigo 5.º do citado Decreto-Lei, o ingresso nesta carreira *“está condicionado à posse de habilitação profissional que confere o grau de especialista”*. Refere ainda o seu artigo 6.º que *“A habilitação a que se refere o artigo 5.º visa a profissionalização e a especialização para o exercício das actividades profissionais dos técnicos superiores de saúde, em termos de **autonomia e diferenciação técnica**”*.

Ora, esta profissionalização foi regulamentada pela Portaria n.º 796/94, de 7 de Setembro, que define o regulamento do estágio, definindo i) regras para acesso ao processo concursal para admissão ao estágio de especialidade; ii) normas para reconhecimento de idoneidade de serviço de saúde para efeitos de estágio, organização dos estágios, respectivo regime jurídico de frequência e processo de avaliação final dos estágios.

Seguiu-se posteriormente a publicação da Portaria n.º 931/94, de 20 de Outubro, mais tarde alterada pela Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro, que aprovou os programas dos estágios.

Esta carreira estrutura-se por ramos de actividade, sobre os quais importa, nesta data, reflectir no sentido de uma melhor compreensão das eventuais heterogeneidades, assim como pontos de contacto existentes entre os mesmos.

Numa primeira análise, e considerando as formações académicas de base, podem identificar-se, de imediato, duas situações distintas:

- a) Ingresso em ramo de actividade que exige uma formação académica específica, directamente associada ao estágio de especialidade (Ciências Farmacêuticas, Nutrição e Psicologia Clínica¹).
- b) Ingresso em ramo de actividade mediante a detenção de distintas qualificações académicas, nem sempre directamente relacionadas com o estágio de especialidade (Engenharia Sanitária, Genética, Laboratório e Física Hospitalar).

Relativamente aos ramos de **Farmácia, Nutrição e Psicologia Clínica**, importa destacar os seguintes aspectos:

Ramo de Farmácia

Actualmente, ao ramo de farmácia podem aceder os licenciados em farmácia e em ciências farmacêuticas. Esta especialização tem a duração de 3 anos, cujo programa de estágio foi publicado pela Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro.

Considerando o proposto no âmbito do **4º cenário**, ou seja, a autonomização da carreira farmacêutica, importa, num primeiro momento, analisar um pouco do seu percurso histórico, com vista a melhor justificar a recomendação efectuada (ANEXO I).

Da leitura recomendada infere-se que, **a profissão de farmacêutico granjeou, ao longo dos anos, uma posição de destaque**, tenho recebido o seu maior reconhecimento a partir da década de 50, no que diz respeito à vertente: farmácia hospitalar, área de investimento primordial na época, mais tarde conducente à **publicação do Decreto-lei n.º 44204/1962, de 22 de Fevereiro, o qual vem estabelecer a autonomia técnica dos serviços farmacêuticos, criando a carreira farmacêutica hospitalar.**

¹ Não será aqui analisado o ramo de Veterinária.

É de relevar aqui que, as exigências desta profissão tem sortido, ao longo dos últimos anos, impacto significativo na estruturação da respectiva qualificação de base, resultando, recentemente, e na sequência da **reforma de Bolonha**, num mestrado integrado em “ciências farmacêuticas”, seguindo, aliás, a tendência europeia de harmonização deste perfil profissional com vista a facilitar a mobilidade destes profissionais no espaço europeu. **Esta tendência evidencia o actual grau de formação pré-e pós-graduada) e especialização exigidas actualmente ao farmacêutico hospitalar.**

Veja-se, a este propósito, a **Directiva Comunitária 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro (anexo V, 5.6.1 e 2)** que prevê para a profissão de farmacêutico a aplicação do reconhecimento automático, indicativo da consolidação desta qualificação de base no espaço europeu.

Também o Comité Consultivo para a formação de Farmacêuticos da União Europeia (UE) **recomenda que a duração da especialização seja de, pelo menos, 3 anos**, de modo a assegurar uma formação de elevado nível e comparável na UE.

Este nível de especialização é recomendado igualmente por organizações internacionais como a *International Pharmaceutical Federation* (FIP) e o *American College of Clinical Pharmacy* (ACCP).

De notar que a *International Pharmaceutical Federation* (FIP), na “Conferência global para o futuro da Farmácia Hospitalar”, realizada em Agosto de 2008, aprovou de forma consensual e global (98 nações) 74 declarações de consenso que traduzem os **esforços nacionais para definir padrões de qualidade para a actividade farmacêutica**, incluindo as necessidades de recursos humanos e respectiva formação.

Veja-se também o contributo do *American College of Clinical Pharmacy (ACCP)*, no *ACCP White Paper – Clinical Pharmacist Competencies*, ao definir um plano estratégico global da profissão, especificando as competências do farmacêutico e as correspondentes exigências de formação pós-graduada, o que evidencia **preocupações evidentes com a harmonização do exercício profissional do farmacêutico**.

Será aqui de destacar, igualmente, o investimento nacional efectuado nesta carreira nos últimos anos, em particular no que diz respeito à **elevação da qualidade da prestação farmacêutica no contexto hospitalar**:

- i. Foram publicadas “**Normas de Boa Prática em Farmácia Hospitalar**”, documento orientador, que o Colégio de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos actualiza e adequa às novas realidades.
- ii. Os sistemas de Acreditação Hospitalares mais comuns: “*Kings Fund*” e “*Joint Comission*” encontram, hoje, na **Farmácia Hospitalar um pilar transversal** que valorizam nos seus sistemas sendo inclusivamente mais rigorosos que actuais normativos legais.
- iii. Na área das análises clínicas o **cumprimento rigoroso** em matéria de qualidade é mandatório, desde a formação, conforme **estabelecido no EC4 European Syllabus for Post-Graduate Training in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine: version 3 – 2005 do EC4 (European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine)** que serve de referência internacional para as diversas Sociedades Científicas dos Países da União Europeia, até aos procedimentos nas várias áreas científicas tão diversas como a química clínica, toxicologia clínica, monitorização de fármacos, endocrinologia, imunologia, genética, hematologia, bacteriologia clínica, virologia clínica, micologia clínica.

- iv. Será ainda de realçar o **importante papel do farmacêutico enquanto formador** em qualquer das suas áreas de intervenção. O farmacêutico actua a diferentes níveis na formação pré-graduada e pós graduada de todos os profissionais com quem se relaciona, médicos, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica.

De facto, também o Programa de Reorganização da Farmácia Hospitalar, publicado em Diário da República (Resolução do Conselho de Ministros n.º 105/2000, de 11 de Agosto); a publicação do Manual da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde, Março 2005; a publicação do Despacho n.º 25811/2006 que cria o Grupo de Trabalho para o Programa do Medicamento Hospitalar e a sua implementação no terreno em Março de 2007, com um reforço de financiamento de 5 milhões de euros para 2009/2010, **indicam uma forte aposta neste grupo de profissionais** que são responsáveis pela gestão da segunda rubrica de despesa nos hospitais (a seguir à dos recursos humanos) e que representou, em 2008, 573 Milhões €.

O impacto da **aposta no farmacêutico hospitalar** e sua equipa teve como retorno o abrandamento do crescimento com a despesa hospitalar para metade (4.9% em **2008**) o que representa uma **poupança anual de cerca de 50 Milhões €**.

Por último, será aqui de destacar a **substantiva diferença entre o perfil profissional do farmacêutico de entre as demais profissões** às quais está associado, pela via da sua integração na mesma carreira:

- i. O **elevado grau de autonomia e diferenciação deste perfil profissional** resulta claramente evidenciado no Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro, no qual se define o acto farmacêutico como sendo da exclusiva competência e responsabilidade do farmacêutico, sendo também responsável pelos actos relacionados com o exercício da actividade farmacêutica praticados por outros profissionais sob a sua direcção.

ii. A profissão de farmacêutico **apresenta um conjunto de características singulares**, que favorecem igualmente uma análise diferenciada relativamente às demais profissões inseridas em Portugal na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, mesmo após ponderação das alterações introduzidas no ensino superior pelo tratado de Bolonha, sendo aqui de destacar:

- **A auto-regulação da profissão da competência da Ordem dos Farmacêuticos já criada (exigência de titulação por ordem profissional para efeitos de exercício profissional).**
- **A existência de um Código Deontológico próprio (cfr. Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro, diploma que aprovou o novo Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos).**
- **A sujeição a avaliação disciplinar e deontológica e uma definição legal de acto farmacêutico (cfr. Artigo 76.º e seguintes do citado Decreto-Lei n.º 288/2001).**
- **Autonomia técnico-científica e acto profissional definido.**
- **Exigência de formação contínua e desenvolvimento profissional.**

Nestes termos, entende-se que se justifica, à semelhança do que se equacionou no âmbito do Acordo Colectivo de Trabalho (ACT) que foi objecto de negociação, por parte dos hospitais com a natureza jurídica de entidades públicas empresariais, em 2005, retomando uma Carreira Farmacêutica que, pelas especificidades atrás enunciadas, deveria pertencer ao grupo de carreiras dos corpos especiais.

Por tudo o que acima se expôs, mais se justifica a autonomização da carreira farmacêutica com vista a um melhor controlo da sua intervenção, quer ao nível da melhor prestação de cuidados, quer no respectivo contributo para a optimização e rentabilização dos recursos disponibilizados.

Ramo de Nutrição

O nutricionista insere-se profissionalmente como Técnico Superior de Saúde, no ramo de Nutrição, nos termos da Portaria n.º 503/90, de 4 de Julho.

O programa de formação do estágio de especialidade direccionado a este ramo da carreira de técnico superior de saúde, consta da Portaria n.º 931/94, de 20 de Outubro.

Também a Portaria n.º 949/90, de 6 de Outubro, aprova o Estatuto de Responsabilidade dos Profissionais pelo Controlo da Qualidade dos Géneros Alimentícios Transformados, contemplando os licenciados em Ciências da Nutrição como responsáveis pelo controlo da qualidade dos géneros alimentícios transformados, produzidos, importados ou embalados dentro de uma organização empresarial.

Em parecer elaborado pelo Senhor Prof. Vital Moreira a propósito da regulamentação da profissão de nutricionista, o mesmo vem dar conta da insuficiência e natureza da actual regulamentação da profissão, impondo-se, segundo este especialista, a definição legal do estatuto da profissão, designadamente, missão e perfil da actividade, requisitos de formação académica, requisitos de formação profissional, deontologia profissional, bem como supervisão e disciplina profissional.

Será aqui de destacar que, fora do sistema público de saúde a actividade profissional de nutricionista não está sujeita a nenhuma supervisão nem disciplina pública.

Assim sendo, será de manter na carreira dos TSS, o ramo de Nutrição, proposta genericamente justificada quer pela evolução da profissão, quer pelo respectivo enquadramento comunitário.

Ramo de Psicologia Clínica

Actualmente, ao ramo de Psicologia Clínica podem aceder os licenciados em Psicologia e Psicologia Clínica.

Esta especialização tem a duração de 3 anos, cujo programa de estágio foi publicado pela Portaria n.º 191/97, de 20 de Março.

Sendo o domínio da Psicologia uma ciência relativamente recente, granjeou ao longo das três últimas décadas um espaço de intervenção sólido, ancorado em práticas reconhecidas internacionalmente que conduziram, mais recentemente, à criação das condições para a atribuição do DEP – Diploma Europeu de Psicologia, que visa ser um contributo para o controlo e a regulação da actividade dos Psicólogos no espaço europeu.

Ora, a atribuição do DEP, implica o cumprimento de determinados requisitos, em fase de normalização, que, nesta data se fixa na detenção de um 1.º ciclo de estudos, seguido de mais 2 anos (2.º ciclo) e de um estágio de carácter profissionalizante, totalizando esta formação, um mínimo de 6 anos de estudo, para acesso à profissão. Está já prevista a renovação do DEP após 7 anos de exercício profissional.

Se analisarmos a situação de outros países (Holanda, Itália, Irlanda, Espanha e Reino Unido) nos quais a profissão de Psicólogo se implantou de forma significativa, reparamos que a duração média dos respectivos ciclos de estudos fixa-se nos 6/7 anos.

Em Portugal a psicologia clínica, passa a ser incluída na Carreira dos Técnicos Superiores em 1994.

Trata-se de uma formação de base que garante a transição adequada para a componente profissionalizante, necessitando esta última apenas de uma revisão relativamente às condições de funcionamento dos estágios, designadamente idoneidades e melhor definição de práticas de acompanhamento e orientação.

Pela exigência das respectivas funções, e considerando as recomendações europeias para a área da Psicologia, entende-se ser de manter o ramo de Psicologia Clínica na Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde.

Relativamente aos ramos de **Física Hospitalar, Engenharia Sanitária, Laboratório e Genética**, cumpre destacar os seguintes aspectos:

Ramo de Física Hospitalar

Actualmente, ao ramo de Física Hospitalar podem aceder os licenciados em Física, Física, Físico-Químicas e Engenharia de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, assim como os licenciados, em Física Aplicada, Física Tecnológica e Engenharia Física Tecnológica, conforme o disposto na Portaria n.º 1360/2003, de 13 de Dezembro, em aditamento à anterior já referida.

Esta especialização tem a duração de 2 anos, cujo programa foi publicado em Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro.

A **actividade** de físico médico surge **enquadrada em vários diplomas legais europeus, dos quais se destaca os Decretos-leis n.ºs 180/2002 e 222/ 2008**, que transpõem para o ordenamento jurídico interno as directivas comunitárias 96/29/CE e 97/43/CE.

Este ramo aporta uma **dupla titulação**, já prevista no DL n.º 180/2002: o **físico qualificado e o especialista em física médica**, que, neste último caso deverá ser atribuído apenas na sequência de determinado n.º de anos de experiência e comprovação de dados curriculares específicos.

Será, aqui, de destacar também a **vasta produção legislativa associada à protecção radiológica**, de entre as quais se evidencia a Resolução de Conselho de Ministros n.º 129/2004 e o Despachos n.º 906/2005 e o Decreto-Lei n.º 227/2008², de 25 de Novembro.

² Define o regime jurídico aplicável à qualificação profissional em protecção radiológica, transpondo para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes em matéria de peritos qualificados da Directiva n.º [96/29/EURATOM](#), do Conselho, de 13 de Maio, que fixa as normas de segurança de base relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes.

A **Directiva 97/43, EURATOM**, do Conselho, de 30 de Junho, nos n.ºs 2 e 3 do seu artigo 6.º **estabelece a obrigatoriedade de intervenção de um especialista em física médica em determinadas áreas radiológicas médicas** e no seu artigo 2.º define “especialista em física médica” como sendo um perito em física das radiações ou em tecnologia das radiações aplicada às exposições previstas na directiva em questão, cuja formação e competência sejam reconhecidas pelas autoridades competentes e que, quando necessário, actue ou dê parecer sobre a dosimetria a aplicar ao paciente, o desenvolvimento e a utilização de técnicas e equipamentos complexo, a optimização, a garantia de qualidade, incluindo o controlo de qualidade, e sobre outros assuntos relacionados com a protecção contra radiações em relação às exposições radiológicas abrangidas pela mesma directiva.

A transposição da directiva acima referida, para o direito interno está contemplada no **Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto**, para além de incluir o “**especialista em física médica**” **introduz o “físico qualificado em física médica”** como sendo um licenciado em Física ou Engenharia Física por uma Universidade, com formação em física das radiações ou em tecnologia das radiações aplicada às exposições previstas no diploma em questão, de acordo com a legislação relativa à carreira dos técnicos superiores de saúde, ramo de física hospitalar, ou de investigação que lhe corresponda.

Atente-se, também, o disposto no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 180/2002, quanto à designação de “**Físico qualificado em física médica**”: licenciado em Física ou Engenharia Física por uma Universidade, com formação em física das radiações ou em tecnologia das radiações aplicada às exposições previstas no presente diploma, de acordo com a legislação relativa à carreira dos técnicos superiores de saúde, ramo de física hospitalar, ou de investigação que lhe corresponda.

Será aqui de destacar que, presentemente, **são de presença obrigatória**, prevista na legislação em instalações de Radioterapia e Medicina Nuclear sendo a sua contribuição como consultor indispensável na radiologia.

Também o artigo n.º 20 do Decreto-Lei n.º 180/2002, faz referência à figura do Físico Médico:

1- As instalações devem dispor, para além dos profissionais médicos, do seguinte pessoal.

- a) Especialista em física médica, segundo as regras definidas no artigo 21.º ;*
- b) Técnico de diagnóstico ou de terapia devidamente habilitado;*
- c) Pessoal de enfermagem no caso de as valências o exigirem;*
- d) Pessoal de atendimento, secretariado e arquivo.*

Faz ainda referência, no seu artigo 21.º às condições de funcionamento do sector de Física Médica”:

*1- Nas instalações radiológicas onde se pratique radioterapia o número de pessoas envolvidas no **sector da física médica** deve ser calculado nos termos da tabela I do anexo II do presente diploma, do qual faz parte integrante, e respectivas especificações técnicas.*

*2- Nas instalações de medicina nuclear o número de pessoas envolvidas no **sector da física médica** deve ser calculado nos termos da tabela II do anexo II e respectivas especificações técnicas.*

*3- O tempo de presença do **especialista em física médica** em radiologia fica condicionado à complexidade das exposições e às funções de protecção radiológica do pessoal e dos utentes.*

Mais recentemente, o Decreto-Lei n.º 227/2008, de 25 de Novembro, vem prever a existência de **diferentes níveis de intervenção no domínio da protecção radiológica**:

Artigo 3.º - Os níveis de qualificação dos profissionais de protecção contra radiações são as seguintes:

- a) Nível 1: Perito qualificado.*
- b) Nível 2: Técnico qualificado.*
- c) Nível 3: Técnico operador.*

Tais níveis de qualificação de físico qualificado e especialista em física médica são já os propostos pela EFOMP (*European Federation of Organisations for Medical Physics*), que procura, actualmente, harmonizar e promover as melhores práticas de Física médica na Europa, assim como, coordenar os programas de formação.

Na sequência do processo de Bolonha, as qualificações de base necessárias ao ingresso no estágio de especialidade em física hospitalar **passa a ser o 1º ciclo de estudos (grau de licenciatura, com 4 anos de duração), pelo que se impõe**, actualmente, de acordo com as orientações comunitárias relativas ao acesso ao exercício profissional em apreço, a **realização de um 2.º ciclo** (de 1 a 2 anos), **seguido de um treino em exercício com a duração mínima de 2 anos.**

A EFOMP, organismo acima referido, defende actualmente que este 2.º ciclo seja realizado na área da física médica, com curriculum enquadrado nas recomendações já emitidas para aquele organismo.

Foram, também, analisadas as recomendações da DFM – Divisão de Física Médica da SPF – Sociedade Portuguesa de Física, igualmente consonantes com as recomendações da EFOMP, em particular as relativas **ao desvio acentuado entre o n.º de físicos médicos por milhão de habitante, identificado em Portugal, em 2008, (4/5) e o número médio de físicos sinalizados noutros países da União Europeia (7/8)**, agravado pela não abertura de concursos para estágio, desde 2005.

Assim, de acordo com aquela Divisão, a formação universitária de 1.º ciclo deverá incluir formação Universitária nas áreas das ciências naturais, tais como licenciaturas em física, engenharias ou outras afins, que englobem uma sólida formação em física (envolvendo uma forte componente de física das radiações e da imagem), matemática, estatística e computação. A duração deve ser de 3 ou 4 anos correspondendo a 180 – 240 ECTS dos quais, 55 ECTS (no mínimo) deverão ser atribuídos à área da Física.

Quanto ao acima referido 2.º ciclo, será aconselhável a realização de mestrado em física médica nos termos propostos pela EFOMP, dado o desenvolvimento desta profissão no espaço europeu, assim como as orientações comunitárias já existentes sobre a matéria.

Em face do acima exposto, conclui-se que será de manter o ramo de Física Hospitalar na carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, todavia com alteração dos requisitos de ingresso na formação especializada, ou seja, exigência de uma prévia formação pós-graduada (2º ciclo de estudos).

Ramo de Engenharia Sanitária

Actualmente, ao ramo de Engenharia Sanitária podem aceder os licenciados em Engenharia do Ambiente, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia do Ambiente, previstas no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, e ainda os licenciados em Engenharia Sanitária, conforme previsto na Portaria n.º 1103/2001, de 14 de Setembro.

Esta especialização tem a duração de 2 anos, cujo programa foi publicado em Portaria n.º 931/94, de 22 de Outubro.

A existência dos engenheiros sanitários, nos Serviços Centrais ou na Região de Lisboa manteve-se ao longo do Século XX até aos anos setenta.

Recentemente, em relatório elaborado pela Organização Mundial, datado de 16 de Junho de 2006, intitulado “*Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease*”, é destacada a importância da Engenharia Sanitária, enquanto função integrada na Saúde Pública.

Actualmente os engenheiros sanitaristas encontram-se colocados a nível central na Direcção-Geral da Saúde e no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, bem como nas Administrações Regionais de Saúde e também nos agrupamentos dos centros de saúde (ACES).

A definição para engenheiro sanitarista adoptada pela OMS e enviada à Organização Internacional do Trabalho (OIT), para a “*International Classification of Occupations*”, edição de 1974, é a seguinte: “*o engenheiro sanitarista, um profissional habilitado com*

o grau de especialista, para aplicar os princípios de engenharia à prevenção, ao controlo e à gestão dos factores ambientais que afectam a saúde e o bem estar físico, mental e social, bem como aos trabalhos e processos envolvidos na melhoria de qualidade do ambiente”.

Esta definição encontra-se, igualmente, esplanada no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 501/99, de 19 de Novembro, que estabelece as regras de ingresso na carreira de Técnico Superior de Saúde.

O programa de estágio de especialidade direccionado a este ramo da carreira de técnico superior de saúde, consta da Portaria n.º 931/94, de 20 de Outubro.

Podem aceder ao ramo de Engenharia Sanitária, os licenciados em Engenharia do Ambiente, Engenharia Civil, Engenharia Química e Engenharia do Ambiente, previstas no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, e ainda os licenciados em Engenharia Sanitária, conforme previsto na Portaria nº 1103/2001, de 14 de Setembro.

Em estudo recente (Abril 2009) dedicado à análise da função do engenheiro sanitária nos novos contextos organizacionais, na sequência da reestruturação do SNS, foram clarificadas e (algumas) redefinidas as competências deste profissional, e respectivos campos de actuação, que tendo em vista a necessidade de se justificar a manutenção na carreira dos TSS, se passam a enunciar:

- Tecnologias de tratamento de água de consumo humano (conhecimento das interacções químicas entre os componentes da água e os produtos utilizados no tratamento com vista a uma correcção avaliação do risco para a saúde humana);
- Águas quentes sanitárias (a sua complexidade de construção e funcionamento pode constituir um bom nicho ecológico da bactéria do género *Legionella pneumophila*, pelo que se torna necessário um conhecimento técnico-científico de área com a hidráulica e química da água);
- Piscinas (a análise dos projectos de construção e a interpretação do funcionamento do equipamento de tratamento requer conhecimento de engenharia como o conhecimento, por exemplo, de mecânica de fluidos, interacções químicas entre os componentes da

água e os produtos utilizados no tratamento, com vista a uma correcção avaliação do risco para a saúde humana);

- Tecnologia química ou bioquímica, toxicologia ambiental;
- Planeamento urbanístico, hidráulica urbanística e construção civil áreas de intervenção da Saúde Pública na avaliação do risco para a saúde do Homem;
- Qualidade do ar exterior e interior (face à nova legislação portuguesa, os engenheiros são os únicos profissionais de saúde que podem fazer peritagens nesta matéria atendendo à complexidade das interacções químicas entre os diversos componentes do ar e da complexidade tecnológica dos equipamentos utilizados para o seu tratamento);
- Prevenção de riscos industriais graves (interpretando as diversas reacções/processos químicos e propriedades das moléculas, utilizando conhecimentos de mecânica de fluidos, entre outros, por forma a possibilitar uma adequação avaliação do risco para a saúde pública).

Destaca-se, todavia, o facto, da Ordem dos Engenheiros considerar como *“Acto de Engenharia toda a actividade relevante decorrente do exercício da profissão de Engenharia, que apenas deve ser realizada por Engenheiros por serem os únicos profissionais com qualificação profissional adequada”*.

Distinguindo, assim, *“Acto técnico de engenharia sanitária, o acto em que são aplicados os princípios de engenharia à prevenção, ao controlo e à gestão dos factores ambientais que afectam a saúde e o bem-estar físico, mental e social, bem como a aplicação dos princípios da engenharia aos trabalhos e processos envolvidos na melhoria da qualidade do ambiente relevante para a saúde”*.

Será, fundamentalmente, por esta razão que a Ordem dos Engenheiros não reconhece ainda, integrando-a, no respectivo leque interno de especialidades, a de Engenharia Sanitária. Adianta mesmo que, nesta formação, estarão a faltar conhecimentos essenciais, em termos de projecto de estações de tratamento de água, águas residuais e resíduos.

Todavia, atentos dos desafios que se colocam, actualmente, aos Engenheiros Sanitaristas, que lhes possibilita espaço próprio de intervenção, mas distinto, todavia complementar, do actual técnico de saúde ambiental, e de outros profissionais, como os médicos de saúde pública.

Na opinião do grupo de trabalho será de considerar a manutenção deste ramo na carreira dos TSS, **todavia com alteração dos requisitos de ingresso na formação especializada, ou seja, exigência de uma prévia formação pós-graduada (2º ciclo de estudos), assim como, eventual revisão do respectivo perfil de competências, atendendo à proximidade (e por vezes, sobreposição), de funções profissionais.**

Ramo de Genética

Actualmente, ao ramo de Genética podem aceder os licenciados em Biologia, Bioquímica, Ciências Farmacêuticas, Farmácia e Química, de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, assim como os licenciados em Genética, Biologia Vegetal Aplicada, Biologia Microbiana e Genética, Biologia Aplicada aos Recursos animais, Química Aplicada, Química Tecnológica e Microbiologia, conforme o disposto na Portaria n.º 1103/2001, de 14 de Setembro, em aditamento à anterior já referida.

O programa de estágio de especialidade direccionado a este ramo da carreira de técnico superior de saúde, consta da Portaria n.º 931/94, de 20 de Outubro, e apresenta uma duração de 3 anos.

A Genética é uma especialidade ainda relativamente nova nos Serviços de Saúde. O ramo de Genética foi criado, através da Portaria n.º 656/88, de 29 de Setembro. Este ramo enquadra a evolução técnico-científico diferenciada da Genética no domínio da saúde.

As áreas que estão cobertas pelo estágio de especialidade do ramo de Genética da carreira de técnico superior de saúde integram as seguintes valências: Citogenética, Bioquímica Genética, Oncogenética e Genética Molecular, as quais se aplicam a diferentes níveis de diagnóstico: o precoce ou pré-sintomático, o sintomático e o pré-natal.

Salienta-se que em alguns países europeus, nomeadamente no Reino Unido, na Bélgica e na Holanda, para além de existir a especialização na área fundamental do diagnóstico genético, existem, igualmente, sub-especializações que visam aprofundar determinadas matéria do domínio da genética.

Atendendo a que este ramo é uma especialidade recente, apenas a partir de 1980 passaram a ser asseguradas as actividades de Genética Médica, quer na área clínica, quer na laboratorial, nas vertentes de assistência e investigação e ensino pós-graduado, as quais têm possibilitado, aos profissionais que as exercem, criar espaço próprio de intervenção.

Necessidade de especialistas em genética laboratorial

A intervenção no domínio da genética acolhe actualmente, diferentes profissionais. Veja-se o caso, anteriormente mencionado, dos farmacêuticos especializados neste domínio.

Tivemos oportunidade de destacar a diferença de base académica que caracteriza ambos os profissionais em referência: farmacêuticos especializados em genética e outros detentores de licenciaturas em biologia vegetal aplicada, biologia microbiana e genética, biologia aplicada aos recursos animais, química aplicada, química tecnológica e, por último, a microbiologia.

Neste caso, a proposta a adoptar será idêntica à já referida para os ramos de Engenharia Sanitária, Laboratório e Física Hospitalar, ou seja, a exigência de um 2.º ciclo como requisito de acesso à frequência do estágio de especialidade da carreira dos técnicos superiores de saúde.

Tal significa, manter igualmente este ramo nesta carreira, não obstante, e caso a proposta de autonomização da carreira farmacêutica acolher parecer favorável, poderem vir a coabitar com outros profissionais igualmente especialistas em genética, contudo, com formação de base distinta, capaz de os diferenciar aquando do respectivo exercício profissional.

Ramo de Laboratório

Actualmente, ao ramo de Laboratório podem aceder os licenciados em Biologia, Bioquímica, Ciências Farmacêuticas, Farmácia e Química, e as antigas licenciaturas em Ciências Farmacêuticas (opção C ou ramo C) de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, assim como os licenciados em Genética, Biologia Vegetal Aplicada, Biologia Microbiana e Genética, Biologia Aplicada aos Recursos Animais, e Microbiologia, conforme o disposto na Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro, em aditamento à anterior já referida.

Esta especialização tem a duração de 4 anos, cujo programa foi publicado em Portaria n.º 931/94, de 22 de Outubro, alterada pela Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro, no seu ponto II.

A nível europeu, existem orientações claras relativamente ao exercício profissional na área laboratorial.

Não constando ainda no quadro de profissões da saúde inseridas na Directiva Europeia 2005/36/CE, de 7 de Setembro, a área laboratorial tem sido objecto de recomendações europeias, designadamente as definidas no âmbito dos trabalhos do “*European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*” (EC4), que elaborou um sistema de regulação próprio, visando a promoção do reconhecimento automático e livre circulação dos profissionais com especialidade na área das análises clínicas.

Será de destacar que o registo europeu de profissionais já estabelecido pelo EC\$ foi aceite tacitamente pela Comissão Europeia como mecanismo de auto-regulação, constando numa base de dados actualmente sediada no Comité Económico e Social Europeu (CESE).

No sentido de garantir a livre circulação dos portugueses já detentores da especialidade em laboratório/análises clínicas afigura-se fundamental promover a harmonização entre qualificações de base que habilitem ao exercício desta profissão.

A comprovação de formação idêntica à já reconhecida pela EC4 em referência, possibilitará a qualquer cidadão europeu a obtenção do título Europeu “*Specialists in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine: European Clinical Chemists*”.

Ora, as recomendações que aqui estão em causa prevêm a exigência de 8 a 9 anos de qualificação de base para efeitos de exercício profissional, o que contende com a actual duração da formação académica prevista para ingresso no ramo de laboratório na carreira de TSS, que prevê apenas actualmente, na sua totalidade, uma duração de 5 anos.

Assim, a manter o ramo laboratorial na carreira dos TSS, como é a sugestão do grupo de trabalho, será de redefinir as respectivas condições mínimas de ingresso no sentido de uma maior aproximação às já recomendadas pelo EC4.

Afigura-se, ainda, indispensável a definição clara dos limites de intervenção dos profissionais aqui em causa, de modo a facilitar a gestão das respectivas funções por parte de quem os venha a enquadrar.

XIX – A CARREIRA DOS TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

1. Contexto

A carreira de TDT regulamentada em Portugal abrange um leque mais numeroso de profissões que na generalidade dos países da EU. Havendo algumas que só são regulamentadas em Portugal e outras que só o são em dois países.

Verifica-se também o oposto, ou seja, pelo menos uma profissão, a podologia, já é regulamentada pelo menos em XX países, mas não o é em Portugal.

A persistência destas profissões de banda estreita com correspondente formação de banda estreita na formação no Ensino Superior são um obstáculo ao desenvolvimento das profissões e ao seu enriquecimento científico e tecnológico.

A exigência de regulamentação para algumas profissões na generalidade dos países da EU limita a circulação dos profissionais portugueses no espaço de trabalho europeu, permitindo, todavia, a livre entrada no mercado de trabalho nacional de profissões de banda larga que abrangem estas profissões.

Por outro lado, o desenvolvimento das profissões das TDT não acompanhou a realidade do desenvolvimento da formação desde o ensino profissional, sob tutela do Ministério da Saúde, até ao Ensino Superior Politécnico pós Bolonha com licenciaturas de quatro anos para as profissões regulamentadas.

O tempo uniforme e mais amplo de formação oferecido pela reforma não correspondem a igual grau de desenvolvimento e complexidade das várias profissões das TDT. Este período alargado de formação num só ciclo seria uma excelente oportunidade de conformar mais adequadamente a formação no sentido de bandas mais largas agregando profissões cujas metodologias e corpo teórico básicos sejam comuns.

A agregação de várias profissões de âmbito similares em *clusters* que dariam origem a uma só profissão, eventualmente com mais de um ramo ou área, traria também mais flexibilidade ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, mais saídas profissionais aos licenciados dos clusters.

Quer os estudantes quer as escolas poderiam adequar-se em cada momento à procura por parte dos estabelecimentos de saúde, sendo fácil um licenciado mover-se entre ramos ou áreas diferentes da mesma profissão com ou sem alguma formação complementar. Por exemplo, um profissional poderia sempre voltar ao Ensino Superior para complementar a sua formação de modo a estender a sua licenciatura a outra área.

Algumas profissões embora correspondendo a uma necessidade dos serviços de saúde nunca terão uma procura suficiente para manter formações autónomas.

Na lógica do Ensino Superior não é aceitável a realidade passada de cursos que abriam ou fechavam em função das necessidades do mercado. Numa lógica de Ensino Superior é necessário manter corpos docentes e estruturas de ensino de modo permanente, sem o que seria impossível desenvolver graus de diferenciação académica e tecnológica.

Contudo, a manutenção de licenciaturas de banda muito estreita, obrigam à continuidade de licenciaturas mesmo que o mercado de trabalho não tenha qualquer necessidade desses licenciados.

1. Análises clínicas e de saúde pública e anatomia patológica, citológica e tanatológica

Enquanto a profissão de técnico de análises e de saúde pública seja regulamentada na generalidade dos países da EU a profissão de técnico de anatomia patológica, citológica e tanatologia não o é. Esta situação é uma singularidade ibérica que não permite a livre circulação dos nossos licenciados.

Na verdade, a generalidade das técnicas em ambas as profissões não se distinguem, a não ser pelo tipo de tecidos que abordam, líquidos ou sólidos e pela prática ou não da tanatologia. Esta distinção em Portugal advém somente do facto de as duas profissões descenderem de auxiliares de especialistas médicos distintos, patologistas clínicos e anátomo-patologistas, o que não tem sentido no contexto actual médico e das próprias TDT.

Deste modo, é parecer desta Comissão, que seriam de fundir as duas profissões numa só denominada, eventualmente, de técnicos de patologia clínica ou técnicos de laboratório clínico.

No contexto europeu os técnicos de laboratório incluem, na generalidade, nas suas competências todas as metodologias comuns às duas profissões com excepção da tanatologia. Esta lacuna poderia ser superada com uma licenciatura com dois ramos.

2. Cardiopneumologia e neurofisiologia

Ambas as profissões têm um âmbito restrito de actividade, mas ambas se caracterizam por uma abordagem metodológica muito similar embora sobre territórios anatómicos e fisiológicos distintos.

Em ambas as profissões a diversidade tecnológica dificilmente justifica a existência de um primeiro ciclo de quatro anos.

As necessidades do mercado são muito reduzidas, particularmente, na área da neurofisiologia, não sustentando o funcionamento permanente da respectiva licenciatura. Por outro lado, sendo Ensino Superior não é possível manter cursos que não estão sempre em funcionamento. As Escolas de Ensino Superior obrigam à manutenção de um corpo docente suficientemente diferenciado e permanentemente em funções. Seria, assim, adequada a fusão a nível académico e profissional destas duas profissões numa só que a nível europeu a tendência é para designar como fisiologistas clínicos.

3. Radiologia, radioterapia e medicina nuclear

No contexto do Relatório do Prof. Lourtie este conjunto de profissões configura mais um potencial cluster.

Portugal é dos poucos países europeus em que a formação destas profissões é totalmente autónoma. Este facto limita a circulação dos profissionais portugueses no espaço europeu.

Na medicina nuclear as necessidades do mercado são muito limitadas e a oferta formativa, embora limitada, é excessiva. Este é um cluster em que a fusão, tal como outros, favoreceria a circulação entre áreas de acordo com as necessidades do mercado e possibilitaria às escolas uma melhor adequação da oferta às necessidades.

Deste modo, seria de propor a criação de uma só profissão que desse resposta às exigências profissionais actualmente associadas às três profissões aqui em referência, sendo que o respectivo domínio de intervenção passaria a ser o de ciências radiológicas.

4. Podologia

A podologia está regulamentada em 15 países da União Europeia, sete dos quais de acordo com a 1ª Directiva. Esta licenciatura é ministrada de acordo com as recomendações do Relatório Lourtie (240 ECTS) e estes profissionais encontram-se a trabalhar em estabelecimentos de saúde públicos e privados sem qualquer enquadramento regulamentar que garanta um mínimo de competências adequadas ao perfil em causa.

A não regulamentação em Portugal constitui também uma barreira à livre circulação de profissionais no espaço da União Europeia.

Deste modo, é parecer deste grupo de trabalho que a podologia seja regulamentada no âmbito das carreiras dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

XIX – IMPACTO DAS RECOMENDAÇÕES DO GRUPO DE TRABALHO NO QUADRO NORMATIVO VIGENTE

Uma vez apresentados as várias propostas do Grupo de Trabalho, importa discorrer sobre os actuais e futuros impactos das mesmas no quadro legal vigente, com especial incidência nos Decretos-Lei nº 320/99 e nº 414/91, de 11 de Agosto e 22 de Outubro, respectivamente.

Embora apontando para a manutenção da actual estrutura bicéfala, onde coexistem as carreiras de Técnico Superior de Saúde (TSS) e de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), as conclusões do Grupo de Trabalho apontam para alterações na respectiva designação, composição e, ou, reconfiguração, desde logo com a integração da fisioterapia, ou do cluster em que ela se integra³, bem como da reabilitação psicomotora enquanto profissões da carreira de TSS, e com a adição de novas profissões à carreira de TDT, como acontece com a podologia.

Como corolário do processo de Bolonha, que conduz ao enquadramento dos TDT como carreira superior, a designação desta deveria passar a “Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica”, o que obriga a encontrar também uma nova designação para a carreira de TSS, que poderia ser a de “Técnico Superior Especializado em Saúde”.

Caso tais propostas venham a ser aceites, assumirá particular importância o enquadramento de daquelas modificações no actual contexto legislativo e regulamentar, quer seja pela ponderação da respectiva conformidade, ou até da necessidade que daí resulte em promover futuras alterações legislativas, enquanto condição necessária para a coerência do sistema e adequação aos objectivos em que assenta a reforma em curso.

É neste enquadramento que imediatamente nos confrontamos com a articulação daquelas medidas face ao disposto no Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Lei n.º 240/93, de 8 de Julho, n.º 241/94, de 22 de

³ Até agora profissões regulamentadas da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

Setembro, n.º 501/99, de 19 de Novembro, e n.º 38/2002, de 26 de Fevereiro, bem como ao disposto no Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, ou no Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro, ou, ainda, numa perspectiva de futuro, com a indispensável convivência das competências da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS, I. P.) e da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), tal como plasmadas no Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e no Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, respectivamente.

O mencionado Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, veio definir os princípios gerais em matéria de exercício das profissões de diagnóstico e terapêutica, procedendo simultaneamente à sua regulamentação. Por isso, qualquer alteração da carreira de TDT não poderá ser concretizada sem a necessária compatibilização, ainda que tal possa acontecer em diferentes momentos.

Já o Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, define o regime legal da carreira dos técnicos superiores de saúde integrados nos serviços pertencentes ao Ministério da Saúde, nas unidades de saúde ou nos estabelecimentos hospitalares⁴, consagrando o respectivo desenvolvimento por ramos de actividade e as adequadas licenciaturas.

No que respeita aos Decretos-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, 219/2007, de 29 de Maio, e 234/2008, de 02 de Dezembro, relativos às competências legalmente reservadas à ERS e à ACSS, I. P., respectivamente, dever-se-á procurar recortar algumas recomendações ao nível das condições de entrada destes profissionais no mercado de trabalho, com particular incidência nos hospitais EPE.

O essencial do actual quadro legal

Pela relevância que assumem para o objecto do nosso estudo, destacamos desde já os seguintes aspectos do respectivo regime legal:

⁴ Redacção dada pelo artº único do DL 240/93, de 8 de Julho.

- a) Por força do estabelecido no n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 320/99, temos de considerar a existência de uma enumeração taxativa de profissões, daí resultando que apenas as 18 profissões aí enunciadas merecem a qualificação de “*profissões de diagnóstico e terapêutica*”, sendo certo que nestas se não inclui a de podologia;
- b) Admite-se, no n.º 3 do diploma, a fusão entre si de áreas profissionais, sempre que tal se revele necessário, bem como a “*aplicação de regulamentação específica de determinadas profissões, de acordo com especiais características que lhe sejam inerentes*”, mas já não a adição de novas profissões ou a supressão de alguma das ali previstas, mesmo que por transição, como será o caso, respectivamente, dos podologistas e dos fisioterapeutas e, ainda, das demais terapias, caso seja essa a opção;
- c) As profissões regulamentadas compreendem a realização de todas as actividades constantes do anexo ao Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho, este versando matéria da reserva relativa de competência da Assembleia da República, sempre por reporte a técnicas de base científica com fins de promoção da saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, ou de reabilitação, estabelecendo-se, todavia, que aquelas profissões se desenvolvem “*em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional* (art.º 3.º), o que é materialmente diverso de qualquer absorção ou sobreposição;
- d) O acesso ao exercício das profissões só é permitido aos indivíduos detentores de título profissional e, ou, habilitação a que se refere o art.º 4.º do mesmo DL 320/99, onde se incluem as equivalências no âmbito de carreiras da administração pública e “*outros cursos da área técnica de diagnóstico e terapêutica, desde que reconhecidos por despacho conjunto dos Ministros da Saúde, da Educação e do Trabalho e da Solidariedade*”, o que, no limite e para cursos não tipificados no artigo 4.º do diploma, sempre remeterá para um acto administrativo integrador; de resto, o exercício das profissões em causa fica

sempre dependente de título profissional, correspondente a uma das designações referidas no art.º 2.º, a reconhecer pelo “Departamento dos Recursos Humanos da Saúde” (actualmente pela ACSS, I. P.).

- e) Todavia, o artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de Outubro, já não consagra uma enumeração taxativa de profissões, uma vez que, consagrando embora o elenco das profissões que então se reconhecia integrarem a carreira dos TSS, os n.ºs 3 e 4 do mencionado preceito admitem a inclusão de novos ramos através de portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, podendo também o elenco de licenciaturas ser alterado por portaria deste último;
- f) O Estado assume, desde logo no próprio preâmbulo do Decreto-Lei n.º 320/99, particulares responsabilidades ao nível da fiscalização do exercício das profissões, nomeadamente *“através de uma regulamentação das actividades técnicas de diagnóstico e terapêutica que condicione o seu exercício em geral, quer na defesa do direito à saúde, proporcionando a prestação de cuidados por quem detenha habilitação adequada, quer na defesa dos interesses dos profissionais que efectivamente possuam os conhecimentos e as atitudes próprias para o exercício da correspondente profissão”*, o que exigirá acrescida ponderação dos termos e condições em que ocorrerá a contratação destes profissionais pelos diferentes empregadores e o exercício da respectiva actividade;
- g) Nos termos do disposto no n.º 3 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 320/99, *“o recrutamento e manutenção ao serviço, a qualquer título, por parte de entidades empregadoras, de profissionais para o exercício das profissões regulamentadas que não possuam o respectivo título profissional ou autorização de exercício, é sancionado nos termos gerais de direito”*, importando ter presente que as competências nesta matéria são as previstas no n.º 2 do mesmo artigo, necessariamente compatibilizadas com o que resulta dos Decretos-Lei n.ºs 309/2003 e 219/2007, no que diz respeito à ERS e à ACSS, I. P., respectivamente;

- h) Atente-se, face ao plasmado no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 320/99, que em matéria relativa ao exercício, formação, regulamentação e controlo das profissões, o Ministro da Saúde tem como órgão de apoio o Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica, com o feixe de competências vertido no artigo 14.º do mesmo diploma, entre as quais o acompanhamento das questões relativas ao exercício da profissão, a proposta de normas técnicas de actuação profissional, ou ainda a emissão de pareceres e estudos sobre matérias relacionadas com as suas competências, o conteúdo funcional das profissões e, quando solicitado, sobre a concessão de títulos profissionais.

Recomendações

Neste ambiente legislativo, no contexto dos objectivos gerais e específicos em que o Grupo de Trabalho funda as propostas a apresentar superiormente, entendemos dever merecer particular reflexão e ser objecto de recomendação:

- a) Embora a inclusão de novos ramos de actividade possa ser concretizada por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, e a inclusão de nova licenciatura por acto de igual dignidade, mas agora apenas assinado pela titular da pasta da saúde, no que às alterações da carreira dos TSS diz respeito, deverá optar-se, tal como no passado aconteceu com os Decretos-Lei n.º 241/94, de 22 de Setembro, e 501/99, de 19 de Novembro, pela publicação de um novo acto legislativo que altere o Decreto-Lei n.º 414/91, desde logo porque a transição dos fisioterapeutas da carreira dos TDT, com a abrangência supra referida, não é susceptível de concretização por mero acto regulamentar;
- b) Caso a solução não passe pela integração da fisioterapia na carreira de TSS, desde logo tendo presentes os eventuais impactos negativos, como, por exemplo, a criação de um efeito de arrastamento para outras profissões, a recomendação a formular deverá ir no sentido da manutenção na carreira de TDT, aí integrando também a reabilitação psicomotora. Igualmente aqui a alteração legislativa deverá revestir a mesma forma, tanto mais que será sempre necessário regulamentar esta nova profissão, bem como a de podologista;

- c) Alternativamente, e como forma de sinalizar futuras transições, poder-se-á optar pela integração na carreira de TSS, não apenas da fisioterapia, mas de todo o *cluster* (onde se inclui a terapia da fala e da terapia ocupacional, hoje ambas nos TDT), bem como da reabilitação psicomotora;
- d) A recomendação a formular nesta sede vai, assim, no sentido de uma solução comum para a fisioterapia (ou respectivo *cluster*) e para a reabilitação psicomotora, admitindo-se que possam estar em qualquer uma das carreiras e assumindo os eventuais impactos financeiros como fundamento de decisão, embora, quanto à primeira, a sua visão numa lógica de *cluster* seja mais adequada à actual realidade social e laboral;
- e) Entende-se também como oportuno e conveniente apresentar recomendação no sentido de clarificar legislativamente que questões, como o reconhecimento da formação, o sistema de equivalências e os conteúdos programáticos, sendo aspectos essenciais para o problema, deverão ser da responsabilidade e competência dos estabelecimentos de ensino.
- f) Será particularmente importante introduzir alterações nas condições de acesso ao exercício da profissão, de modo que, sem contrariar o imediato ingresso no mercado de trabalho, se garantam condições efectivas de exercício tutelado da profissão durante um período inicial;
- g) O estabelecimento de padrões médios de exigência acrescida ao nível das qualificações de ingresso na carreira de TSS será fundamental para, de forma gradual, permitir a dedicação dos médicos para funções mais próprias do núcleo duro da sua profissão, o que também só se alcançará por acto legislativo e nunca por mero acto regulamentar;
- h) A criação na carreira de TDT da profissão de podologista (e da reabilitação psicomotora, se for essa a opção) dever-se-á sempre fazer num quadro de harmonização legal, o que implicará, necessariamente, a respectiva regulamentação específica e a alteração do Decreto-Lei nº 320/99, de 11 de

Agosto, com prévia emissão de parecer por parte do Conselho Nacional das Profissões de Diagnóstico e Terapêutica;

- i) Seria desejável que a regulamentação das novas profissões ocorresse em simultâneo com as demais alterações; no entanto, se essa não for a opção, deverão acautelar, através da consagração de normas transitórias, as condições de ingresso dos profissionais, desde logo no Sistema Nacional de Saúde, mas não só;
- j) As alterações legislativas a concretizar deverão levar em linha de conta a necessidade de compaginar as necessidades dos serviços com a adaptação a uma dinâmica social de grande intensidade, nomeadamente no quadro do denominado processo de Bolonha e da aproximação a modelos de gestão de base empresarial, o que significa optar por soluções tão abertas e flexíveis quanto possível;
- k) As alterações legislativas deverão ainda apontar para a clarificação das competências em matéria de recrutamento e manutenção ao serviço de profissionais para o exercício de profissões regulamentadas sem o competente título profissional ou autorização de exercício, tendo a este propósito presente que o n.º 3 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 320/99 alude ao recrutamento e manutenção ao serviço, “*a qualquer título, por parte de entidades empregadoras...*”, ou seja, não distingue a modalidade jurídica de constituição do vínculo, nem a natureza jurídica da entidade que a promove;
- l) A este nível assumirá particular relevância a articulação de missões e competências entre a ERS e a ACSS, I. P., Decretos-Lei n.ºs 309/2003 e 219/2007, respectivamente, bem como o enquadramento da actividade das Entidades Públicas Empresariais, excluídas do âmbito de aplicação subjectivo da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, condição necessária, embora não suficiente, para a regulação do sector e, em última análise, para assegurar a qualidade dos serviços prestados;

m) Tendo em conta as competências legais da ACSS, I. P., bem como as da ERS, entende-se conveniente aproveitar as alterações legislativas para clarificar a situação ao nível da intervenção no terreno, nomeadamente eliminando aquilo que hoje parece representar uma “zona de ninguém”, do que constitui expressão mais visível a forma como as EPE do sector da saúde contratam estes profissionais e enquadram a sua prestação laboral, sob pena de poderem surgir significativos problemas de qualidade dos serviços prestados e até de responsabilidade do próprio Estado.

ANEXO I – Síntese histórica da área de farmácia

O conteúdo do presente anexo permite dar conta da evolução da área da farmácia, procurando, paralelamente, fundamentar a opção pela autonomização da carreira farmacêutica.

Enquadramento histórico

Os primeiros boticários terão surgido em Portugal provavelmente ainda no século XIII. É natural, contudo, que anteriormente já existissem outros profissionais especializados na preparação ou comércio de medicamentos.

O comércio de especiarias é atestado por vários documentos desde o séc. XII. Os boticários surgiram depois dos especieiros e coexistiram com estes ainda durante algum tempo.

O primeiro diploma respeitante à profissão farmacêutica que se conhece em Portugal data de 1338 e determinou a obrigatoriedade de serem examinados pelos médicos do rei todos os que exerciam os ofícios de médico, cirurgião e boticário na cidade de Lisboa.

Em meados do século seguinte foi promovida a vinda de Mestre Ananias e de outros boticários de Ceuta, da qual resultou a famosa carta de 1449 que atribui vários privilégios e isenções aos boticários.

A separação entre as profissões médica e farmacêutica foi regulamentada em 1461. As questões relativas ao exercício das profissões sanitárias encontravam-se debaixo da alçada do físico-mor do reino enquanto a administração das questões sanitárias relacionadas com epidemias e salubridade estava atribuída ao Provedor-mor da Saúde.

Fenómeno singular na Península Ibérica é certamente a existência de mulheres boticárias em Portugal. A mais antiga referência diz respeito a uma boticária em Lamego em 1326. Nos séculos XV e XVI surgem outras referências a mulheres boticárias, ligadas a senhoras da alta nobreza.

O período quinhentista foi um dos mais ricos da história da farmácia portuguesa. Logo no início do século XVI se encontra um elevado número de boticários portugueses no Oriente, alguns dos quais foram encarregados de missões de grande responsabilidade.

De todos, Tomé Pires foi o que mais se destacou. Partindo para a Índia em 1511, foi o primeiro embaixador português enviado à China e o autor da *Suma Oriental*, a primeira descrição europeia da Malásia e a mais antiga e extensa descrição portuguesa do Oriente.

O Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia (Goa, 1563) do médico Garcia de Orta (1501-1568) foi a primeira descrição rigorosa feita “in loco” por um europeu das características botânicas, origem e propriedades terapêuticas de muitas plantas medicinais que, apesar de conhecidas anteriormente na Europa, o eram de maneira errada ou muito incompleta.

A primeira tentativa de levar a cabo um estudo organizado e sistemático da história natural ultramarina teve lugar nas duas últimas décadas do século XVIII, através de um conjunto de expedições científicas ao Brasil e África, levadas a cabo por naturalistas formados em Coimbra, onde se destaca a viagem Alexandre Rodrigues Ferreira (1756-1815) no Brasil.

A utilização dos medicamentos químicos foi aceite de forma pacífica pela comunidade médica portuguesa apenas na viragem do século XVII para o XVIII. Esta aceitação reflectiu-se na literatura farmacêutica, particularmente na 2.^a edição da Farmacopeia Lusitana (1711) e nas farmacopeias Ulissiponense (1716) e Tubalense (1735).

O carácter de ofício mecânico e toda a estrutura socioprofissional do sistema farmacêutico português travaram a renovação técnico-científica até ao século XIX.

Por outro lado, a Farmácia conventual teve grande projecção técnico-científica e prestígio. Existiam boticas em muitos conventos e mosteiros, sendo afamadas as dos cônegos regrantes de Santo Agostinho, dos dominicanos e dos jesuítas.

Muitas não se limitavam a fornecer as próprias ordens, vendendo medicamentos ao público. Entre as novas ocupações que tomaram um impulso renovado durante o século XVIII, destacou-se o fabrico de remédios secretos, que tiveram muita aceitação, sendo preparados e vendidos por portugueses e estrangeiros de todas as profissões.

Já nesta altura o farmacêutico era um profissional multidisciplinar no âmbito da saúde. Em 1840 o único laboratório que o médico Europeu encontrava disponível para efectuar exames analíticos era o do farmacêutico na sua botica.

Até ao século XIX, a transmissão dos saberes farmacêuticos foi realizada através da aprendizagem nas boticas. Esta era seguida de um exame, regulado desde o século XVI até ao XIX pelo Regimento do Físico-mor do Reino (1521).

No campo das profissões de saúde, o ensino de nível superior estava reservado aos médicos. As deficiências da transmissão do saber não se limitaram à aprendizagem. Só no Século XVIII começaram a aparecer livros escritos por e para os boticários.

O primeiro formulário escrito por um boticário e em língua portuguesa foi a Farmacopeia Lusitana (1704), de D. Caetano de Santo António, boticário no Mosteiro de Santa Cruz de Coimbra.

As únicas tentativas de suprir as insuficiências da aprendizagem nas boticas, surgiram por iniciativa da coroa através de boticas estatais, com destaque para o Dispensatório Farmacêutico da Universidade de Coimbra. O ensino superior farmacêutico só nasceu verdadeiramente em 1836, com a criação das Escolas de Farmácia anexas à Faculdade de Medicina de Coimbra e às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto.

Apesar da existência das Escolas de Farmácia, foi mantida a antiga via de acesso, através da aprendizagem nas boticas, seguida de um exame final, o que levou a que o curso regular fosse sempre muito pouco concorrido.

Só em 1902 se terminou com esta situação, quando as Cortes aprovaram uma reforma que obrigava todos os candidatos a farmacêuticos à frequência do Curso de Farmácia, consagrando também de forma inequívoca a ligação do ensino farmacêutico à área analítica com aplicação clínica.

A primeira farmacopeia oficial foi a Farmacopeia Geral (1794) de Francisco Tavares, antigo professor de Matéria médica em Coimbra, mas a primeira a ser escrita por uma comissão de médicos, farmacêuticos e químicos surgiria oito décadas depois.

Elaborada num período de rápido desenvolvimento das ciências, a Farmacopeia Portuguesa (1876) envelheceu muito depressa, mas apenas viria a ser substituída em 1935. Até 1835, os boticários estiveram presentes nas bandeiras de S. Miguel, com funções predominantemente profissionais e nas confrarias dos Santos Cosme e Damião, com funções religiosas.

A Sociedade Farmacêutica nasceu das aspirações de justiça criadas pelas ideias liberais. Em Julho de 1834, cerca de centena e meia de farmacêuticos de Lisboa subscreveram uma petição pedindo a suspensão das inspecções do físico-mor, a liberalização dos preços dos medicamentos e a reforma da legislação sobre o exercício farmacêutico.

No ano seguinte, animados pela suspensão das atribuições do físico-mor, fundaram a Sociedade Farmacêutica. A Sociedade manteve uma tradição de intensa actividade científica e laboratorial, desenvolvendo trabalhos e estudos no âmbito da hidrologia, da farmácia, da bromatologia, da higiene, da toxicologia e da química aplicada e

publicando o Jornal da Sociedade Farmacêutica, de 1836 a 1933. Directa ou indirectamente, a Sociedade influenciou as reformas e a produção legislativa de importância para a farmácia. A sua campanha pela reforma do ensino e do exercício farmacêutico produziu frutos.

Em 1836 foram criados os cursos farmacêuticos e no ano seguinte foi criado o Conselho de Saúde Pública que substituiu o físico-mor e integrava dois farmacêuticos. A Sociedade teve um papel igualmente pioneiro no campo do mutualismo, com a instituição em 1838 do Montepio Farmacêutico. Em 1935, todas as associações farmacêuticas foram obrigadas pelo Estado Novo a fundirem-se e a integrarem o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos.

Os farmacêuticos portugueses do século XIX iniciaram um longo processo de ascensão social e de afirmação profissional que os aproximaria do nível cultural e de formação técnico-científica dos médicos. No século passado, muitos farmacêuticos se destacaram em vários sectores da vida nacional, tanto política como científica, em número que seria impensável nos séculos anteriores.

A indústria farmacêutica começou-se a desenvolver em Portugal na última década do século XIX. O primeiro investimento importante foi a Companhia Portuguesa Higiene, uma sociedade anónima fundada em 1891 com um capital muito apreciável para a época.

A Companhia introduziu em Portugal o fabrico de grânulos dosimétricos e iniciou por volta de 1893 o fabrico de comprimidos. Apesar da renovação técnica representada, em termos locais, pela sua actividade, a Companhia Higiene baseou-se exclusivamente no desenvolvimento de similares da indústria estrangeira. Numa época de profundas transformações nas ciências biomédicas, a indústria portuguesa mais desenvolvida manifestou um grande alheamento em relação às aplicações farmacêuticas da Biologia.

Embora a reforma do ensino farmacêutico de 1902 tivesse constituído um avanço significativo em relação à situação anterior, as matérias ministradas no novo plano de estudos continuavam longe de estar a par com os contributos científicos de finais do século passado, com uma reduzida componente curricular no campo da Biologia.

A produção de vacinas e de antitoxinas foi de início deixado inteiramente na mão de sectores alheios à produção de medicamentos. A primeira firma farmacêutica cuja expansão se começou a desenhar no sentido das aplicações da Biologia foi a Farmácia Freire de Andrade, a cujos laboratórios se deve o início em 1894 da preparação em Portugal de injectáveis em ampolas de vidro.

A pauta aduaneira de 1892 criou condições para a proliferação de laboratórios de especialidades farmacêuticas, de forma que a Grande Guerra veio encontrar uma indústria farmacêutica suficientemente equipada para responder às faltas de abastecimento em produtos medicinais.

O período do pós-guerra surgiu como um dos mais promissores para a indústria farmacêutica portuguesa, dominando um ambiente de optimismo que esfriou com a diminuição da protecção às especialidades nacionais pela nova pauta aduaneira de 1923.

(Fonte: Adaptado de artigo da autoria de José Pedro Sousa Dias, farmacêutico e Professor Auxiliar da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa).

A Carreira Farmacêutica

O medicamento adquire hoje uma dimensão especial no contexto global da medicina e o farmacêutico hospitalar é o profissional que, habilitado com o grau de especialista, é responsável pela problemática do medicamento a nível hospitalar.

Também as análises clínicas e a genética são hoje uma ferramenta inultrapassável no diagnóstico clínico, sendo o farmacêutico com o grau de especialista em análises clínicas, o profissional habilitado no âmbito do laboratório clínico, para o estudo e compreensão da etiologia das doenças, sua prevenção, diagnóstico e controlo terapêutico.

Os farmacêuticos, dada a natureza e especificidade das suas funções, constituem um corpo especial da área da saúde.

Os serviços onde exercem, são departamentos com autonomia científica, técnica e de gestão dos órgãos de administração hospitalar, perante os quais respondem pelo resultado do seu exercício.

A Direcção dos Serviços Farmacêuticos é confiada ao técnico superior de saúde farmacêutico, ao qual cabe a coordenação e representação do serviço junto do Conselho de Administração e nos Serviços de Patologia Clínica, a Lei de Gestão Hospitalar de 2003, já prevê a atribuição da Direcção de Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico a profissionais não médicos, possibilitando assim a nomeação de Farmacêuticos Especialistas em Análises Clínicas para a Direcção dos mesmos.

Na Farmácia Hospitalar, o seu perfil profissional orienta-o para o exercício em áreas profissionais específicas, preconizadas a nível mundial como sendo parte integrante do exercício farmacêutico hospitalar: organização e gestão, distribuição e informação, farmacotecnia, controlo de qualidade, farmacovigilância, ensaios clínicos em meio hospitalar, farmacocinética, radiofarmácia, actividades complementares da designada farmácia clínica e cuidados farmacêuticos.

A criação da Especialidade em Farmácia Hospitalar no seio da Ordem dos Farmacêuticos e o conseqüente aparecimento do seu Colégio da Especialidade, dando cumprimento a uma recomendação da União Europeia, veio confirmar a importância do farmacêutico nesta área de exercício profissional.

No mesmo sentido o Colégio de Especialidade em Análises Clínicas da Ordem dos Farmacêuticos, tem vindo a orientar a formação destes especialistas de acordo com as mais actuais recomendações internacionais.

A presença dos farmacêuticos nos hospitais portugueses, é conhecida de há longa data, mas a década de 50 constitui um marco histórico para a Farmácia Hospitalar em Portugal. Três farmacêuticos hospitalares, de reconhecido mérito, lideraram o processo de definição dos objectivos da Farmácia Hospitalar. São os primeiros profissionais que se preocupam com a formação, promovendo reuniões de carácter alargado.

É esta preocupação com a necessidade de actualização e adquirir conhecimentos, que torna determinante a presença do farmacêutico no Hospital, como elemento indispensável e insubstituível nos cuidados de saúde. É também nesta altura que se definem com mais rigor as estruturas da saúde, sendo criado o respectivo ministério (até então Secretaria de Estado), que integrava a Direcção Geral dos Hospitais.

Estes farmacêuticos hospitalares, têm a sabedoria de aproveitar a oportunidade de elaboração de um projecto de diploma que regulamente a actividade farmacêutica hospitalar, e que se concretiza com a publicação do DL 44204 de Fevereiro de 1962, através do Regulamento da Farmácia Hospitalar.

Considerado um documento inovador a nível europeu, este decreto contempla princípios relevantes para o futuro desta área de exercício profissional: estabelece a autonomia técnica dos Serviços Farmacêuticos (uma das conquistas mais importantes para o futuro deste grupo profissional que permitiu manter uma independência total relativamente aos seus pares na saúde); cria a carreira farmacêutica hospitalar e o internato farmacêutico, em paralelo com o internato médico; define as funções dos serviços; propõe a utilização do sistema do Formulário de Medicamentos e a existência das Comissões de Farmácia e Terapêutica e cria um Organismo Central Coordenado. Na área de actividade das Análises Clínicas foi criado, em 1959, o “Curso de Aperfeiçoamento em Análises Químico-Biológicas”, na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto e, mais tarde, cursos idênticos também em Lisboa (1970) e Coimbra (1974).

As revisões dos currículos académicos que se têm registado desde aí, nomeadamente as resultantes da harmonização das normas de formação profissional com as dos outros países da União Europeia, têm garantido a preparação universitária necessária para que o farmacêutico continue a exercer a sua actividade nas Análises Clínicas.

Existem hoje nas Faculdades de Farmácia do Porto e Lisboa “Cursos de Especialização de pós-licenciatura em Análises Clínicas” e Mestrados em Análises Clínicas que vieram “substituir” os cursos de aperfeiçoamento iniciados em 1959, no Porto.

Em 1968 (DL 48357) são criadas as carreiras farmacêuticas. O DL 275/71 equipara a carreira farmacêutica à carreira médica, o que vem reforçar a importância deste grupo profissional, na área da saúde. O DL 414/71 de 27 de Setembro estabelece o regime legal das carreiras profissionais para os funcionários do Ministério da Saúde, estruturando-as e hierarquizando-as. O DL 414/91 passa a incluir os farmacêuticos hospitalares na carreira técnico superior de saúde, integrando-os nos corpos especiais.

Em 1999, com o DL 501, o perfil profissional do farmacêutico hospitalar é alargado, incluindo-se nesta área de actividade a responsabilidade da Radiofarmácia.

Evolução da intervenção farmacêutica hospitalar

A evolução na intervenção farmacêutica hospitalar, estabelece-se em paralelo com a revolução tecnológica iniciada nos anos 60. Até então, a indústria farmacêutica era praticamente inexistente, e a utilização de medicamentos dependia quase exclusivamente da produção hospitalar.

Nas décadas de 50 e 60, apesar de muito débil, o sistema de saúde contava já com hospitais importantes nos grandes centros urbanos, garantindo cobertura a cerca de 20% da população portuguesa.

Contudo, surgem novos conceitos relacionados com os métodos de produção de medicamentos. Aparece a Biofarmácia ou Biogalénica e sabe-se que o processo de fabrico pode influenciar a actividade farmacológica do medicamento. Os farmacêuticos hospitalares, conscientes das suas responsabilidades, começam a questionar-se sobre a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos preparados em larga escala nos hospitais.

Entretanto, constata-se a implantação e desenvolvimento da indústria farmacêutica em Portugal. A produção hospitalar, que não consegue acompanhar este ritmo acelerado, vê as suas instalações e equipamentos tornarem-se obsoletos, e a produção dos seus lotes economicamente inviáveis. Surgem os novos fármacos, que sendo cada vez mais eficazes, são também mais tóxicos. Começa uma nova era com o virar da página da história da farmácia hospitalar.

O farmacêutico hospitalar começa a ser solicitado para prestar informação sobre as implicações que as características específicas destes novos medicamentos podem ter sobre o perfil clínico dos doentes. Surge uma nova forma de estar na profissão, que se designará por Farmácia Clínica. O desenvolvimento deste conceito, iniciado nos Estados Unidos e no Canadá, rapidamente chega à Europa e naturalmente a Portugal. Fica na história da farmácia hospitalar a frase “ao doente certo, o medicamento certo”, que reflecte toda uma preocupação crescente com a qualidade e a segurança. O medicamento passa a ser orientado para o doente.

Em Portugal os farmacêuticos hospitalares respondem às novas exigências e, mantendo uma atitude interventiva e francamente positiva, assumem, uma vez mais, novas responsabilidades. Está-lhes reservada a missão de integrar, na sua plenitude, a equipa pluridisciplinar de saúde, cumprindo o seu exercício integrado num novo conceito - “Cuidados Farmacêuticos” - que visa a promoção da melhoria da qualidade de vida dos doentes. A par da evolução tecnológica, os novos conceitos de gestão e de mercado e, a crescente agressividade do marketing, obrigam a exigências de adaptação a novas realidades, a que os farmacêuticos hospitalares procuram dar a resposta positiva que deles se espera.

Assim, ao farmacêutico hospitalar com responsabilidades de direcção e coordenação de serviços, passa a ser exigida uma formação mais diferenciada ao nível da organização e gestão serviços, que lhe permita gerir eficazmente os recursos humanos e económicos de que dispõe.

Também ao nível da distribuição de medicamentos, tem surgido a necessidade de adaptação a novos conceitos de trabalho. Utilizando as novas tecnologias, reduz-se a possibilidade de erros de medicação, garante-se qualidade, rentabiliza-se os recursos humanos, reduz-se o capital imobilizado, e melhora-se a eficácia.

Por confronto com os métodos clássicos de distribuição de medicamentos, vê-se surgir nos hospitais portugueses, a distribuição individual diária em dose unitária associada à prescrição informatizada, permitindo um rápido acesso ao perfil terapêutico do doente, uma mais adequada intervenção farmacêutica, utilizando equipamentos semi-robotizados que preparam a medicação para cada doente.

Estas novas tecnologias, melhoram não só a eficácia dos sistemas de distribuição, mas também a função de informação.

Ao nível da Análises Clínicas também mudou o seu paradigma de actuação.

Os laboratórios onde prevaleciam métodos químicos manuais evoluíram rapidamente para estruturas complexas, onde se recorre a uma multiplicidade de tecnologias e metodologias analíticas, nomeadamente áreas como a citogenética, biologia molecular, citometria de fluxo utilizadas no diagnóstico, estadiamento e reavaliação de doenças do foro oncológico.

Uma crescente atenção tem sido dada à fase pré-analítica onde se acredita estar a principal fonte de erros laboratoriais. É essencial o papel do farmacêutico na correcta preparação dos doentes e dos processos de obtenção de amostras bem como na racionalização dos pedidos de exames analíticos aconselhando a prescrição a montante do laboratório. A formação do farmacêutico, equilibrada entre as vertentes clínicas e das ciências básicas tem constituído uma mais-valia estabelecendo a ponte com o clínico para o estabelecimento da prescrição mais correcta.

Áreas diferenciadas de intervenção

Num significativo número de hospitais, o farmacêutico acompanha a visita médica, integrando um grupo pluridisciplinar que engloba também, e por sistema, enfermeiros, fisiatras, assistentes sociais e outros. Esta aproximação permite influenciar, de forma positiva, o perfil de prescrição e colaborar na detecção de interações.

Neste contexto, a participação dos farmacêuticos hospitalares, colaborando na detecção e notificação das reacções adversas no âmbito do Sistema Nacional de Farmacovigilância, segue o percurso inevitável.

A preparação centralizada de misturas intravenosas para nutrição parentérica, assume hoje particular importância na sua aplicação pediátrica, grupo para o qual a Indústria farmacêutica ainda não conseguiu a resposta necessária. Tão importante como a sua preparação, é hoje a intervenção farmacêutica na área da nutrição clínica (avaliação nutricional e adequação dos esquemas de nutrição às necessidades e situação clínica dos doentes, e prevenção das complicações), não só em meio hospitalar, mas também no doente em ambulatório.

A sua integração em Comissões de Nutrição Artificial nos hospitais é um dado adquirido. As farmácias hospitalares assumem também a preparação centralizada de citotóxicos, com as vantagens inerentes. Em quase todos os hospitais é comum a designação de um farmacêutico como responsável pelo Hospital de Dia de Oncologia.

Associada a esta prática, outra surgiu inevitavelmente, hoje, o controlo adequado da dor crónica, é parte fundamental dos cuidados a prestar ao doente. Assim, surge também o farmacêutico responsável pela Consulta da Dor. A monitorização da terapêutica através das concentrações séricas dos fármacos, é rotina de trabalho num número já significativo de hospitais. A Farmacocinética aplicada à clínica é hoje um instrumento de trabalho, considerado imprescindível, pelos médicos que já tiveram a oportunidade de a utilizar através dos farmacêuticos que a colocaram ao serviço da clínica.

E os farmacêuticos hospitalares vão-se diferenciando cada vez mais e intervindo eficazmente em novas áreas. A radiofarmácia, começa a dar os seus passos e, terá inevitavelmente uma importância vital para o exercício farmacêutico hospitalar. Todas estas actividades pressupõem a existência de Serviços de Informação de Medicamentos.

Aqui, o farmacêutico assume a função de avaliar a bibliografia, veiculando informação isenta e segura, que em muitas situações se destina a uma situação clínica concreta. Também aqui se tira partido das novas tecnologias de informação e em muitos hospitais é vulgar a existência de bases de dados como ferramentas normais de trabalho.

Salienta-se ainda a importância dos farmacêuticos na vida e dinâmica dos hospitais, pelo contributo e intervenção importantes que desempenham, com a participação em diferentes tipos de Comissões – Farmácia e Terapêutica, Ética, Controlo de Infecção Hospitalar, Garantia de Qualidade, Antibióticos, Nutrição Artificial e outros grupos de trabalho pluridisciplinares -, através dos quais têm possibilidade de reafirmar o seu contributo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados ao doente.

Esta evolução na actividade farmacêutica hospitalar e o dinamismo que a maioria tem implementado ao seu exercício, reflecte-se na crescente publicação de trabalhos. Os farmacêuticos hospitalares têm prestigiado Portugal, através da organização e participação em eventos científicos nacionais e internacionais, a que se têm proposto com trabalhos (de reconhecido mérito), que representam e são o resultado da sua cada vez maior exigência profissional, contributo precioso para o desenvolvimento e intercâmbio científico.

Cabe ainda aos farmacêuticos hospitalares acção importante na complementaridade da formação dada pelas Faculdades de Farmácia, através dos estágios de pré-licenciatura, bem como de estágios de licenciatura. Para além destas, assumem também a sua parte de responsabilidade nas acções de formação, não só dos seus colegas como também de outros profissionais de saúde.

A antevisão da utilização de áreas como a genómica, proteómica, farmacogenómica entre outras faz antever que os farmacêuticos continuem a ter um papel de charneira entre os especialistas do laboratório clínico.

A Qualidade

Hoje, a Qualidade é uma exigência em qualquer profissão, a nível hospitalar, publicaram-se as “Normas de Boa Prática em Farmácia Hospitalar”, documento orientador, que o Colégio de Farmácia Hospitalar da Ordem dos Farmacêuticos actualiza e adequa às novas realidades.

Os sistemas de Acreditação Hospitalares mais comuns: “*Kings Fund*” e “*Joint Comission*” encontram na Farmácia Hospitalar um pilar transversal que valorizam nos seus sistemas sendo inclusivamente mais rigorosos que actuais normativos legais.

Na área das análises clínicas o cumprimento rigoroso em matéria de qualidade é mandatório, desde a formação, conforme estabelecido no *EC4 European Syllabus for Post-Graduate Training in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine: version 3 – 2005 do EC4 (European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine)* que serve de referência internacional para as diversas Sociedades Científicas dos Países da União Europeia, até aos procedimentos nas várias áreas científicas tão diversas como a química clínica, toxicologia clínica, monitorização de fármacos, endocrinologia, imunologia, genética, hematologia, bacteriologia clínica, virologia clínica, micologia clínica.

É ainda de realçar o importante papel como formadores em qualquer das suas áreas de intervenção. O farmacêutico actua a diferentes níveis na formação pré-graduada e pós graduada de todos os profissionais com quem se relaciona, médicos, técnicos superiores de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O futuro

As dificuldades de ordem estrutural e conjuntural que, ainda comprometem a consecução cabal das suas responsabilidades, estão perfeitamente identificadas.

Prendem-se com escassez de recursos humanos, (o número de farmacêuticos hospitalares é manifestamente insuficiente) e com a inadequação de instalações e equipamentos (sobretudo nos hospitais mais antigos, dado que nos mais recentes, os arquitectos já interiorizaram que o Serviço Farmacêutico tem exigências específicas, sendo necessário ouvir os seus profissionais).

O Programa de Reorganização da Farmácia Hospitalar, publicado em Diário da República (Resolução do Conselho de Ministros n.º 105/2000, de 11 de Agosto); a publicação do Manual da Farmácia Hospitalar, Ministério da Saúde, Março 2005; Despacho n.º 25811/2006 que cria o Grupo de Trabalho para o Programa do Medicamento Hospitalar e a sua implementação no terreno em Março de 2007, com um reforço de financiamento de 5 milhões de euros para 2009/2010 indiciam uma forte aposta neste grupo de profissionais que são responsáveis pela gestão da segunda rubrica de despesa nos hospitais (a seguir ao recursos humanos) e que representou em 2008-573 Milhões €.

O impacto da aposta no farmacêutico hospitalar e sua equipa teve como retorno o abrandamento do crescimento com a despesa hospitalar para metade (4.9% em 2008) o que representa uma poupança anual de cerca de 50 Milhões €.

A actual crise global que implica a diminuição do PIB nacional; o aumento do n.º de doentes com doença crónica (pelo envelhecimento da população e pela utilização de novos fármacos), a disponibilidade de meios complementares de diagnóstico e de tecnologias associadas aos cuidados de saúde cada vez mais caras, o diagnóstico precoce de um número cada vez maior de doenças, permite antever graves problemas na sustentabilidade do actual sistema de saúde. Para além de todas as medidas político-administrativas que se possam implementar (descidas de preços medicamentos, aumento participação do doente, reestruturação dos serviços hospitalares) a medida mais estruturante passa pela formação dos profissionais que serão chamados a fazer melhor com menos, num novo paradigma de utilização de recursos que passa pela optimização de todos os processos utilizados.

Na abordagem da terapêutica medicamentosa um nível de formação baixo implica a diminuição da capacidade crítica de integração da informação veiculada pela indústria farmacêutica implicando uma abordagem defensiva da medicina e a utilização da inovação em detrimento das abordagens mais clássicas e com mais evidência. Esta situação também é muito evidente ao nível das análises clínicas, onde a utilização abusiva de baterias de testes possibilita diagnósticos relativamente simples de uma forma rotineira e altamente onerosa.

O custo da inovação assume contornos incontroláveis se a sua utilização não for criteriosa. Nesse sentido existe uma corrente científica que associa todos os dados recentes associados ao genoma humano à biologia molecular e ao estudo dos mecanismos associados à doença (polimorfismos genéticos associados a determinada patologia), à resposta a determinados medicamentos, ou ao aumento da sua toxicidade, que permite translacionar conhecimentos de uma forma mais directa entre a investigação e a clínica, permitindo reduzir o percurso da fase de ensaios clínicos, optimizando a utilização das novas tecnologias.

Actualmente existem já diversos medicamentos utilizados em oncologia que pressupõem a determinação da expressão de determinadas proteínas por parte do doente e que implicam um aumento da probabilidade da resposta. Apesar de ainda incipiente, este será um caminho a trilhar que permitirá personalizar a terapêutica adaptando-a a cada doente e a cada patologia. Os avanços nesta área são muito rápidos e a informação disponibilizada é crescente.

Ao nível dos ensaios clínicos, cuja recente Lei nº 46/2004 de 19 de Agosto veio actualizar e regulamentar implica a obrigatória participação dos serviços farmacêuticos hospitalares no circuito do medicamento experimental. Em 2008 foram analisados mais de 500 ensaios clínicos aprovados por ano, envolvendo verbas mais de 20M€ e a possibilidade de acesso a terapêuticas inovadoras sem custos associados deverá ser aproveitada. Assiste-se actualmente a uma “deslocalização” de ensaios clínicos para a Índia e China, bem como para os países de Leste. Em Portugal grandes empresas como a Glaxo, estão a dissolver as suas equipas de ensaios clínicos, direccionando-se para outros países.

A possibilidade da diminuição do nº de interações e de reacções adversas a medicamentos (RAM), quer seja pela implementação de sistemas informáticos de controlo da prescrição e administração, quer pela reconciliação da terapêutica (continuidade entre terapêutica ambulatória e hospitalar), ou pela participação do farmacêutico na visita médica, permite uma economia substancial de recursos. Estes dados estão publicados e apontam para custos de cerca de 2 biliões de euros/ano no Reino Unido.

ANEXO II – Recomendações dos organismos/peritos auscultados

No decurso da análise das carreiras actuais dos TSS e dos TDT, foi auscultado um conjunto de organismos/especialistas, que deixaram as respectivas posições relativamente ao processo de revisão das carreiras referidas, das quais se destacam as seguintes:

Reunião realizada no dia 10 de Março:

Direcção Geral do Ensino Superior (DGES)

1. A DGES informou que a 1ª etapa do Processo de Bolonha está concluída, podendo todavia acolher posições do Sector da Saúde relativamente a percursos formativos futuros, atentas as necessidades de qualificações no domínio da saúde (ex: Licenciaturas para acesso a carreira dos TDT passam a 4 anos, mas com necessidade de futura reanálise e consolidação).
2. Foi reforçada a ideia de que incumbirá ao sector da saúde decidir sobre a relevância dos actuais perfis profissionais da saúde, e sobre a definição de uma ou mais carreiras para respectiva integração, assim como respectivos critérios de acesso. O Ensino Superior, de acordo com as actuais regras vigentes, assim providenciará as respostas formativas tidas por adequadas.
3. Foi providenciada informação sobre a criação de estruturas no ensino superior para reconhecimento de habilitações académicas dos profissionais da saúde que visem prosseguir os respectivos estudos com vista a obtenção de diferentes mas complementares qualificações.
4. Foi destacada a necessidade de se clarificarem perfis profissionais e de se reanalisarem qualificações, no sentido de uma maior adequação das mesmas às necessidades quer do Serviço Nacional de Saúde, quer do sector privado, assim como de uma maior clarificação de limites e complementaridades de intervenções destes profissionais em relação a outros de áreas afins.
5. O processo de acreditação dos cursos do ensino superior foi igualmente abordado, não obstante estar ainda na sua fase de instalação. O Ministério da

Saúde manifestou disponibilidade futura para participar no processo, nos termos legais em vigor.

6. Por último, sendo o Ministério da Ciência e Tecnologia e Ensino Superior um dos organismos indicados no Despacho n.º 7422/2009, de 12 de Março, de Sua Excelência a Sra. Ministra da Saúde, o mesmo, através da Direcção Geral do Ensino Superior, manifestou a total disponibilidade para colaborar durante o processo de revisão das carreiras em apreço.

No dia **2 de Abril** o Grupo de Trabalho recebeu dois especialistas no domínio da educação/ensino superior: **Prof. António Lopes e Prof. Pedro Lourtie**.

1. Chamam a atenção para as tendências de evolução das profissões (TSS e TDT) a nível europeu.
2. Fazem referência à possibilidade de algumas profissões poderem ser agregadas em “clusters” de acordo com os respectivos domínios de intervenção, desde que considerados afins, uma vez que permite, com maior facilidade, eventuais reformulações programáticas futuras.
3. Problematizam a questão da formação de base que permite aceder aos diferentes exercícios profissionais. Sobre esta matéria, fazem referência à “formação” completa dos TDT, dado tratar-se de uma qualificação de base (licenciatura) que habilita ao exercício da profissão. O mesmo já não acontece no que diz respeito à qualificação de base dos TSS.
4. Sobre as profissões da carreira dos TSS recomendam a análise aprofundada de cada uma das realidades.
5. Alertam para a existência de profissões regulamentadas da saúde que não têm correspondência directa as profissões regulamentadas a nível europeu, o que pode dificultar a mobilidade no espaço europeu (ex: técnico de radioterapia, técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica).
6. Manifestaram o respectivo desagrado relativamente à possibilidade de se criarem CET’s (cursos de especialização tecnológica – nível IV), em algumas áreas relacionadas com as profissões das carreiras dos TDT ou TSS, que, a verificar-se, consideram ser um total retrocesso.

7. Recomendam uma articulação estreita com o ensino superior de modo a adequar a oferta formativa existente às necessidades do sector da saúde.

Nos dias **17 e 20 de Abril** o grupo de trabalho reuniu com os seguintes organismos:

Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde (SCTS)

1. Propõem que, até à entrada em vigor da nova carreira, seja aplicado, integralmente, o modelo de avaliação constante do Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro, devendo, para tal, serem dadas orientações aos serviços, no sentido de harmonizar os respectivos procedimentos na avaliação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica.
2. Sugerem que se proceda à revisão da carreira dos TDT no sentido da fusão desta com a carreira dos TSS, através da assimilação de algumas das suas áreas, uma vez que, não obstante se tratarem de níveis de ensino distintos (politécnico e universitário, respectivamente), as competências de saída são já bastante aproximadas. Referem a título exemplificativo, o caso dos domínios das análises clínicas, farmácia, dietética, nutrição, ortóptica, optometria, entre outros.
3. Contestam peremptoriamente o acesso à carreira dos TSS com base apenas na realização de um estágio de carácter profissionalizante, que, na respectiva opinião, contraria os princípios do processo de Bolonha.
4. Propõem que se eleja a titulação profissional (única) como instrumento disciplinador do reconhecimento da classificação do estatuto de profissional de saúde, habilitador para a prestação de cuidados de saúde nas respectivas áreas profissionais.
5. Recomendam, também, que se avaliem as propostas do SCTS sobre a criação de um sistema de créditos de formação ao longo da vida, na dupla perspectiva dos princípios do Processo de Bolonha para o ensino não formal, bem como da sua aplicabilidade ao nível da avaliação do mérito dos profissionais.
6. Sugerem, ainda, que a formação seja centrada no princípio da adaptação aos perfis dos postos de trabalho, produzindo-se as transformações tidas por adequadas, sob a tutela do Ministério da Saúde.

7. Questionam a possibilidade de um mestrado na área da terapia da fala poder conferir igual titulação à obtida na sequência de conclusão de Licenciatura em Terapia da Fala conferida por Ensino Politécnico.
8. Alertam para as contratações alegadamente ilegais realizadas por parte de organismos do SNS de licenciados sem grau de especialista habilitante ao exercício da função de técnico superior de saúde.
9. A propósito da revisão da carreira dos TDT propõem que a mesma seja suficientemente flexível de modo a possibilitar o desenvolvimento de outras análises/estudos que nesta fase não foi possível considerar, como por exemplo, a necessária redefinição dos actuais perfis profissionais (ex: área laboratorial), assim como, a análise dos novos contextos organizacionais decorrentes das reformas do SNS (ex: reconfiguração dos serviços de saúde primários).
10. Defendem a titulação profissional única e a devida regulamentação das profissões da área da saúde.
11. Propõem, por último, que o prazo para a conclusão dos trabalhos em curso seja o final do primeiro semestre de 2009.

Sindicato dos Farmacêuticos

1. Entende que as características de exercício profissional das áreas onde se posicionam os farmacêuticos, são diversas das dos restantes ramos da carreira.
2. Destacam percurso de formação dos farmacêuticos hospitalares e analistas clínicos quando comparado com o de outros técnicos superiores de saúde e profissões TDT.
3. Relevam formação académica universitária (5 anos) dos farmacêuticos, conducente a um Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (ciclo único), complementada por uma formação pós-graduada de 3 anos (Farmácia Hospitalar e Genética) e 4 anos (Análises Clínicas), num total de 8 ou 9 anos de formação, respectivamente.
4. Fazem referência à disparidade entre base formativa dos TDT e TSS, estes últimos com formação académica e pós-graduada de 3 anos conducente a uma licenciatura complementada por uma formação pós-graduada de 3 ou 4 anos no total de 6 ou 7 anos consoante o ramo e os TDT tem uma formação académica do ensino politécnico de 3 anos mais 1 de estágio no total de 4 anos.

5. Informam que recomendações dos organismos internacionais, quer na área das análises clínicas, quer na área da farmácia hospitalar recomendam períodos de formação pós-graduada mínimos:
 - i. O Comité Consultivo para a Formação de Farmacêuticos da União Europeia (EU) recomenda que a duração da especialização seja de, pelo menos, 3 anos, de modo a assegurar uma formação de elevado nível e comparável na EU.
 - ii. O *EC4 – European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*) recomenda um total de 9 anos entre formação Universitária e formação pós-graduada.
6. Destacam o facto da atribuição de títulos de especialidade nestas áreas científicas estar legalmente atribuída à Ordem dos Farmacêuticos.
7. Fazem referência ao conteúdo do Despacho Normativo n.º 29/2005 que reconhece, desde logo, as Especialidades em Farmácia Hospitalar, Análises Clínicas e Genética Humana conferidas pela Ordem dos Farmacêuticos, como habilitação profissional suficiente para integrar a Carreira Farmacêutica com estas Especialidades, que seria criada no âmbito do ACT dos hospitais SA.
8. Recomendam a criação de uma carreira farmacêutica com as especialidades em Farmácia Hospitalar, Análises Clínicas e Genética Humana, com titulação única pela Ordem dos Farmacêuticos e Ministério da Saúde.
9. Recomendam, ainda, que, relativamente à formação pós graduada, se proceda à articulação da mesma entre a Ordem dos Farmacêuticos, Ministério da Saúde e Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, à semelhança do que acontece em outros Países da União Europeia.

Ordem dos farmacêuticos

1. Destacam o facto de conferirem grau de especialista, independente do grau atribuído pelo Ministério da Saúde);
2. Esclarecem sobre evolução da profissão, destacando enquadramento legal nacional e comunitário;
3. Caracterizam as particularidades e especificidades (distintivas) inerentes à formação superior universitária;

4. Rejeitam a ideia de fusão das carreiras, relevando a distinção entre a formação universitária proposta para os farmacêuticos (mestrado integrado) e o ensino politécnico, assim como a obrigatoriedade de realização do estágio da especialidade;
5. Evidenciam, através de demonstração da realidade europeia através de testemunho da especialista francesa Dra. Simone Zerrah (coordenadora do programa de reestruturação das carreiras em França e representante na União Europeia), que explicou a estruturação e organização das carreiras de farmacêutico e de analista clínico no sistema europeu, ao abrigo do EC4, no qual a formação universitária é indispensável, aliada a um estágio de especialidade, sendo a formação total nunca inferior a 9 anos;
6. Pretendem a criação de uma carreira autónoma para a farmácia (que por duas vezes esteve na eminência de o ser), fundamentada no seu percurso histórico e nas suas especificidades, comparável à carreira médica;
7. Referem a Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005: reconhecimento das qualificações profissionais relativas às profissões de enfermeiro, farmacêutico, médico, dentista, veterinário parteira e arquitecto.
8. Alertam para o disposto no Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março: formação mais longa dos farmacêuticos que é objecto de normas comunitárias de coordenação das condições mínimas de formação.
9. Destacam definição de acto farmacêutico (Decreto-Lei n.º288/2001, de 10 de Novembro, actualizado pelo Decreto-Lei nº134/2005 de 16 de Agosto) e profissão autónoma (como médicos, enfermeiros...).

Associação Portuguesa dos Nutricionistas

1. Defendem a manutenção da actual carreira do corpo especial dos TSS ou a criação de outra carreira especial na saúde, assim como a manutenção do estágio de carácter profissionalizante.
2. Destacam recomendações concretas para a aquisição de competências na área da Nutrição Clínica e Nutrição Comunitária, aspectos a considerar no âmbito da actual reforma imposta por Bolonha.

3. Destacam a urgência da promoção da saúde e a prevenção da doença através da alimentação. Para tal recomendam intervenção nesta área em articulação com outros profissionais, inseridos ou não no sector da saúde.
4. Contestam a eventual fusão das carreiras alertando para a eventual perda de qualidade na prestação de cuidados no domínio da nutrição.
5. Fazem referência, por último, ao projecto de criação da Ordem dos Nutricionistas, o qual obteve, face a argumentos invocados, parecer favorável do constitucionalista Prof. Vital Moreira.

Conselho de Coordenação de Estágios (TSS) – Ramo de Laboratório

1. Destacam o facto de os meios complementares de diagnóstico e terapêutica constituírem, actualmente, um núcleo central da prestação de cuidados de saúde às populações em geral.
2. Recomendam, assim, que a reestruturação das carreiras em curso, garanta as condições de formação adequadas, quer em matéria de conteúdos mínimos obrigatórios, quer em termos de duração da formação especializada, neste último caso, sem prejuízo do cumprimento das orientações emanadas por organismos europeus competentes na matéria. Tal facilitará quer a livre circulação dos profissionais no espaço europeu, quer a garantia da qualidade das intervenções dos mesmos.
3. Propõem, assim, um primeiro ciclo de formação (licenciatura), seguido de uma formação pós-graduada (mestrado), nos termos já previstos e reconhecidos pelas autoridades europeias na matéria.
4. Referem a urgência de uma redefinição dos vários perfis profissionais/qualificações já existentes, com vista a delimitar com clareza intervenções profissionais.
5. Defendem a manutenção do estágio de carácter profissionalizante, entendido como necessário ao bom desempenho profissional dos técnicos do ramo de Laboratório.

6. Chamam a atenção para o trabalho comunitário em curso sobre a matéria (trabalho desenvolvido pelo “*European Communities Confederation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine – EC4*”, que vem estabelecer os critérios para a atribuição do título de especialista no espaço europeu (pelo menos 9 anos de qualificação). Destacam igualmente a legislação espanhola relativa a este domínio técnico (Real Decreto
7. Defendem que a intervenção no campo das análises clínicas deve ser permitida apenas com formação pós-graduada.
8. Alertam para a alegada falta de qualidade do ensino superior (de base) ministrado em algumas escolas públicas, que põem em causa a eficaz aquisição e desenvolvimento de competências aquando da realização da formação especializada.

Conselho de Coordenação de Estágios (TSS) - Ramo de Nutrição

1. Destacam o facto do ensino politécnico e universitário ser substancialmente distinto, quer em termos de conteúdos programáticos quer em termos de qualificação de pessoal docente.
2. Defendem a manutenção do estágio de especialidade.
3. Informam que existe uma Faculdade de Nutrição, que apresenta oferta específica na área da dietética.
4. Defendem a criação da Ordem dos Nutricionistas na medida em que pode contribuir para a regulação da profissão.
5. Informa que programa de nutrição de Portugal é referência para alguns países da Europa.
6. Referem que uma vez adquirida formação equiparável torna-se possível enquadrar ambos os profissionais (técnico de dietética e nutricionista) do mesmo modo.

Conselho de Coordenação de Estágios (TSS) – Ramo de Física Hospitalar

1. Destacam o facto de se tratar de uma profissão já contemplada na Directiva Comunitária 2005/36/CE, de 7 de Setembro.
2. Propõem a criação de uma entidade (p.ex: Comissão de Avaliação da Especialidade) como órgão consultor da ACSS, I.P. para todas as questões respeitantes ao processo formativo e exercício profissional.
3. Recomendam a realização de protocolos com diversas instituições pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde com o objectivo de garantir um período de formação pré-carreira (internato) de acordo com um programa que assegure ao futuro especialista um nível elevado de competência dentro da sua especialidade.
4. Propõem como requisitos de acesso ao processo formativo (leia-se estágio profissionalizante): formação universitária em Física ou Eng^a Física com duração de 5 anos (Licenciatura + Mestrado – integrado ou não – com duração aproximada de 300 ECTS) ou cursos universitários equivalentes com forte componente em física e matemática e exame de ingresso. Destacam a posição da EFOMP sobre a matéria, organismo europeu que visa actualmente harmonizar o exercício do Físico Médico na UE.
5. Defendem a definição de critérios de avaliação das capacidades e idoneidades formativas, quer ao nível público quer privado, visando a acreditação das Instituições nas quais se formam os internos.
6. Propõe, igualmente, a definição das competências e creditação dos orientadores responsáveis pela formação especializada, os quais, para além da experiência e competência comprovada na área profissional, devem possuir capacidades pedagógicas.
7. Sustentam que, de acordo com as normas definidas a nível europeu a duração da formação especializada não poderá ser inferior a 2 anos.
8. Propõem, também, que sejam considerados graus de doutoramento e estudos pós-graduados em sede de equiparação parcial do programa de especialidade, a validar pela ACSS, I.P.

9. Defendem a realização de formação profissional contínua, de carácter obrigatório, com recurso a um sistema de créditos ou outro reconhecido internacionalmente.
10. Sugerem, ainda, a criação de um Registo Nacional de Físicos Médicos Qualificados e de mecanismos que impeçam o exercício não qualificado da profissão.
11. Propõem, por último, a alteração da designação de Física Hospitalar para Física Médica.

Conselho de Coordenação de Estágios – Ramo de Farmácia

1. Reiteram a posição da Ordem dos Farmacêuticos de criação de uma carreira autónoma dadas as especificidades da profissão, assim como as tendências europeias sobre a matéria.
2. Destacam a importância da formação especializada, que deverá seguir as orientações europeias: 3 anos de estágio. Comparam com realidade espanhola de maior exigência no que diz respeito à formação especializada.
3. Apresentam proposta de revisão do actual programa de estágio, não em termos de duração mas relativamente a melhoria de conteúdos e condições de formação.

Conselho de Coordenação de Estágios - Ramo de Genética

1. Propõem a criação de uma Comissão de Avaliação de Especialidade, como órgão consultor do Ministério da Saúde.
2. Recomendam o estabelecimento de protocolos com diversas instituições pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde com o objectivo de garantir um período de formação pré-carreira (internato) de acordo com um programa que assegura ao futuro especialista um nível elevado de competências dentro da sua especialidade.
3. Sugerem ainda que sejam considerados os seguintes requisitos de acesso à formação especializada:
 - i. grau de licenciatura pré-Bolonha (1.º ciclo de estudos) em Biologia ou Biologia Aplicada, Ciências Farmacêuticas, Bioquímica (e outros cursos

universitários que incluam formação científica de base em biologia celular, bioquímica e genética).

- ii. mestrado nas mesmas áreas ou afins para aqueles que completam a sua formação universitária após a reforma de Bolonha (2.º ciclo de estudos).
4. Solicitam abertura anual de concursos para frequência de formação especializada com a duração de 4 anos.
5. Propõem também o reconhecimento de estudos pós-graduados para efeitos de equivalência a valências formativas do programa da especialidade, assim como reconhecimento de conhecimentos adquiridos pela via da experiência profissional.
6. Recomendam a identificação de critérios de avaliação das capacidades e idoneidades formativas (para organismos públicos e privados).
7. Por último, destacam a importância da atribuição de titulação única (título de especialista), assim como a implementação de mecanismos que impeçam o exercício não qualificado da profissão.

Conselho de Coordenação de Estágios – Ramo de Engenharia Sanitária

1. Propõem que a autorização do exercício profissional seja precedida de emissão de cédula profissional, susceptível de renovação através de formação contínua.
2. Sugerem que o actual estágio de especialidade passe a designar-se por internato complementar, à semelhança da carreira médica.
3. Fazem referência ao processo de reestruturação dos Serviços do Ministério da Saúde, designadamente no que diz respeito ao domínio da Saúde Pública, no qual se inserem, e manifestam reserva relativamente à forma como os Engenheiros Sanitaristas são enquadrados nos serviços locais de saúde, dada a autonomia actual na criação, a nível local, de modelos específicos e diferenciados no domínio da Saúde Pública. Informam, a este propósito, sobre as dificuldades sentidas na aplicação das recomendações internacionais da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia.
4. Esclarecem sobre especificidades de contextos de trabalho e contributo que os Engenheiros Sanitaristas aportam, actualmente, ao domínio da Saúde Pública.
5. Destacam o contributo desta profissão no âmbito dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde, no domínio da Saúde Pública, designadamente

no âmbito dos novos agrupamentos de organismos públicos de saúde de carácter regional (ACES e hospitais de referência), no trabalho a efectuar em articulação directa com os laboratórios de Saúde Pública.

6. Subscrevem a ideia de se passar a exigir um 2.º ciclo para acesso à formação especializada, com vista a suprir eventuais lacunas na respectiva formação de base, bem como poder vir a ser autorizada a sua inscrição na Ordem dos Engenheiros.
7. Rejeitam a eventual proposta de fusão da carreira dos TDT e TSS pela alegada diferença que existe entre as competências dos técnicos especializados em Engenharia Sanitária (TSS) e as detidas pelos Técnicos de Saúde Ambiental (TDT).

No dia **6 e 7 de Maio** o grupo de trabalho deu continuidade às auscultações de actores externos, tendo os organismos auscultados deixado as seguintes sugestões/recomendações:

Conselho de Coordenação de Estágios (TSS) - Ramo de Psicologia Clínica Ordem dos Psicólogos

1. Defendem que o ingresso em determinada formação especializada seja precedido de uma formação de base adequada, minimamente enquadrada nos referenciais de qualificações europeus.
2. Recomendam uma articulação eficaz entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em matéria de definição dos termos programáticos para o 2º ciclo de estudos, necessário ao ingresso na formação especializada.
3. Sugerem maior celeridade dos processos concursais para ingresso na formação especializada.
4. Fazem referência ao papel da recém-criada Ordem dos Psicólogos no sentido da regulação da profissão.
5. Propõem criação de processo de equiparação progressiva à formação especializada actual, através da definição prévia de critérios para o reconhecimento da prática profissional.

6. Recomendam a revisão dos critérios de idoneidade das instituições candidatas a lugares de estágio da especialidade, destacando a importância da credenciação dos orientadores de formação.
7. Defendem o reconhecimento de idoneidade formativa a organismos de saúde privados.
8. Destacam as recomendações europeias sobre a matéria, designadamente as constantes no Diploma Europeu de Psicologia – DEP, na Directiva Comunitária 2005/36/CE, de 7 de Setembro.
9. Informam sobre exigência de estágio profissionalizante noutros estados da UE.
10. Defendem que, conforme práticas internacionais, trata-se de uma profissão com exigências claras de estágio profissionalizante, sendo que o nível de qualificação de base para acesso à formação prática, é, em alguns países (ex: EUA e Canadá) é já o grau de doutoramento.
11. Propõem, por último:
 - i. A reestruturação do processo de estágios em módulos formativos de modo a facilitar futuros processos de equiparação a estágio de especialidade.
 - ii. A revisão do processo de colocação dos candidatos a estágio de especialidade.
 - iii. A revisão das condições de funcionamento do Conselho de estágios.
 - iv. A Articulação com a Ordem dos Psicólogos para o reconhecimento desta especialidade.

Sindicato dos Técnicos do Estado (STE)

1. Defendem a manutenção da carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, na qual apenas podem aceder técnicos com elevada qualificação.
2. Defendem regras de exercício profissional idênticas para os sectores público e privado.
3. Propõem que a carreira do TSS seja bi-categorial (especialista e consultor), com concursos regulados por lei especial e eventual adaptação ao actual regime de SIADAP.

4. Admitem a possibilidade de outros técnicos superiores de outras carreiras poderem vir a aceder à carreira dos TSS desde que cumpridos os respectivos requisitos de acesso.
5. Destacam a importância de se assegurar regimes de transição face ao eventual acréscimo de exigência no regime de acesso à formação profissionalizante e, conseqüentemente, acesso à carreira.
6. Propõe, por último, que o acto exclusivo especializado seja devidamente delimitado.

Ordem dos Biólogos

1. Propõem a manutenção e a valorização da carreira dos técnicos superiores de saúde.
2. Defendem a manutenção na carreira dos técnicos superiores de saúde, de todos os biólogos nela já colocados, sem necessidade de requalificação ou outro processo de equiparação.
3. Propõem também o reconhecimento dos títulos de especialidade em análises clínicas e em genética humana pela Ordem dos Biólogos como competências adquiridas para acesso à carreira de técnico superior de saúde, em paridade com outros profissionais.
4. Defendem a manutenção do estágio para aquisição de competência especializada em Laboratório e Genética, mantendo-se a formação em Biologia (grau de licenciatura pré-Bolonha em Biologia ou actual 1.º ciclo em Biologia) como condição de acesso ao mesmo, e que o estágio venha a ser efectuado, no futuro, em parceria ou em complementaridade entre instituições pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde e as Universidades Portuguesas, através de cursos especializados de 2.º ciclo (mestrados e pós-graduações) devidamente reconhecidos e acreditados pelo Ministério da Saúde.
5. Solicitam, por último, que se pondere, a criação do ramo de reprodução medicamente assistida no âmbito da carreira de técnicos superiores de saúde.

Sindicato dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (SINDITE)

1. Reclama o direito, até à entrada em vigor da nova Carreira Especial, de transição para a nova tabela remuneratória de Técnico Superior do novo regime em vigor, a partir de 1 de Janeiro de 2009, adoptando os novos níveis remuneratórios aí previstos para Licenciados e não Licenciados.
2. Solicita o descongelamento dos escalões na base da aquisição, através dos mecanismos da avaliação de desempenho existente, do somatório de 6 pontos referentes à classificação de “Satisfaz” de 2004 a 2007.
3. Seja autorizada a abertura de concursos para preenchimento de vagas existentes nos Hospitais e Serviços de Saúde.
4. Solicita a fusão da carreira dos TSS e dos TDT uma vez que entendem que a forma como ambas se constituem é actualmente fonte de “desmotivação” dos seus profissionais.
5. Rejeita a atribuição do título de especialização apenas com base na frequência de um estágio de carácter profissionalizante (ex: Biólogos).
6. Recomenda a atribuição de um único título profissional.
7. Entende que não deverá existir diferença entre uma licenciatura obtida no ensino politécnico e uma licenciatura obtida no ensino Universitário.
8. Chama a atenção para a formatação de determinados mestrados que conferem determinadas competências no domínio dos vários ramos dos TDT's. Questiona a possibilidade de os mesmos poderem vir a facilitar o acesso à carreira dos profissionais de diagnóstico de terapêutica.
9. Propõe a revisão/reformulação dos perfis profissionais em função dos perfis de trabalho.
10. Admitem que o acesso a uma determinada especialidade seja precedido de um mestrado.
11. Alerta para o facto do Ministério da Educação ministrar cursos profissionais com realização de estágios em áreas nas quais apenas os profissionais titulares de cédulas profissionais podem intervir.
12. Chama a atenção do Ministério da Saúde para o facto de apenas o SINDITE e o SCTS cumprirem os requisitos legais para representar os profissionais da Carreira de Diagnóstico e Terapêutica .

Faculdade de Psicomotricidade Humana

Não obstante não se enquadrar em qualquer uma das carreiras em análise, foi igualmente analisada a actividade de reabilitação psicomotora.

Trata-se de uma actividade exercida por diplomados pela Escola Superior de Motricidade Humana, que vêm requer o acesso à carreira dos TDT. Sobre esta matéria foi ouvida a Faculdade de Motricidade Humana.

1. Fazem referência à imposição do processo de Bolonha, designadamente a redução da carga horária dos cursos na área da psicomotricidade humana, no caso vertente, da licenciatura na área da reabilitação psicomotora, actualmente com 180 ECTS.
2. Chamam a atenção para a eventual perda de qualidade desta formação na medida em que perdeu a componente profissionalizante.
3. Solicitam, assim, a regulamentação da profissão de psicomotricidade humana, assim como a integração da mesma na carreira dos TDT, como forma de garantir a mínima qualidade e adequação desta qualificação.
4. Destacam o facto de se tratar de uma profissão regulamentada noutros países da UE.
5. Trata-se de uma actividade para a qual já se constituiu associação: Associação Portuguesa de Psicomotricidade.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS CONSULTADAS

(NORMATIVOS LEGAIS)

- Decreto-Lei n.º 288/2001, de 10 de Novembro, publicado no D.R n.º 261 série I-A
- Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho, publicado no D.R n.º 172 série I-A
- Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro, publicado no D.R n.º 60 série I-A
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R n.º 60 série I-A
- Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho, que altera o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, publicado no D.R n.º 121 série I.
- Despacho n.º 7287-A/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. II Série, de 31 de Março de 2006.
- Despacho n.º 7287-B, de 24 de Março, publicado no D.R. II Série, de 31 de Março de 2006.
- Despacho n.º 7287-C/2006, de 24 de Março, publicado no D.R. II Série, de 31 de Março de 2006.
- Lei n.º 38/2007, de 16 de Agosto, publicado no D.R n.º 157 série I .
- Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, publicado no D.R n.º 41 série I, 1º suplemento.
- Decreto-Lei n.º 369/2007, de 5 de Novembro, publicado no D.R n.º 212 série I.
- Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005.
- Decreto-Lei n.º 414/1991, de 22 de Outubro, publicado no D.R série I-A n.º 243
- Decreto-Lei n.º 564/1999, de 21 de Dezembro, publicado no D.R n.º 295 série I-A
- Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto, publicado no D.R n.º 167 série I
- Decreto-Lei n.º 217/1999, de 15 de Junho, publicado n.º 137 série I-A
- Decreto-Lei n.º 44204/62, de 22 de Fevereiro, publicado no D.R n.º 164 série I.
- Directiva Comunitária 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 105/2000, de 11 de Agosto, publicado no D.R n.º 185 série I-B
- Despacho n.º 25811/2006, de 20 de Dezembro, publicado no D.R n.º 243, série II'
- Portaria n.º 503/90, de 4 de Julho, publicado no D.R n.º 152 série I
- Portaria n.º 931/94, de 20 de Outubro, publicado no D.R n.º 243 série I-B
- Portaria n.º 191/97, de 20 de Março, publicado no D.R 67 série I-B

- Decreto-Lei n.º 14/91, de 22 de Outubro, publicado no D.R n.º 7 série I-A, de 9 de Outubro
- Portaria n.º 1360/2003, de 13 de Dezembro, publicado no D.R n.º 287 série I-B
- Portaria n.º 1102/2001, de 14 de Setembro, publicado no D.R n.º 214
- Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto, publicado no D.R n.º 182
- Decreto-Lei n.º 222/2008, de 17 de Novembro publicado no D.R n.º 223 série I
- Resolução de Conselho de Ministros n.º 129/2004, de 14 de Setembro, publicado no D.R n.º 217 série I-B
- Despacho n.º 906/2005, de 13 de Janeiro, publicado no D.R n.º 9 série II
- Decreto-Lei n.º 227/2008, de 25 Novembro, publicado no D.R 229 série I
- Decreto-Lei n.º 240/93, de 8 de Julho, publicado no D.R n.º 158 série I-A.
- Decreto-Lei n.º 241/94, de 22 de Setembro, publicado no D.R n.º 220 série I-A
- Decreto-Lei n.º 501/99, de 19 de Novembro, publicado no D.R n.º 270 série I-A
- Decreto-Lei n.º 38/2002, de 26 de Fevereiro, publicado no D.R n.º 48 série I-A
- Decreto-Lei n.º 564/99, 21 de Dezembro, publicado no D.R n.º 295 série I-A
- Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 Dezembro, publicado no D.R n.º 284 série I-A
- Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio, publicado no D.R n.º 103 série I
- Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de Dezembro, publicado no D.R n.º 233 série I
- Decreto-Lei n.º 261/93, de 24 de Julho, publicado no D.R n.º 172 série I-A
- Directiva 97/43 EURATOM, do Conselho, de 30 de Junho.
- Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de Agosto, publicado no D.R n.º 182 série I-A
- Decreto-Lei n.º 501/99, de 19 de Novembro, publicado no D.R n.º 270 série I-A
- Portaria n.º 1103/2001, de 14 de Setembro, publicado no D.R n.º 214 série I-A
- Portaria n.º 656/88, de 29 Setembro, publicado no D.R n.º 226 série I
- Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, publicado no D.R n.º 186 série I