



DIÁRIO

da Assembleia da República

XIII LEGISLATURA

4.ª SESSÃO LEGISLATIVA (2018-2019)

SUMÁRIO

Decretos da Assembleia da República (n.ºs 265 a 267/XIII): (a)

N.º 265/XIII — Cria o Observatório da Habitação, do Arrendamento e da Reabilitação Urbana para acompanhamento do mercado de arrendamento urbano nacional.

N.º 266/XIII — Medidas destinadas a corrigir situações de desequilíbrio entre arrendatários e senhorios, a reforçar a segurança e a estabilidade do arrendamento urbano e a proteger arrendatários em situação de especial fragilidade.

N.º 267/XIII — Proíbe e pune o assédio no arrendamento, procedendo à quinta alteração ao Novo Regime do Arrendamento Urbano, aprovado pela Lei n.º 6/2006, de 27 de fevereiro.

Resolução: (a)

- Deslocação do Presidente da República ao Panamá.
- Eleição para o Conselho Superior de Segurança do Ciberespaço.
- Eleição de um membro para o Conselho Superior de Segurança Interna.
- Eleição de um membro para o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.

Projetos de Lei (n.ºs 1071 a 1074/XIII/4.ª):

N.º 1071/XIII/4.ª (CDS-PP) — Alarga o prazo de reclamação ou impugnação do IMI — Altera o artigo 129.º do Código do

Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

N.º 1072/XIII/4.ª (CDS-PP) — Altera o artigo 11.º-A do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

N.º 1073/XIII/4.ª (PAN) — Regulamenta a profissão de Técnico Auxiliar de Saúde.

N.º 1074/XIII/4.ª (CDS-PP) — Possibilita o pagamento do IMI em prestações para prédios em compropriedade, relativamente aos cônjuges não separados judicialmente de pessoas e bens ou unidos de facto, procedendo à alteração do artigo 120.º do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

Projetos de Resolução (n.ºs 1939 a 1942/XIII/4.ª):

N.º 1939/XIII/4.ª (PS) — Programa Nacional de Investimentos 2030.

N.º 1940/XIII/4.ª (PAN) — Recomenda ao Governo a adoção de medidas que visem a redução do risco rodoviário sobre os utilizadores de bicicleta.

N.º 1941/XIII/4.ª (PAN) — Recomenda ao Governo o reforço dos Cuidados Paliativos.

N.º 1942/XIII/4.ª (PAN) — Planeamento de recursos humanos no setor da saúde.

(a) Publicados em suplemento.

PROJETO DE LEI N.º 1071/XIII/4.^a**ALARGA O PRAZO DE RECLAMAÇÃO OU IMPUGNAÇÃO DO IMI – ALTERA O ARTIGO 129.º DO CÓDIGO DO IMPOSTO MUNICIPAL SOBRE IMÓVEIS, APROVADO PELO DECRETO-LEI N.º 287/2003, DE 12 DE NOVEMBRO****Exposição de motivos**

O artigo 166.º, alínea *h*), da Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (que aprovou o Orçamento do Estado para 2016) concedeu ao Governo uma autorização legislativa para proceder a alterações no âmbito do imposto municipal sobre imóveis, relacionada com a necessidade de ultrapassar dificuldades interpretativas que surgiram neste âmbito, designadamente, esclarecer a partir de que momento se contam os prazos definidos no artigo 129.º Código do Imposto Municipal sobre Imóveis (CIMI).

Tal norma, que veio a ser introduzida no ordenamento jurídico, através do Decreto-Lei n.º 41/2016, de 1 de agosto, estabelece que os prazos de reclamação e impugnação previstos no referido artigo 129.º do CIMI contam-se a partir do termo do prazo para pagamento voluntário da primeira ou única prestação do imposto.

O CDS-PP entende que, tal regra de contagem dos prazos para reclamação e impugnação, no âmbito do imposto municipal sobre imóveis, não protege convenientemente o contribuinte no caso de pagamento do referido imposto em prestações, sendo certo que a respetiva liquidação é efetivamente realizada na datas respeitante a cada prestação, podendo induzir o contribuinte em erro, caso não proceda à respetiva reclamação ou impugnação no prazo contado a partir da notificação para pagamento da primeira prestação.

Esta questão torna-se ainda mais preocupante, tendo em conta as alterações efetuadas ao artigo 120.º pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro (aprova o Orçamento do Estado para 2019), que irá alargar o número de contribuintes a proceder ao pagamento do referido imposto em prestações, nomeadamente em três prestações.

O estabelecimento dos necessários meios ou instrumentos legais de defesa dos particulares perante a administração tributária é um imperativo legal, devidamente assegurado na Constituição da República Portuguesa.

Assim, afigura-se urgente e necessário alterar a norma que estabelece a contagem do prazo para o contribuinte reclamar ou impugnar no que se refere ao imposto municipal sobre imóveis.

Para haver uma efetiva e real garantia do contribuinte perante o Estado, o CDS-PP apresenta agora a presente iniciativa no mesmo sentido, estabelecendo que o prazo para reclamação ou impugnação passa a contar-se a partir da última ou da única prestação.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do CDS-PP abaixo assinados apresentam o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente lei procede à alteração do artigo 129.º, do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

Artigo 2.º**Alteração ao Código do Imposto Municipal sobre Imóveis**

O artigo 129.º do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 129.º

[...]

- 1 –
- 2 – Os prazos de reclamação e de impugnação contam-se a partir do termo do prazo para pagamento

voluntário da última ou da única prestação do imposto.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação.

Palácio de São Bento, 9 de janeiro de 2019.

Os Deputados do CDS-PP: Cecília Meireles — João Pinho de Almeida — Ana Rita Bessa — Álvaro Castello-Branco — Nuno Magalhães — Assunção Cristas — Hélder Amaral — Telmo Correia — António Carlos Monteiro — Filipe Anacoreta Correia — Ilda Araújo Novo — Isabel Galriça Neto — João Gonçalves Pereira — João Rebelo — Patrícia Fonseca — Pedro Mota Soares — Teresa Caeiro — Vânia Dias da Silva.

PROJETO DE LEI N.º 1072/XIII/4.ª

ALTERA O ARTIGO 11.º-A DO CÓDIGO DO IMPOSTO MUNICIPAL SOBRE IMÓVEIS, APROVADO PELO DECRETO-LEI N.º 287/2003, DE 12 DE NOVEMBRO

Exposição de motivos

A Lei n.º 7-A/2016, de 30 de março (aprova o Orçamento do Estado para 2016), procedeu a uma alteração legislativa relativa à isenção do Imposto Municipal sobre Imóveis dos prédios rústicos e prédios ou parte de prédios urbanos destinados a habitação própria e permanente do sujeito passivo ou do seu agregado familiar, efetivamente afeto a tal fim, desde que o rendimento bruto total do agregado familiar não seja superior a 2,3 vezes o valor anual do IAS e o valor patrimonial tributário global da totalidade dos prédios rústicos e urbanos pertencentes ao agregado familiar não exceda 10 vezes o valor anual do IAS.

Com a entrada em vigor da nova disciplina legal, apenas podem beneficiar da referida isenção os prédios ou parte de prédios urbanos afetos à habitação própria e permanente do sujeito passivo ou do seu agregado familiar, onde esteja fixado o respetivo domicílio fiscal.

Atualmente, a lei prevê apenas uma exceção a esta regra, protegendo o sujeito passivo que se encontre a residir em lar de terceira idade, desde que faça prova de que o prédio ou parte de prédio urbano em causa antes constituía a sua habitação própria e permanente. Isto significa que os idosos que estejam na mesma situação mas que optem por ficar na casa dos filhos ou outros familiares em detrimento de um lar são penalizados não podendo continuar a usufruir de isenção IMI. Fora da previsão legal ficam outras situações que a lei deve proteger sob pena de estar a criar injustiças, tratando situações materialmente idênticas de forma desigual.

Assim, torna-se necessário acautelar outras situações de alteração de residência, como os idosos que vão residir para a casa dos seus filhos ou netos e pessoas com elevado grau de incapacidade que necessitem de ser institucionalizadas.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do CDS-PP abaixo assinados apresentam o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei procede à alteração do artigo 11.º-A, do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Código do Imposto Municipal sobre Imóveis

O artigo 11.º-A do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 11.º-A

[...]

- 1 –
 2 –
 3 –
 4 –
 5 –
 6 –
 7 –
 8 –

9 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, o sujeito passivo que, a 31 de dezembro do ano a que respeita o imposto, se encontre a residir em lar de terceira idade, **em instituição de saúde ou, caso o sujeito passivo tenha idade igual ou superior a 65 anos de idade, no domicílio fiscal de parentes e afins em linha reta e em linha colateral, até ao terceiro grau** pode beneficiar da isenção prevista no presente artigo, efetuando até aquela data prova, junto da Autoridade Tributária e Aduaneira, de que o prédio ou parte de prédio urbano em causa antes constituía a sua habitação própria e permanente.»

Artigo 3.º

Disposição transitória

1 – Os sujeitos passivos que, a 31 de dezembro de 2018, se enquadravam em alguma das situações previstas no n.º 9 do artigo 11.º-A do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, na redação introduzida pela presente lei, requerem no serviço de finanças respetivo a isenção do imposto respeitante ao ano de 2018.

2 – Caso o imposto relativo ao ano de 2018 já tenha sido liquidado pelo sujeito passivo, para além de requerer a isenção, deve o sujeito passivo requerer a devolução da quantia liquidada a esse título.

Artigo 4.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação.

Palácio de São Bento, 9 de janeiro de 2019.

Os Deputados do CDS-PP: Cecília Meireles — João Pinho de Almeida — Ana Rita Bessa — Álvaro Castello-Branco — Nuno Magalhães — Assunção Cristas — Hélder Amaral — Telmo Correia — António Carlos Monteiro — Filipe Anacoreta Correia — Ilda Araújo Novo — Isabel Galriça Neto — João Gonçalves Pereira — João Rebelo — Patrícia Fonseca — Pedro Mota Soares — Teresa Caeiro — Vânia Dias da Silva.

PROJETO DE LEI N.º 1073/XIII/4.^a
REGULAMENTA A PROFISSÃO DE TÉCNICO AUXILIAR DE SAÚDE

Exposição de motivos

O Decreto-Lei n.º 231/92, de 21 de outubro, que regula as carreiras profissionais do pessoal dos serviços gerais dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde, definia, no seu artigo 2.º, as áreas de atuação do pessoal dos serviços gerais, para efeito de estruturação das carreiras profissionais, onde se incluía a «Ação Médica». As funções exercidas por estes profissionais encontravam-se devidamente descritas no Anexo II do referido diploma, que definia o conteúdo funcional das carreiras e categorias profissionais a que se referem os artigos 2.º e 3.º, não existindo assim quaisquer dúvidas em relação ao desempenho da profissão de Auxiliar de Ação Médica.

A Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, veio estabelecer novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais. Neste processo, a categoria de Auxiliar de Ação Médica foi incluída nas carreiras gerais do Estado com o nome de Assistente Operacional, perdendo a autonomia que tinha anteriormente, equiparando os Auxiliares de Ação Médica a outros profissionais do sector do Estado, nomeadamente os das escolas, autarquias e outras repartições públicas.

O principal problema resultante da colocação dos Técnicos Auxiliares de Saúde, vulgarmente designados por Auxiliares de Ação Médica, numa categoria de carácter geral prende-se com o facto de não terem ficado definidos os conteúdos funcionais inerentes ao desempenho das suas funções, deixando ao livre arbítrio das chefias a designação das tarefas da sua competência e obrigação, o que provoca conflito entre os vários profissionais e que tem como consequência que aqueles acabem por desempenhar tarefas que não seriam da sua competência, colocando assim em causa a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

Ora, os conteúdos funcionais de um Técnico Auxiliar de Saúde em nada se coadunam com os conteúdos funcionais dos Assistentes Operacionais com os quais aquele grupo profissional foi equiparado, nem tão pouco os restantes Assistentes Operacionais, por exemplo, os que exercem funções em escolas ou autarquias, têm a formação e qualificação necessária para o desempenho das funções alocadas aos Técnicos Auxiliares de Saúde.

Esta situação, para além das consequências negativas que tem para os utentes, tem provocado enorme desgaste aos Técnicos Auxiliares de Saúde, contribuindo para um elevado absentismo laboral.

Os Técnicos Auxiliares de Saúde representam 20% do pessoal que desempenha funções no Serviço Nacional de Saúde, sendo a terceira força produtiva nos hospitais e centros de saúde. Sofrendo diariamente os mesmos constrangimentos, obrigações e riscos que os restantes profissionais de saúde é essencial que tenham uma regulamentação laboral equivalente, quer na carga horária, quer no gozo de descansos, quer nas compensações laborais pelo trabalho por turnos, quer na definição das suas funções e competências. Neste sentido, propomos, com o presente projeto de lei, que se dignifique esta profissão, regulamentando a atividade de Técnico Auxiliar de Saúde, definindo claramente as suas competências técnicas, a estrutura de carreira e as funções desempenhadas.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, o Deputado do PAN apresenta o seguinte projeto de lei:

CAPÍTULO I
Disposições gerais

Artigo 1.º
Objeto

A presente lei procede à definição dos princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos Técnicos Auxiliares de Saúde, reconhecendo e regulamentando esta profissão.

Artigo 2.º**Âmbito**

A presente lei aplica-se aos Técnicos Auxiliares de Saúde que exerçam funções em entidades públicas, entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, centros de dia e lares de idosos, com natureza pública ou privada, independentemente do tipo de vínculo laboral, sendo aplicável aos Técnicos Auxiliares de Saúde em regime de contrato de trabalho em funções públicas ou com contrato individual de trabalho.

CAPÍTULO II
Qualificações**Artigo 3.º****Natureza do nível habilitacional**

1 – O nível habilitacional exigido para a carreira de Técnico Auxiliar de Saúde é o nível de qualificação 4 com o Código e Designação de Referencial de Formação 729281 – Técnico/a Auxiliar de Saúde.

2 – Podem ainda ingressar nesta carreira os candidatos que possuam o nível de qualificação 3 – Cursos de educação e formação ou ensino secundário vocacionado para o prosseguimento de estudos de nível superior, acrescido de estágio profissional de pelo menos 6 meses.

3 – Os Assistentes Operacionais que, no momento da entrada em vigor da presente lei, exercem funções há pelo menos dois anos em hospitais públicos ou privados, centros de saúde, centros de dia e lares de idosos são automaticamente reconhecidos como Técnicos Auxiliares de Saúde.

Artigo 4.º**Qualificação de Técnico Auxiliar de Saúde**

1 – A qualificação do Técnico Auxiliar de Saúde é estruturada em títulos de exercício profissional e tem por base a obtenção das capacidades e conhecimentos adquiridos ao longo da formação, ou pela experiência profissional adquirida, nos termos do disposto no n.º 3 do artigo anterior.

2 – Os títulos de exercício profissional serão emitidos pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional – IP, que serão emitidos após a consulta às unidades onde os requerentes desempenhem funções, e/ou contra a apresentação de certificado profissional descritos nos n.ºs 1 e 2 do artigo 3.º.

Artigo 5.º**Utilização do título**

No exercício e publicitação da sua atividade profissional, o Técnico Auxiliar de Saúde deve sempre fazer referência ao título detido.

CAPÍTULO III
Carreira**Artigo 6.º****Exercício da profissão**

Os Técnicos Auxiliares de Saúde têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, embora dotada de igual nível de dignidade e autonomia de exercício profissional.

Artigo 7.º

Áreas de exercício profissional

1 – A carreira de Técnico Auxiliar de Saúde organiza-se por áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde, tais como as áreas hospitalar e de saúde pública, bem como de cuidados primários, continuados, na comunidade (lares, IPSS e centros de dia) e clínicas privadas, podendo vir a ser integradas de futuro, outras áreas.

2 – Cada área de exercício profissional tem formas de exercício adequadas à natureza da atividade que desenvolve, sendo objeto de definição em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

Artigo 8.º

Categorias

1 – A carreira de Técnico Auxiliar de Saúde estrutura-se nas seguintes categorias:

- a) Técnico Auxiliar de Saúde;
- b) Técnico Auxiliar de Saúde Principal.

2 – Os rácios dos Técnicos Auxiliares de Saúde Principais na organização dos serviços, estruturados conforme a carreira aprovada pela presente lei e desenvolvidos em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, são estabelecidos em diploma próprio, no prazo de 30 dias após a entrada em vigor da presente lei.

Artigo 9.º

Deveres funcionais

Os trabalhadores integrados na carreira de Técnico Auxiliar de Saúde devem exercer a sua profissão com autonomia técnica e respeitando o direito à proteção da saúde dos utentes e da comunidade, e estão sujeitos, para além da observância do dever de sigilo profissional, ao cumprimento dos seguintes deveres:

- a) O dever de contribuir para a defesa dos interesses do utente no âmbito da organização das unidades e serviços, incluindo a necessária atuação interdisciplinar, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados;
- b) O dever de esclarecer devidamente o utente sobre os cuidados a prestar e prestados, na medida das suas competências, assegurando a efetividade do consentimento informado.

Artigo 10.º

Conteúdo funcional da categoria de Técnico Auxiliar de Saúde

1 – O conteúdo funcional da categoria de Técnico Auxiliar de Saúde é inerente às respetivas qualificações e competências, compreendendo plena autonomia técnica, nomeadamente, quanto a:

- a) Ajudar o utente total ou parcialmente independente nas necessidades de eliminação e nos cuidados de higiene e conforto de acordo com orientações de um técnico superior de saúde (médico, enfermeiro ou técnico superior de diagnóstico e terapêutica);
- b) Auxiliar o enfermeiro na prestação de cuidados de eliminação, nos cuidados de higiene e conforto ao utente total ou parcialmente dependente e na realização de tratamentos;
- c) Auxiliar o enfermeiro na prestação de cuidados ao utente que vai fazer ou fez uma intervenção cirúrgica;
- d) Auxiliar nas tarefas de alimentação e hidratação do utente, nomeadamente na preparação de refeições ligeiras ou suplementos alimentares e no acompanhamento durante as refeições;
- e) Executar tarefas que exijam uma intervenção imediata e simultânea ao alerta do profissional de saúde dentro das suas competências;
- f) Auxiliar o enfermeiro na transferência, posicionamento e transporte do utente, que necessita de ajuda total ou parcial (de acordo com orientações do médico ou enfermeiro);
- g) Assegurar a recolha, transporte, triagem e acondicionamento de roupa da unidade do utente, de acordo com as normas e/ou procedimentos definidos;

- h) Executar a limpeza e higienização das instalações/superfícies da unidade do utente, e de outros espaços específicos, de acordo com norma e/ou procedimentos definidos;
- i) Efetuar a lavagem e desinfecção de material hoteleiro, material clínico e material de apoio clínico em local próprio, de acordo com as normas e/ou procedimentos definidos;
- j) Assegurar o transporte, o armazenamento e conservação de material hoteleiro, material de apoio clínico e não clínico de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
- k) Efetuar a lavagem (manual e mecânica) e desinfecção química, em local apropriado, de equipamentos do serviço, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
- l) Recolher, lavar e acondicionar os materiais e equipamentos utilizados na lavagem e desinfecção, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos, para posterior recolha de serviço interna ou externa;
- m) Assegurar a recolha, triagem, transporte e acondicionamento de resíduos hospitalares, garantindo o manuseamento e transporte adequado dos mesmos de acordo com procedimentos definidos;
- n) Efetuar a manutenção preventiva e reposição de materiais e equipamentos;
- o) Efetuar o transporte de informação entre as diferentes unidades e serviços de prestação de cuidados de saúde;
- p) Encaminhar os contactos telefónicos de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
- q) Encaminhar o utente, familiar e/ou cuidador, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
- r) Auxiliar o médico ou enfermeiro na recolha de amostras biológicas e o seu transporte para o serviço adequado, de acordo com normas e/ou procedimentos definidos;
- s) Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estagiários;
- t) Orientar as atividades de formação de estudantes e/ou estagiários do curso Técnico Auxiliar de Saúde em contexto académico ou profissional;
- u) Integrar júris de concursos ou outras atividades de avaliação, dentro da sua área de competência;
- v) Assessorar as instituições, serviços e unidades, nos termos da respetiva organização interna;
- w) Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência;
- x) Recolher, registar e efetuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde;
- y) Promover programas e projetos de informação relativos ao desempenho da profissão, nacionais ou internacionais, bem como participar em equipas e/ou orientá-las.

2 – O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nas alíneas s) e t) cabe apenas a profissionais detentores de competência pedagógica certificada.

3 – O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nas alíneas u), v) e x) cabe apenas a profissionais detentores da categoria de Técnico Auxiliar de Saúde Principal.

Artigo 11.º

Conteúdo funcional da categoria de Técnico Auxiliar de Saúde Principal

1 – Para além das funções inerentes à categoria de Técnico Auxiliar de Saúde, o conteúdo funcional da categoria de Técnico Auxiliar de Saúde Principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende, nomeadamente:

- a) Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas de Técnicos Auxiliares de Saúde;
- b) Coordenar funcionalmente o grupo de Técnicos Auxiliares de Saúde do serviço ou de equipa da unidade funcional, em função da organização do trabalho;
- c) Supervisionar, planear, programar e avaliar o trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;
- d) Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando com a equipa a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários e de planos de trabalho e férias;
- e) Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria, e participar nos

processos de contratualização;

f) Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e/ ou nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;

g) Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade dos Técnicos Auxiliares de Saúde do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades.

Artigo 12.º

Condições de admissão

1 – O exercício de funções no âmbito da carreira de Técnico Auxiliar de Saúde depende da obtenção do título profissional atribuído em cumprimento do disposto no artigo 4.º da presente lei.

2 – Para admissão à categoria de Técnico Auxiliar de Saúde Principal são exigidos, cumulativamente, a detenção do título profissional e um mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão ou, na ausência deste tempo, a apresentação de curriculum relevante, nomeadamente no que concerne a formação em gestão de equipas e de métodos pedagógicos.

Artigo 13.º

Recrutamento

1 – O recrutamento para os postos de trabalho sujeitos ao regime do Código do Trabalho, correspondentes à carreira de Técnico Auxiliar de Saúde, incluindo mudança de categoria, é feito mediante processo de seleção em observância do disposto no artigo anterior.

2 – Os requisitos de candidatura e a tramitação do processo de seleção previstos no número anterior são regulados por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

Artigo 14.º

Remunerações e posições remuneratórias

As posições remuneratórias e as remunerações dos trabalhadores integrados na carreira de Técnico Auxiliar de Saúde são fixadas em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

Artigo 15.º

Reconhecimento de títulos e categorias

1 – Os títulos atribuídos pela Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional – IP, no âmbito da profissão de Técnico Auxiliar de Saúde, bem como as categorias de carreira, são oponíveis para a elegibilidade necessária aos procedimentos de recrutamento e mudança de categoria previstos nas normas aplicáveis.

2 – Os títulos de profissionais provenientes dos estados membros da União Europeia, carecem de verificação com a entidade emissora dos mesmos no país de origem.

CAPÍTULO IV

Disposições finais

Artigo 16.º

Regulamentação

O Governo procede à regulamentação da presente lei no prazo de 90 dias.

Artigo 17.º
Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no prazo de 30 dias contados da data da sua publicação.

Assembleia da República, 15 de janeiro de 2019.

O Deputado do PAN, André Silva.

PROJETO DE LEI N.º 1074/XIII/4.ª

POSSIBILITA O PAGAMENTO DO IMI EM PRESTAÇÕES PARA PRÉDIOS EM COMPROPRIEDADE, RELATIVAMENTE AOS CÔNJUGES NÃO SEPARADOS JUDICIALMENTE DE PESSOAS E BENS OU UNIDOS DE FACTO, PROCEDENDO À ALTERAÇÃO DO ARTIGO 120.º DO CÓDIGO DO IMPOSTO MUNICIPAL SOBRE IMÓVEIS, APROVADO PELO DECRETO-LEI N.º 287/2003, DE 12 DE NOVEMBRO

Exposição de motivos

O artigo 120.º, n.º 1, do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, prevê expressamente o pagamento do imposto municipal sobre imóveis em prestações, no caso do seu valor ser superior a euros 100, na versão aprovada pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro (aprova o Orçamento do Estado para 2019), que alargou o número de contribuintes a beneficiar do pagamento do referido imposto em prestações.

No entanto, para os sujeitos passivos que vivem em união de facto ou que tenham adquirido prédios em momento anterior ao casamento é feita uma liquidação separada do imposto, pelo que o pagamento a prestações é dificultado e/ou impossibilitado.

Assim, a liquidação de IMI tem em conta a situação dos sujeitos passivos à data de aquisição do prédio, não relevando posteriores alterações, nomeadamente celebração de matrimónio.

Ou seja, há muitos contribuintes que, apesar de viverem em economia comum, não podem usufruir da possibilidade de pagamento do imposto em prestações, considerado na sua totalidade e não na parte que cabe a cada um.

O CDS-PP apresentou uma proposta de alteração no âmbito da discussão do Orçamento de estado para 2019, que pretendia solucionar este problema, mas veio a ser chumbada, no entanto, por entender ser pertinente tal alteração, apresenta agora a presente iniciativa no mesmo sentido.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do CDS-PP abaixo assinados apresentam o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º
Objeto

A presente lei procede à alteração do artigo 120.º, do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro.

Artigo 2.º
Alteração ao Código do Imposto Municipal sobre Imóveis

O artigo 120.º do Código do Imposto Municipal sobre Imóveis, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 287/2003, de 12 de novembro, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 120.º
[...]

- 1 –
2 –
3 –
4 –
5 –

6 – Os cônjuges não separados judicialmente de pessoas e bens ou unidos de facto beneficiam do disposto no n.º 1, relativamente à totalidade do imposto a liquidar, mesmo no caso de prédios em compropriedade.

7 – O disposto no número anterior aplica-se a prédios ou parte de prédios urbanos afetos à habitação própria e permanente dos sujeitos passivos e no qual esteja fixado o respetivo domicílio fiscal.»

Artigo 3.º
Norma transitória

1 – Para efeitos de aplicação do estipulado na presente lei, os cônjuges não separados judicialmente de pessoas e bens ou unidos de facto comunicam à Autoridade Tributária tal situação, juntamente com os documentos comprovativos da mesma.

2 – A união de facto é comprovada nos termos previstos no n.º 2, do artigo 2.º-A, da Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, na sua redação atual, e o casamento através de cópia integral do registo de casamento.

Artigo 4.º
Entrada em vigor e produção de efeitos

A presente lei entra em vigor no dia seguinte à sua publicação e produz efeitos no dia 1 de janeiro do ano seguinte à entrada em vigor.

Palácio de São Bento, 15 de janeiro de 2019.

Os Deputados do CDS-PP: Cecília Meireles — João Pinho de Almeida — Ana Rita Bessa — Álvaro Castello Branco — Nuno Magalhães — Assunção Cristas — Hélder Amaral — Telmo Correia — Vânia Dias da Silva — Pedro Mota Soares — Teresa Caeiro — João Rebelo — Patrícia Fonseca — Filipe Anacoreta Correia — Isabel Galriça Neto — Ilda Araújo Novo — João Gonçalves Pereira — António Carlos Monteiro.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1939/XIII/4.^a
PROGRAMA NACIONAL DE INVESTIMENTOS 2030

Exposição de motivos

Considerando que a existência de uma certa dificuldade histórica em estabelecer consensos em torno dos projetos estruturantes de obras públicas conduziu ao sucessivo adiamento de grandes projetos infraestruturais que eram determinantes para o desenvolvimento do País.

Considerando que, no que respeita a grandes investimentos em infraestruturas, é necessário ter presente que os ciclos de planeamento e execução demoram vários anos, atravessando legislaturas e ciclos políticos.

Considerando que o desenvolvimento dos projetos estruturantes não pode ficar condicionado às alterações de ciclo político.

Considerando que urge planear os projetos do futuro, que tornarão o País mais competitivo e melhor para

todos os cidadãos, tendo sido, para o efeito, lançado pelo XXI Governo Constitucional o Programa Nacional de Investimentos 2030, que irá definir os investimentos estratégicos que o País deverá lançar na próxima década.

Considerando que o Programa Nacional de Investimentos 2030 está articulado com os objetivos estratégicos definidos para o Portugal 2030, relativamente aos quais foi possível alcançar um amplo consenso social, económico e político, que reforça a posição negocial do Estado Português junto da Comissão Europeia.

Considerando que, para a construção do Programa Nacional de Investimentos 2030 de forma aberta e participada, de modo a refletir as escolhas do País relativamente aos grandes investimentos estruturantes foi realizado um amplo processo de auscultação pública, que incluiu um vasto conjunto de entidades setoriais, da Academia e de outros especialistas.

Considerando que se pretende que o Programa Nacional de Investimentos 2030 incida sobre a mobilidade e os transportes, fatores-chave para a competitividade externa e da coesão interna do nosso País, incidindo, igualmente, sobre outras áreas ligadas à mobilidade, tais como o ambiente, a energia e o regadio, fundamentais para que Portugal possa enfrentar os desafios da descarbonização e da transição energética.

Considerando que Programa Nacional de Investimentos 2030 consubstancia a estratégia do País para uma década de convergência com a União Europeia, de forma a permitir que Portugal possa responder adequadamente aos desafios globais que se perspetivam para a próxima década, assentando em 3 objetivos estratégicos, a saber:

1 – Reforçar a coesão territorial, em particular através do reforço da conectividade dos territórios, e da atividade económica, valorizando o capital natural.

2 – Aumentar e melhorar as condições infraestruturais do território nacional, capitalizar o potencial geográfico atlântico nacional e reforçar a inserção territorial de Portugal na Europa, em particular na Península Ibérica.

3 – Promover a descarbonização da economia e a transição energética, adaptando os territórios às alterações climáticas e garantindo uma maior resiliência das infraestruturas.

Considerando que o Programa Nacional de Investimentos 2030 será submetido ao Conselho Superior de Obras Públicas para apreciação e parecer relativamente às suas dimensões estratégicas, técnicas e económico-financeiras.

Considerando que, previamente à submissão ao Conselho Superior de Obras Públicas, pretende-se que o Programa Nacional de Investimentos 2030 reúna um amplo consenso político, tendo para o efeito o mesmo sido recentemente submetido à apreciação dos Grupos Parlamentares representados na Assembleia da República.

Propõe o Grupo Parlamentar do Partido Socialista à Assembleia de República, nos termos da alínea b) do artigo 156º da Constituição de República Portuguesa, a aprovação dos projetos e programas de investimento a serem executados entre 2021 e 2030 (o PNI 2030), no montante global de € 21,9 mil milhões, repartidos por 4 áreas temáticas, a seguir identificados e melhor discriminadas no documento que se anexa:

a) Área temática dos transportes e mobilidade, considerando investimentos no valor de 12 655 M€, na mobilidade sustentável e transportes públicos, ferroviária, rodoviária, infraestruturas marítimo-portuárias e aeroportuárias:

i. Mobilidade sustentável e transportes públicos:

1. Desenvolvimento de sistemas de transportes coletivos em sítio próprio na Área Metropolitana de Lisboa;
2. Desenvolvimento de sistemas de transportes coletivos em sítio próprio na Área Metropolitana do Porto;
3. Desenvolvimento de sistemas de transportes coletivos em sítio próprio em cidades com mais de 100 000 habitantes;
4. Consolidação da rede de metropolitano do Porto;
5. Consolidação da rede de metropolitano de Lisboa;
6. Descarbonização da logística urbana;
7. Promoção da mobilidade elétrica;
8. Promoção da rede nacional de interconexão ciclável;
9. Promoção de soluções inovadoras e inteligentes de multimodalidade urbana;

ii. Ferroviária:

1. Programa de reforço da capacidade e aumento de velocidades no eixo Porto-Lisboa;
2. Programa de segurança ferroviária, renovação e reabilitação e redução de ruído;
3. Programa de sinalização ferroviária;
4. Programa de eletrificação e reforço da Rede Ferroviária Nacional;
5. Ligação da Linha de Cascais à Linha de Cintura de Lisboa;
6. Programa de telemática ferroviária, melhoria de estações e interfaces de passageiros e medidas de segurança da operação;
7. Programa de aumento de capacidade nas áreas metropolitanas;
8. Corredor Internacional Sul: Nova ligação Sines/Grândola;
9. Programa de melhoria de terminais multimodais incluindo a sua acessibilidade ferroviária;
10. Projeto de Modernização da Ligação Lisboa-Algarve;
11. Projeto de Modernização da Linha do Alentejo;
12. Requalificação do troço Espinho-Oliveira de Azeméis da Linha do Vouga;
13. Corredor Internacional Norte: nova ligação Aveiro/Mangualde;

iii. Rodovia:

1. Programa de segurança rodoviária, renovação e reabilitação e redução de ruído;
2. Programa de concretização de fechos de malha rodoviária;
3. Programa de intervenções rodoviárias no Arco Ribeirinho Sul;
4. Programa de alargamentos/aumentos de capacidade;
5. Conclusão do Itinerário Principal 8, entre Sines e Beja;
6. Programa de apoio à inovação e eficiência na rede rodoviária;
7. Programa de Valorização das Áreas Empresariais, Fase II;
8. Programa de coesão territorial;

iv. Rodo-Ferrovia:

1. Programa de conectividade rodoviária e ferroviária transfronteiriça;
2. Programa de acessos rodoviários e ferroviários aos aeroportos nacionais;
3. Programa de adaptação de infraestruturas de transportes às alterações climáticas;

v. Marítimo-Portuário:

1. Programa de investimento no Porto de Sines;
2. Programa de investimento no Porto de Lisboa;
3. Programa de investimento no Porto de Leixões;
4. Programa de investimento no Porto de Setúbal;
5. Programa de investimento no Porto de Aveiro;
6. Programa de investimento na Via Navegável do Douro;
7. Programa de investimentos em Portos secundários (não “core”);
8. Janela Única Logística 5.0;

vi. Aeroportuário:

1. Expansão aeroportuária de Lisboa (2.^a fase | Aeroporto Humberto Delgado);
2. Adequação progressiva da capacidade na rede aeroportuária à evolução da procura;
3. Requalificação e melhoria de eficiência e níveis de serviço na rede aeroportuária;

b) Área temática do ambiente, considerando investimentos no valor de 3570 M€, no tratamento do ciclo urbano da água, na gestão de resíduos, na proteção do litoral, no tratamento dos passivos ambientais, na gestão dos recursos hídricos e marinhos:

i. Ciclo urbano da água:

1. Promoção da reabilitação de ativos;
2. Aumento da resiliência dos sistemas de abastecimento público de água, de saneamento de águas residuais e de drenagem de águas pluviais;
3. Promoção da transição para a economia circular;
4. Eficiência de tratamento para melhoria a qualidade das massas de água;

- 5. Descarbonização do setor da água;
 - ii. Gestão dos recursos hídricos:
 - 1. Adaptação das regiões hidrográficas aos riscos de inundações;
 - 2. Proteção e valorização dos recursos hídricos;
 - 3. Adaptação das regiões hidrográficas aos fenómenos de seca;
 - iii. Gestão de resíduos:
 - 1. Promoção da eficiência da utilização de recursos na transição para a economia circular;
 - 2. Implementação de soluções de valorização do Combustível Derivado de Resíduos e da “fração resto”;
 - 3. Dinamização de soluções de recolha seletiva multimaterial e orgânica;
 - iv. Passivos ambientais:
 - 1. Remediação e recuperação ambiental de locais contaminados de antigas zonas industriais, mineiras e pedreiras abandonadas;
 - v. Proteção do litoral:
 - 1. Proteção costeira em zonas de risco;
 - 2. Planos de intervenção e projetos de requalificação;
 - 3. Requalificação e valorização das atividades e do território;
 - vi. Recursos marinhos:
 - 1. Promoção da biodiversidade marinha, monitorização e gestão do espaço marítimo;
 - 2. Recolha de lixo marinho, artes de pesca e respetivos equipamentos;
 - 3. Desenvolvimento de aquicultura sustentável;
- c) Área temática da energia, considerando investimentos no valor de 4 930 M€ em redes, no reforço de produção de energia e na eficiência energética:
- i. Reforço da produção:
 - 1. Promoção das energias de fontes renováveis;
 - 2. Programa de energias renováveis oceânicas;
 - ii. Redes:
 - 1. Promoção das interligações de eletricidade;
 - 2. Promoção das interligações de gás natural;
 - 3. Promoção de sistemas inteligentes para a transição energética;
 - 4. Consolidação das redes nacionais de eletricidade;
 - 5. Gás Natural Liquefeito marítimo;
 - iii. Eficiência Energética:
 - 1. Promoção de eficiência energética nos setores de atividade;
- d) Regadio, considerando investimentos no valor 750 M€:
- i. Revitalização do Regadio, através da reabilitação ou requalificação de infraestruturas hidráulicas agrícolas;
 - ii. Aumento da Área Regada, como instrumento de desenvolvimento do território rural

Palácio de São Bento, 14 de janeiro de 2019.

Os Deputados do PS: Carlos César — Carlos Pereira — João Paulo Correia — Francisco Rocha.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1940/XIII/4.^a
RECOMENDA AO GOVERNO A ADOÇÃO DE MEDIDAS QUE VISEM A REDUÇÃO DO RISCO
RODOVIÁRIO SOBRE OS UTILIZADORES DE BICICLETA

A utilização da bicicleta como modo de deslocação, isoladamente ou em combinação com os transportes públicos, traz diversos e enormes benefícios ambientais, sociais, económicos e de saúde pública. Os benefícios socioeconómicos anuais da utilização da bicicleta na União Europeia estão avaliados em mais de 500 mil milhões de Euros, que corresponde a cerca de 3% do PIB da UE ou 2,5 vezes o PIB de Portugal.¹

Para além dos benefícios de saúde, com redução de custos para o Serviço Nacional de Saúde,² a utilização de bicicleta contribui para maior eficiência de utilização e melhor qualidade do espaço público, aumento da área de alcance das estações e paragens de transportes públicos, equidade social, dinamização do comércio local, redução de custos com infraestruturas, redução dos custos de congestionamentos, pacificação do tráfego em meio urbano e consequente redução do risco rodoviário para todos, redução do consumo energético e de emissões de gases nocivos.

Metade das deslocações nas cidades europeias são inferiores a 5 km, distância para a qual a bicicleta convencional é o modo de transporte mais rápido porta-a-porta. Um estudo de um projeto da União Europeia concluiu que 51% das deslocações para transporte de bens nas cidades europeias feitas em veículos motorizados, poderiam ser transferidas para bicicletas convencionais ou *cargo-bikes*, o que demonstra o enorme potencial que a bicicleta pode desempenhar na logística urbana.³ A bicicleta elétrica é o meio mais rápido em distâncias até 10 km, e até 20 km a diferença para o automóvel é marginal.

A indústria portuguesa de fabrico de bicicleta tem enorme importância para o País. A maior parte das bicicletas portuguesas segue para Espanha, França e Itália. Segundo dados do Eurostat, em 2017 estes mercados compraram mais de um milhão e 300 mil bicicletas a Portugal, o que representa quase 80% do que é produzido no País. No total, Portugal exportou cerca de um milhão e 730 mil bicicletas, número que o lança para o segundo lugar do ranking europeu, logo atrás da Itália, responsável pela exportação de um milhão e 758 mil, e à frente da Holanda, com um milhão e 610 mil velocípedes vendidos ao estrangeiro.

De acordo com um inquérito realizado em 2017 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) à mobilidade nas áreas metropolitanas do Porto (AMP) e Lisboa (AML), 67,6% das deslocações ainda são feitas de carro na AMP, valor que desce para os 58,9% na AML – contra apenas 0,4% e 0,5% de bicicleta, respetivamente.

Estes dados demonstram que os portugueses não olham para a bicicleta como meio de deslocação, mas sim com forma de lazer, pelo que consideramos essencial a implementação de medidas que estimulem a aquisição de bicicleta e a sua utilização com meio de transporte.

Este é exatamente o objetivo pretendido pela Petição n.º 236/XIII/2.^a que solicita a adoção de medidas com vista à defesa do direito a pedalar em segurança. Esta petição, com quase 10000 assinaturas, começando por destacar que Portugal continua a apresentar estatísticas vergonhosas no que respeito ao número de vítimas mortais e feridos graves, em particular no caso de peões e condutores de velocípedes, solicita, em conclusão a adoção de medidas que reduza os comportamentos de risco por parte dos condutores de veículos motorizados e confira maior proteção aos utilizadores de bicicleta, nomeadamente o reforço de fiscalização rodoviária, a revisão do Regulamento de Sinalização de Trânsito de forma a incluir sinalética específica para proteger peões e condutores de bicicleta, o reforço de ações de sensibilização e a criação de grupo de trabalho interministerial para lançar e coordenar a implementação de medidas que visem a redução do risco rodoviário sobre os utilizadores vulneráveis.

Concordando com o teor da petição, pretendemos, com o presente projeto, recomendar ao Governo a adoção das medidas acima identificadas.

De facto, é nosso entendimento que o número de utilizadores de bicicleta iria aumentar, caso existisse maior segurança. Recorde-se que, em Portugal, morrem anualmente mais de 500 pessoas vítimas de sinistralidade rodoviária, sendo este o País da UE com maior taxa de mortalidade de utilizadores de bicicleta, quatro vezes

¹ Cfr. https://ecf.com/sites/ecf.com/files/FINAL%20THE%20EU%20CYCLING%20ECONOMY_low%20res.pdf.

² Com um investimento anual de cerca de 500 milhões de Euros na mobilidade em bicicleta, os níveis de utilização da bicicleta na Holanda resultam na prevenção de 6500 mortes e no consequente benefício de 19 mil milhões de Euros anualmente.

³ Cfr. http://cyclelogistics.eu/docs/111/D6_9_FPR_Cyclelogistics_print_single_pages_final.pdf.

superior à média europeia.⁴ Segundo dados da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, os acidentes com bicicletas causaram 21 mortos, 116 feridos graves e mais de 1500 feridos ligeiros em 2017. Estes acidentes são responsáveis por 3,8% do total das vítimas mortais de sinistralidade nos últimos nove anos.

Recorde-se que a ENSR (estratégia nacional anterior ao PENSE 2020) tinha como objetivo «colocar Portugal entre os 10 países com mais baixa sinistralidade rodoviária na Europa». Infelizmente, constata-se que o objetivo foi falhado pois, em 2014, Portugal estava em 16.º e, em 2016, em 14.º.

Face o exposto, pretendemos com o presente projeto, acompanhando a petição acima identificada, recomendar a adoção de diversas medidas que visem aumentar a segurança dos utilizadores de bicicleta. Em consequência, conseguir-se-á aumentar a sua utilização, em especial nos grandes centros urbanos, onde, como vimos, a maior parte das deslocações são feitas de carro, reduzindo com isso o tráfego e melhorando a qualidade de vida nas cidades.

Nestes termos, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente projeto de resolução, recomenda ao Governo:

1 – Crie um grupo de trabalho interministerial, para lançar e coordenar a implementação de medidas que visem a redução do risco rodoviário sobre os utilizadores vulneráveis.

2 – Promova a criação de estratégia nacional, integrada e abrangente, para a mobilidade em bicicleta, que aborde, nomeadamente, para além de infraestruturas, questões como a intermodalidade com os transportes públicos, a sinistralidade rodoviária, a qualidade do espaço urbano, a educação para a mobilidade sustentável, incentivos à utilização da bicicleta e mudança de comportamentos.

3 – Reveja o Regulamento de Sinalização de Trânsito de forma a incluir sinalética específica para proteger peões e condutores de bicicleta e alertar para a necessidade de comportamentos mais responsáveis por parte dos condutores de automóvel.

4 – Reforce as ações de sensibilização sobre cidadania rodoviária e proteção dos utilizadores mais vulneráveis, nomeadamente em escolas e na obtenção da carta de condução.

5 – Reforce a fiscalização rodoviária, principalmente no que diz respeito a comportamentos perigosos em relação a utilizadores vulneráveis.

6 – Promova, com a colaboração dos Municípios, a criação de mais zonas de velocidade reduzida nas cidades.

7 – Aposte na criação de ciclovias fora das cidades.

Assembleia da República, 15 de janeiro de 2019.

O Deputado do PAN, André Silva.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1941/XIII/4.^a
RECOMENDA AO GOVERNO O REFORÇO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os cuidados paliativos centram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva.

A Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, veio consagrar o direito e regular o acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que tem como principal objetivo a prestação destes cuidados a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.

⁴ Cfr. https://www.mobilservice.ch/admin/data/files/news_section_file/file/3541/nl5_ecf-barometre-velo2015_en.pdf?lm=1436166648.

Apesar da sua importância e dos avanços realizados, existe ainda, em Portugal, uma deficiente cobertura estrutural e profissional, com profundas assimetrias regionais, com ausência de uma ou várias tipologias em alguns distritos, o que constitui um obstáculo à acessibilidade a estes recursos, como passaremos a demonstrar.

O Relatório de Outono 2018, do Observatório Português dos Cuidados Paliativos, na secção dedicada ao tema «Estimação de Doentes, Cobertura e Caracterização das Equipas e Profissionais das Equipas de Cuidados»¹ traça um retrato do estado dos cuidados paliativos em Portugal.

A Rede Nacional de Cuidados Paliativos tem diferentes tipologias de recursos especializados, organizados sob a forma de unidade de cuidados paliativos, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos ou equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos. A unidade de cuidados paliativos (UCP) presta cuidados a doentes internados, sendo por isso um serviço especificamente destinado a tratar e cuidar do doente paliativo. A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) disponibiliza aconselhamento em cuidados paliativos e apoio a toda a estrutura hospitalar, doentes, família e cuidadores no ambiente hospitalar. Por último, as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) prestam cuidados a doentes que deles necessitam na sua casa, assim como apoio aos seus familiares e cuidadores dos doentes.

O Relatório acima mencionado evidencia a existência de critérios diferentes para fixação do número de camas ou equipas necessárias, bem como recursos humanos e tempo de trabalho mínimo, para prestar cuidados paliativos em Portugal nas diferentes tipologias, os quais passamos a identificar.

No que diz respeito às unidades de cuidados paliativos, Connor e Gómez-Batiste, estimam a necessidade desta tipologia de recursos em 80-100 camas por milhão de habitantes, enquanto que, em Portugal, o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal (PEDCP) preconiza apenas a existência desta tipologia em unidades hospitalares, com um rácio de 40-50 camas por milhão de habitantes. Em Portugal existem 382 camas que correspondem a 45 camas por milhão de habitantes. Assim, sabendo que as recomendações internacionais da European Association for Palliative Care apontam para a necessidade, a nível nacional, de 768 camas (90 camas por milhão de habitantes), temos um défice de 386 camas, o que denota uma taxa de cobertura, a nível nacional, de 50%.

Em relação à equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, Connor e Gómez-Batiste, estimam a necessidade de 1 equipa por cada hospital, no mínimo 1 por cada hospital com 250 camas. O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal defende que deve existir uma EIHSCP por Hospital/Centro Hospitalar, mas naqueles que se encontram organizados em Centros Hospitalares, deve existir uma equipa única, desde que geograficamente viável e seja assegurada a dotação de pessoal recomendada. Contudo, diz também o PEDCP que, em 2016, foram identificadas 37 EIHSCP (14 na ARS Norte, 6 na ARS Centro, 11 na ARS Lisboa e Vale do Tejo, 4 na ARS Alentejo e 2 no Algarve), sendo que a Unidade de Saúde Local (ULS) Norte Alentejano e o Centro Hospitalar do Algarve dispõem de mais do que uma EIHSCP. Em consequência, oito dos 43 hospitais/centros hospitalares e ULS (incluindo os 3 IPO) de Portugal Continental não têm EIHSCP, desconhecendo-se, igualmente, quais as condições de funcionamento das equipas existentes.

Por último, relativamente às equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, Connor e Gómez-Batiste, estimam a necessidade de 1 equipa por 100 mil habitantes, que permita a acessibilidade 24h por dia, sendo este também o entendimento da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. De acordo com o Relatório de Outono 2018, existem 25 equipas que realizam uma cobertura regional que abrange 2 314 705 habitantes, o que representa uma cobertura estrutural de 27,15% da população adulta. Ora, este Relatório aponta, ainda, para um dado preocupante que se traduz na existência de assimetrias regionais significativas com 9 distritos (Aveiro, Braga, Castelo Branco, Coimbra, Leiria, Santarém, Vila Real e Viseu) sem nenhuma equipa e outros com taxas superiores a 100%.

Um outro problema prende-se com o número de horas que os vários profissionais de saúde dedicam à prestação de cuidados paliativos, existindo igualmente divergência entre as recomendações internacionais e as estipulações nacionais sobre o número de horas de trabalho necessários, conforme descreve o Relatório de Outono 2018, acima mencionado.

No que diz respeito à medicina, Connor e Gómez-Batiste, defendem que deveria existir em Portugal 500 ETC² para toda a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. De acordo com o defendido pela Comissão Nacional

¹ Pode ser consultado aqui: <https://ics.lisboa.ucp.pt/sobre-overview/observatorio-portugues-dos-cuidados-paliativos/atividades/publicacoes> e <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2751/file>.

² 1 ETC corresponde a 40 horas.

de Cuidados Paliativos (CNCP), deveriam existir em Portugal 234 ETC para toda a rede. Ora, na realidade, existem 65.4 ETC o que perfaz que o tempo alocado a cuidados paliativos apenas cubra 27,9% das necessidades, mesmo assumindo os valores da CNCP. Relativamente à enfermagem, tendo por base Connor e Gómez-Batiste, deveriam existir em Portugal 2390 ETC para toda a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. A CNCP defende que deveriam existir em Portugal 702 ETC para toda a rede. Na realidade, existem apenas 284.8 ETC o que perfaz que o tempo alocado a cuidados paliativos apenas cubra 40,6% das necessidades, mesmo assumindo os valores da CNCP. No que diz respeito à psicologia, Connor e Gómez-Batiste consideram que deveriam existir em Portugal 198 ETC para toda a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, defendendo a CNCP que deveriam existir em Portugal 61.9 ETC para toda a rede. Contudo, existem apenas 19.2 ETC o que perfaz que o tempo alocado a cuidados paliativos apenas cubra 31% das necessidades, mesmo assumindo os valores da CNCP. Por último, relativamente ao serviço social, Connor e Gómez-Batiste consideram que deveria existir em Portugal 198 ETC para toda a Rede Nacional de Cuidados Paliativos, assumindo a CNCP que deveriam existir 54.4 ETC para toda a rede. Tendo em conta que existem apenas 23.8 ETC, o tempo alocado a cuidados paliativos apenas cobre 43.8% das necessidades, mesmo assumindo os valores da CNCP.

Do exposto resulta que os tempos de alocação dos diferentes profissionais, nas diferentes tipologias destes recursos, estão consideravelmente abaixo do que é preconizado a nível internacional, mas, e ainda mais preocupante, também o estão em relação aos requisitos mínimos exigidos pela CNCP no seu Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal.

Um estudo³ liderado por Bárbara Gomes, docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, demonstrou que, em Portugal, 71% das mortes de adultos e 33% das mortes de crianças se devem a doenças que necessitam reconhecidamente de cuidados paliativos, sendo essencial, por isso, aumentar a capacidade de resposta, sobretudo para as crianças. O cancro é responsável por uma parte cada vez maior das mortes com necessidades paliativas (34% nos adultos e 38% nas crianças), existindo um aumento de mortalidade por doenças respiratórias e neurodegenerativas nos adultos e nas áreas da pediatria com o maior número de crianças com doenças crónicas complexas – neonatologia, cardiologia e neurologia, para além da oncologia. Assim, os investigadores alertam para o aumento da longevidade, que prolonga a necessidade de cuidados de meses para anos, atendendo a que nas crianças a idade mediana de morte aumentou de seis meses em 1987 para quatro anos de idade em 2011, devido sobretudo à redução de mortes de recém-nascidos e aumento de mortes na adolescência. Ora, estando as crianças a viver mais tempo e dado que 8 em cada 10 morre em contexto hospitalar⁴, consideramos que, para as famílias, seria preferencial que a morte ocorresse fora daquele local, pelo que deve apostar-se na criação de serviços de cuidados paliativos pediátricos, com forte apoio domiciliário, que acompanhem as crianças e famílias durante toda a sua trajetória de vida.

Os cuidados paliativos não terminam com a morte do doente, prolongando-se na fase de luto, sendo essencial que nesta fase se faça o acompanhamento das pessoas afetadas. De acordo com um estudo realizado pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos, publicado no Relatório de Outono 2018, na secção «Apoio no luto»⁵, feito com base em dados de 76 equipas/serviços de cuidados paliativos (dos 103 existentes à data de 31 de dezembro de 2017), 69,7% daqueles apresentam um programa de apoio no luto, com seguimento da família/cuidadores que perderam um familiar. Destes, apenas 60.5% assumem ter um protocolo formal e estruturado com ações e atividades preconizadas no apoio ao luto como: carta de condolências, visita ao domicílio, consulta, chamada telefónica, conferência familiar ou consulta de grupo, existindo equipas sem qualquer programa estruturado de apoio ao luto, desenvolvendo apenas atividades isoladas. Consideramos que deveria ser feita uma aposta nesta área, devendo cada serviço de cuidados paliativos ter um programa formal de acompanhamento e apoio no luto a família/cuidadores, com a descrição das etapas, ações/atividades e *timings* do programa.

³ Envolveu médicos e investigadores da Faculdade da Universidade de Coimbra (UC), do King's College London, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da UC, do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil/Lisboa e do Hospital Espírito Santo, de Évora. Foi financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian e publicado nas revistas *Palliative Medicine* e *BMC Pediatrics*. Pode ser consultado aqui: <http://noticias.uc.pt/universo-uc/investigacao-revela-elevada-necessidade-de-cuidados-paliativos-em-portugal-tanto-para-adultos-como-para-criancas/>.

⁴ Dados disponibilizados por Ana Lacerda, médica pediatra no Instituto Português de Oncologia em Lisboa, em entrevista a órgão de comunicação social.

⁵ Cfr. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2836/file>.

No que diz respeito à formação dos profissionais de saúde em cuidados paliativos, o Relatório de Outono 2018⁶ refere que, em 2018, o cenário da formação pré-graduada sobre cuidados paliativos mantém-se parco ou praticamente inexistente, já que somente dois cursos (enfermagem e medicina) incluem unidades curriculares especificamente dedicadas aos cuidados paliativos nos seus planos de estudo, sendo que no caso da medicina esta unidade curricular é predominantemente optativa e, no caso enfermagem, ela é maioritariamente obrigatória.⁷ Sobre a formação pós-graduada, existem 6 mestrados acreditados, mas apenas 5 em funcionamento e 12 pós-graduações.

Assim, apesar de se verificar uma evolução positiva no que diz respeito à inclusão dos cuidados paliativos nos cursos de enfermagem e medicina, consideramos que deveria haver uma maior aposta nesta área, sendo essencial a inclusão dos cuidados paliativos na formação pré-graduada dos profissionais de saúde, considerando esta como uma componente essencial da formação básica de todos os profissionais de saúde.

Por último, Portugal é um dos países da União Europeia com maior envelhecimento demográfico, pelo que o papel do cuidador é fundamental tendo em consideração os desafios no futuro demográfico de Portugal e os custos associados com os cuidados continuados. Neste sentido, consideramos urgente a aprovação do estatuto do cuidador informal, reconhecendo e dando mais condições àqueles que prestam cuidados a pessoas dependentes nos seus domicílios.

De acordo com estimativas já realizadas⁸ mais de 120 mil doentes, no nosso país, precisarão de cuidados paliativos. Os dados anunciados pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, numa entrevista concedida a um órgão de comunicação social, onde se refere que terão sido cuidados nestes recursos um pouco mais de 12 mil pessoas, demonstram que apenas cerca de 10% dos doentes que necessitam conseguem aceder a estes cuidados. Neste sentido, é essencial reforçar os cuidados paliativos, assegurando a sua cobertura a nível nacional.

Nestes termos, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente projeto de resolução, recomenda ao Governo:

1 – Reforce os recursos humanos na área dos cuidados paliativos, designadamente nas Unidades de Cuidados Paliativos, nas Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos e nas Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.

2 – Promova o reforço das Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, assegurando a prestação destes no domicílio, por forma a atingir o rácio de 1 equipa por 100 mil habitantes.

3 – Avalie o funcionamento das Unidades de Cuidados Paliativos e das Equipas Intra-hospitalares de Cuidados Paliativos, nomeadamente em termos de suficiência de recursos e número de horas dedicados à prestação de cuidados paliativos.

4 – Aposte na criação de serviços de cuidados paliativos pediátricos com forte apoio domiciliário, que acompanhem as crianças e famílias durante toda a sua trajetória de vida.

5 – Promova o reforço dos gabinetes de apoio no luto, garantindo, em cada serviço de cuidados paliativos, a existência de programa formal de acompanhamento e apoio no luto a família/cuidadores, com a descrição das etapas, ações/atividades e *timings* do programa.

6 – Promova o reforço da formação de todos os profissionais de saúde em cuidados paliativos, nomeadamente na formação pré-graduada, considerando esta como uma componente essencial da formação básica destes profissionais.

7 – Aprove o Estatuto do Cuidador Informal.

Assembleia da República, 15 de janeiro de 2019.

O Deputado do PAN, André Silva.

⁶ Cfr. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2766/file>.

⁷ Dos 148 planos de estudos analisados, somente 20 (2 de medicina e 18 de enfermagem) integram uma unidade curricular de cuidados paliativos.

⁸ Cfr. <https://ics.lisboa.ucp.pt/asset/2751/file>.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 1942/XIII/4.^a
PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO SETOR DA SAÚDE

O Relatório «Primavera 2018» do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), com um capítulo dedicado aos recursos humanos na saúde, alerta para a existência de uma falha que cumpre corrigir.

De acordo com o referido Relatório, não é possível conhecer, com exatidão, o número de profissionais em exercício na área da saúde em Portugal. Tal acontece porque, nas profissões reguladas, o registo nominal dos profissionais habilitados é obrigatório, sendo feito pelas Ordens Profissionais ou, na sua inexistência, pela ACSS. Todavia, este registo não permite saber quais os profissionais que estão efetivamente em exercício, nem quantos estão disponíveis para exercer, traduzindo apenas quais os profissionais que estão habilitados para o efeito.

Não existe, portanto, contabilização dos profissionais em exercício ativo. Apesar da recolha de informação no SNS permitir a contagem nominal nos serviços públicos, tal informação não existe para o sector privado, uma vez que não existe agregação semelhante de dados à realizada pela ACSS para o SNS, sendo esta situação agravada pelo multiemprego e pelo facto das Regiões Autónomas realizarem a sua própria contabilidade.

A título de exemplo, e de acordo com os dados mencionados no referido Relatório, no caso dos Médicos, embora seja recorrente a ideia de que, por comparação a valores internacionais, há excesso de médicos em Portugal, na verdade não se sabe exatamente qual o número de profissionais em exercício (total e por especialidade), nem quantos estão disponíveis para exercer no conjunto dos sectores público e privado. A contagem nominal diz respeito ao universo de médicos habilitados (internos e especialistas), registados na Ordem dos Médicos, o que não traduz, em cada ano, quantos deles exercem atividade e qual a atividade exercida. O mesmo acontece em relação aos Enfermeiros, uma vez que o registo na Ordem não permite conhecer aqueles dados. No caso dos Técnicos Superiores de Saúde¹, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica² e Assistentes Técnicos³ existe uma quase total ausência de informação sobre a sua disponibilidade e atividade no país. Por último, relativamente aos Assistentes Operacionais⁴, a principal evidência diz respeito à ausência de dados sobre a relação entre a disponibilidade (incluindo o total de efetivos no país, a sua distribuição por prestadores, os processos e ritmos de entrada e de saída da profissão) e necessidade, tanto no SNS como no sector privado.

Ora, o desconhecimento, em Portugal, da diferença entre o número de profissionais habilitados, disponíveis e em exercício, que existe em todas as profissões, com exceção dos farmacêuticos, tem consequências práticas que não podemos descurar. Como consequência, Portugal não consta nalgumas das comparações internacionais da OCDE em matéria de recursos humanos na saúde e não é possível fazer uma avaliação séria sobre se faltam ou não recursos humanos nesta área. Estes dados são essenciais para perceber se é necessário contratar mais profissionais, e quantos, bem como para fazer um planeamento das necessidades que poderão surgir. De facto, sendo traçados objetivos a nível dos cuidados de saúde, é necessário perceber quantos profissionais, das várias categorias, serão necessários e que competências terão que ter para os atingir. Ora, atualmente a informação sobre a disponibilidade dos recursos humanos na saúde não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o País tem, pelo que não é possível planear qual a que necessitará, a médio e longo prazo.

Para colmatar as falhas existentes, o Relatório apresenta uma série de recomendações que, por concordarmos, acolhemos neste projeto, as quais passamos a indicar.

A Lei n.º 104/2015, de 24 de agosto, criou o Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde. Este constitui um instrumento de planeamento das necessidades de profissionais de saúde no sector público, privado e social, bem como de coordenação das políticas de recursos humanos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Apesar da sua importância, o mesmo não foi ainda implementado, pelo que urge proceder à criação do mesmo,

¹ Inclui os ramos de engenharia sanitária, física hospitalar, psicologia clínica, veterinária, nutrição, laboratório, genética e farmácia.

² Inclui as profissões de técnico de análises clínicas e de saúde pública, técnico de anatomia patológica, citologia e tanatologia, técnico de audiologia, técnico de cardiopneumologia, técnico de farmácia, fisioterapeuta, higienista oral, técnico de medicina nuclear, técnico de neurofisiologia, ortoptista, ortoprotésico, técnico de prótese dentária, técnico de radiologia, técnico de radioterapia, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e técnico de saúde ambiental.

³ Inserem-se nesta categoria as de secretário clínico e de administrativo.

⁴ Inclui apoio à prestação de cuidados e atividades de apoio geral (condução de viaturas, transporte de mercadorias, vigilância, etc.).

devendo, igualmente, ser mandatado um organismo independente para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde.

Sem prejuízo de outros dados relevantes a recolher, consideramos que deve ser implementado um sistema estandardizado de recolha de dados de características demográficas e profissionais sobre todas as categorias dos recursos humanos em saúde existentes de modo desagregado, bem como informações sobre a atividade efetuada, as modalidades de contratação, absentismo e mobilidade dos trabalhadores empregados por prestadores públicos e privados.

Por último, deve ser definida uma estratégia para os recursos humanos, que seja o mais consensual possível, tornando o sistema de saúde mais eficiente e que melhor responda às necessidades existentes e que planeie, a médio e longo prazo, os objetivos a atingir na área da saúde e os meios necessários para os alcançar.

O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa com a epígrafe «Saúde» determina que «Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover». A alínea b) do n.º 3 do referido artigo estabelece que «Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o País em recursos humanos e unidades de saúde.» Ora, no nosso entendimento, a inexistência de dados concretos sobre o número de profissionais em exercício, impede o Estado de cumprir o disposto na referida alínea na medida em que não é fácil perceber se a cobertura de recursos humanos está a ser feita de modo racional e eficiente. Para além disso, desconhecendo-se estes dados e não sabendo que profissionais estão a exercer, corremos o risco de, no futuro, ter problemas de renovação geracional, por não ter sido feito o planeamento devido e acauteladas as situações de aposentação e a necessidade de formar mais jovens para satisfação das necessidades existentes.

Nestes termos, a Assembleia da República, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, por intermédio do presente projeto de resolução, recomenda ao Governo que:

1 – Garanta o cumprimento do disposto na Lei n.º 104/2015, de 24 de agosto, relativamente à criação do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde.

2 – Defina um organismo independente, existente ou novo, para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde.

3 – Desenvolva e implemente um sistema estandardizado de recolha de dados de características demográficas e profissionais sobre todas as categorias dos recursos humanos em saúde existentes, de modo desagregado, bem como recolha informações sobre a atividade efetuada, as modalidades de contratação, absentismo e mobilidade dos trabalhadores empregados por prestadores públicos e privados.

4 – Promova a criação de uma estratégia para os recursos humanos em saúde em Portugal.

Assembleia da República, 15 de janeiro de 2019.

O Deputado do PAN, André Silva.