



DIÁRIO

da Assembleia da República

XVI LEGISLATURA

1.ª SESSÃO LEGISLATIVA (2024-2025)

SUMÁRIO

Projetos de Lei (n.ºs 51 a 60/XVI/1.ª):

N.º 51/XVI/1.ª (PAN) — Aprova um programa de emergência fiscal, que garante uma atualização intercalar dos escalões de IRS, o alargamento do regime do IRS Jovem e a reposição do regime de IVA Zero nos produtos alimentares do cabaz essencial.

N.º 52/XVI/1.ª (PAN) — Garante o acesso dos trabalhadores-estudantes ao abono de família, a bolsas de ensino superior e a pensões de sobrevivência e a um regime especial de isenção contributiva, alterando o Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, e o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social.

N.º 53/XVI/1.ª (PAN) — Aplica a taxa reduzida do IVA aos produtos alimentares destinados a animais de companhia, alterando o Código do IVA.

N.º 54/XVI/1.ª (PAN) — Aplica a taxa reduzida do IVA aos atos médico-veterinários, alterando o Código do IVA.

N.º 55/XVI/1.ª (PAN) — Cria um regime especial de comparticipação do Estado no preço dos alimentos para fins medicinais específicos destinados às pessoas que apresentem risco nutricional associado à doença.

N.º 56/XVI/1.ª (PAN) — Aprova um regime excecional de avaliação do desempenho dos profissionais das carreiras de enfermagem do Serviço Nacional de Saúde para o biénio de 2025-2026, em reconhecimento do esforço empreendido no âmbito da pandemia da doença COVID-19.

N.º 57/XVI/1.ª (PAN) — Altera a carreira de enfermagem, repondo a justiça, valorizando trabalhadores essenciais ao Serviço Nacional de Saúde e ao País e premiar o esforço dado no âmbito da crise sanitária provocada pela COVID-19, alterando diversos diplomas.

N.º 58/XVI/1.ª (PCP) — Valorização profissional e remuneratória dos enfermeiros no SNS.

N.º 59/XVI/1.ª (L) — Estabelece o regime excecional de comparticipação do Estado no preço da nutrição entérica e define que a dispensa destas terapêuticas é feita pelas farmácias comunitárias.

N.º 60/XVI/1.ª (L) — Elimina as posições remuneratórias intermédias dos enfermeiros, alterando pela segunda vez o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio.

Projetos de Resolução (n.ºs 34 a 42/XVI/1.ª):

N.º 34/XVI/1.ª (CH) — Recomenda ao Governo que atribua o complemento de residência a todos os estudantes provenientes de agregados familiares de rendimento anual inferior aos constantes do limite do 6.º escalão de IRS.

N.º 35/XVI/1.ª (CH) — Recomenda ao Governo que tome as medidas necessárias à valorização estatutária e remuneratória da carreira especial de enfermagem.

N.º 36/XVI/1.ª (PAN) — Recomenda ao Governo que assegure a comparticipação de suplementos alimentares para pessoas com doença de Crohn.

N.º 37/XVI/1.ª (BE) — Acesso a Nutrição Entérica.

N.º 38/XVI/1.ª (BE) — Progressões, salários e condições de trabalho para os profissionais de enfermagem do Serviço Nacional de Saúde.

N.º 39/XVI/1.ª (L) — Recomenda a contagem de pontos e reposição da paridade entre a carreira de enfermagem e a carreira técnica superior da Administração Pública.

N.º 40/XVI/1.ª (PCP) — Pelo acesso a produtos não farmacológicos para o tratamento da doença inflamatória do intestino, nomeadamente a doença de Crohn.

N.º 41/XVI/1.ª (CH) — Recomenda que o Estado português não adira ao tratado pandémico.

N.º 42/XVI/1.ª (PS) — Recomenda ao Governo a acessibilidade aos cuidados nutricionais no ambulatório.

PROJETO DE LEI N.º 51/XVI/1.^a**APROVA UM PROGRAMA DE EMERGÊNCIA FISCAL, QUE GARANTE UMA ATUALIZAÇÃO INTERCALAR DOS ESCALÕES DE IRS, O ALARGAMENTO DO REGIME DO IRS JOVEM E A REPOSIÇÃO DO REGIME DE IVA ZERO NOS PRODUTOS ALIMENTARES DO CABAZ ESSENCIAL****Exposição de motivos**

O Orçamento do Estado para 2023, aprovado pela Lei n.º 24-D/2022, de 30 de dezembro, previu uma atualização de escalões de IRS à taxa de 5,1 % e a redução das taxas médias a partir do segundo escalão. Apesar de esta atualização de escalões de IRS estar alinhada com o objetivo de aumento salarial fixado no Acordo de Médio Prazo de Melhoria dos Rendimentos, dos Salários e da Competitividade, assinado em sede de concertação social, a verdade é que, ao não acomodar os valores da inflação de 2021 – 1,3 % – e de 2022 – 7,8 % – registados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), na prática, traduziu-se em perdas reais de rendimentos das famílias no ano de 2023. Esta situação não só não foi corrigida como foi agravada pelo Orçamento do Estado para 2024, aprovado pela Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que previu uma atualização dos escalões do IRS de 3 %, abaixo da inflação de 4,3 % registada pelo INE.

Por seu turno, os Orçamentos do Estado para 2023 e para 2024, mais uma vez e conforme vem sucedendo desde 2015, não atualizaram os valores das deduções específicas dos salários e das pensões, continuando com valores 72 % abaixo dos que vigoraram até 2010.

Sucede que, desta forma, há um total acumulado de inflação de 10,501 % que não foi considerado nas alterações dos escalões operadas por via dos Orçamentos do Estado para 2022, 2023 e 2024 e que, aliado ao congelamento dos valores das deduções específicas dos salários e das pensões, está a significar uma perda real de rendimentos das famílias. Em concreto, com a atualização de escalões concretizada no Orçamento deste ano e atendendo aos valores de inflação registados em 2021, 2022 e 2023, um contribuinte, seja ele trabalhador ou pensionista, com rendimentos mensais de 1200 euros, 1463 euros ou 2000 euros será prejudicado na sua coleta de IRS, respetivamente, em 219 euros, em 238 euros ou em 421 euros.

Estas perdas de rendimento em sede de IRS estão a dar um contributo significativo para uma arrecadação extraordinária da receita do Estado à custa da inflação e a agravar a situação económica das famílias. A confirmá-lo está a análise do Conselho de Finanças Públicas (CFP) que, no seu relatório sobre a evolução orçamental das Administrações Públicas em 2022, divulgado em maio, afirmou que só o facto de o Governo não ter atualizado os limites dos escalões do IRS em função da inflação registada em 2022, gerou uma receita fiscal adicional de aproximadamente 523 milhões de euros, o equivalente a 0,2 % do PIB e a um quarto do crescimento da receita de IRS do ano passado. Por seu turno, o economista Eugénio Rosa estimou que o congelamento dos valores das deduções específicas estaria a gerar uma receita anual adicional de 1700 milhões de euros ao erário público.

Numa perspetiva mais geral, o Banco de Portugal (BdP), no seu *Boletim Económico* do mês de junho de 2023, afirmou que as medidas tomadas pelo anterior Governo, em 2022, para devolver às famílias a receita extraordinária gerada pela inflação tiveram um custo previsto de 1,4 mil milhões de euros, sendo que o valor da receita fiscal e contributiva extraordinária gerada pela inflação se cifra no 4025 milhões de euros. Ou seja, na prática estão por devolver às famílias mais de 2,6 mil milhões de euros e o Estado está a lucrar com a crise social provocada pela escalada da inflação.

Em paralelo, verificámos também problemas em medidas positivas como o regime do IRS Jovem e o IVA Zero dos bens alimentares do cabaz essencial. Por um lado, no que concerne ao IVA zero verificou-se que esta era uma medida manifestamente insuficiente não só na sua duração, mas principalmente no seu leque de beneficiários (já exclui os jovens inseridos num agregado familiar). Por outro lado, o regime do IVA zero nos bens alimentares do cabaz essencial, aprovado Lei n.º 17/2023, de 14 de abril, teve um fim precipitado que gerou desde o início do ano um aumento das despesas das famílias. De acordo com os dados da *DECO Proteste* referentes ao dia 13 de março, desde o último dia de isenção de IVA, a 4 de janeiro, o preço do cabaz essencial já aumentou 3,11 euros (2,1 %), de 141,97 euros para 145,08 euros, havendo mesmo produtos como a cebola que registaram aumentos de preço de 11 %, valor bem acima do aumento do valor do IVA.

Estes dados são bem demonstrativos de que, contrariamente ao afirmado pelo anterior Governo, embora

estas alterações em sede de IRS previstas nos Orçamentos do Estado para 2023 e 2024 tenham contribuído para uma mitigação da perda de rendimentos ditada pela inflação, a verdade é que ao manterem e trazerem perdas encapotadas de impostos não só não asseguraram a proteção integral do rendimento das famílias como reduziram esses rendimentos. O PAN, sem sucesso, alertou o Governo para esta situação e procurou revertê-la com propostas concretas quer na discussão na especialidade dos Orçamentos do Estado para 2023 e para 2024, quer em sede de processo legislativo ordinário e de discussão do Programa de Estabilidade 2023-2027 no Programa Nacional de Reformas 2023.

Com a presente iniciativa, o PAN pretende assegurar a aprovação de um programa de emergência fiscal, que já em 2024 garanta:

- Uma atualização intercalar dos escalões de IRS, com a revisão dos respetivos limites para o valor que teriam se desde 2021 se tivesse considerado a inflação realmente verificada e que levará um trabalhador que ganhe o salário médio (1463 euros) a poupar 238 euros num ano. Propõe-se, ainda, uma redução de 1 % da taxa de IRS dos 6.º e 7.º escalões de IRS, que não foram incluídos na redução de IRS prevista no Orçamento do Estado para 2024 – que, deste modo, deixou de fora grande parte da classe média;
- Uma atualização da dedução específica da Categoria A (trabalho dependente) e da Categoria H (pensões), fixada em 4104 euros e inalterada desde 2015, para 4915 euros;
- O alargamento do regime do IRS Jovem por forma a que dure mais 2 anos (com redução de imposto de 15 % no 6.º ano e de 5 % no 7.º ano) e inclua também os jovens englobados num agregado familiar; e
- A reposição do regime de IVA zero nos produtos do cabaz essencial com vigência até ao final do ano de 2024.

Deste modo, pretende-se compensar, por via fiscal, todos os contribuintes – sejam eles trabalhadores, trabalhadores em início de carreira e pensionistas, sejam eles contribuintes pertencentes às classes mais baixas de rendimentos ou contribuintes pertencentes à classe média –, pela inflação acumulada dos anos de 2021, 2022 e 2023, de modo a proteger efetivamente os seus rendimentos, particularmente, no contexto de crise económica que estamos a viver, e garantir transparência fiscal por via do impedimento de aumentos encapotados de IRS.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada Deputada do Pessoas-Animaís-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei aprova um programa de emergência fiscal, procedendo para o efeito:

- a) À alteração do Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares (Código do IRS), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 442-A/88, de 30 de novembro, na sua redação atual;
- b) À terceira alteração à Lei n.º 17/2023, de 14 de abril, alterada pelas Leis n.ºs 60-A/2023, de 31 de outubro, e 81/2023, de 28 de dezembro, que procede à aplicação transitória de isenção de imposto sobre o valor acrescentado a certos produtos alimentares.

Artigo 2.º

Alteração do Código do IRS

São alterados os artigos 12.º-B, 25.º, 53.º e 68.º do Código do IRS, que passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 12.º-B

[...]

1 – Os rendimentos da Categoria A e B, auferidos por sujeito passivo entre os 18 e os 26 anos, ficam parcialmente isentos de IRS, nos sete primeiros anos de obtenção de rendimentos do trabalho após o ano da

conclusão de ciclo de estudos igual ou superior ao nível 4 do Quadro Nacional de Qualificações, mediante opção na declaração de rendimentos a que se refere o artigo 57.º.

2 – [...]

3 – [...]

a) [...]

b) [...]

4 – [...]

5 – A isenção a que se refere o n.º 1 é de:

a) 100 % no primeiro ano, com o limite de 40 vezes o valor do IAS;

b) 75 % no segundo ano, com o limite de 30 vezes o valor do IAS;

c) 50 % no terceiro e no quarto anos, com o limite de 20 vezes o valor do IAS;

d) 25 % no quinto ano, com o limite de 10 vezes o valor do IAS;

e) 15 % no sexto ano com o limite de 5 vezes o valor do IAS; e

f) 5 % no último ano, com o limite de 2,5 vezes o valor do IAS.

6 – [...]

7 – [...]

8 – [...]

Artigo 25.º

[...]

1 – [...]

a) (euro) 4915;

b) [...]

c) [...]

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – [...]

Artigo 53.º

[...]

1 – Aos rendimentos brutos da Categoria H de valor anual igual ou inferior a (euro) 4915 deduz-se, até à sua concorrência, a totalidade do seu quantitativo por cada titular que os tenha auferido;

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

a) [...]

b) [...]

5 – [...]

6 – [...]

7 – [...]

Artigo 68.º
[...]

1 – [...]

Rendimento coletável (euros)	Taxas (percentagem)	
	Normal (A)	Média (B)
Até 8603	[...]	[...]
De mais de 8603 até 12 980	[...]	[...]
De mais de 12 980 até 18 396	[...]	[...]
De mais de 18 396 até 23 811	[...]	[...]
De mais de 23 811 até 30 315	[...]	[...]
De mais de 30 315 até 44 437	36	28,05 9
De mais de 44 436 até 58 069	42,50	31,09 1
De mais de 58 069 até 90 681	[...]	[...]
Superior a 90 681	[...]	-

2 – [...]»

Artigo 3.º
Alteração à Lei n.º 17/2023, de 14 de abril

O artigo 3.º da Lei n.º 17/2023, de 14 de abril, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 3.º
[...]

A presente lei vigora entre os dias 1 de maio de 2024 e 31 de dezembro de 2024.»

Artigo 4.º
Produção de efeitos

As alterações previstas no artigo 2.º produzem efeitos à data de 1 de janeiro de 2024, sendo os termos de tal produção de efeitos concretizados, de um modo faseado e compatível com a sustentabilidade das contas públicas, em portaria do membro do Governo responsável pela área das finanças, a aprovar no prazo de 30 dias após a publicação da presente lei.

Artigo 5.º
Entrada em vigor

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

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

—

PROJETO DE LEI N.º 52/XVI/1.^a**GARANTE O ACESSO DOS TRABALHADORES-ESTUDANTES AO ABONO DE FAMÍLIA, A BOLSAS DE ENSINO SUPERIOR E A PENSÕES DE SOBREVIVÊNCIA E A UM REGIME ESPECIAL DE ISENÇÃO CONTRIBUTIVA, ALTERANDO O DECRETO-LEI N.º 70/2010, DE 16 DE JUNHO, E O CÓDIGO DOS REGIMES CONTRIBUTIVOS DO SISTEMA PREVIDENCIAL DE SEGURANÇA SOCIAL****Exposição de motivos**

No nosso País o regime aplicável ao trabalhador-estudante consta do Código do Trabalho, que o define como «o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino, ou ainda curso de formação profissional ou programa de ocupação temporária de jovens com duração igual ou superior a seis meses», fazendo depender a manutenção de um tal estatuto do aproveitamento escolar no ano letivo anterior.

Este regime prevê ainda normas gerais sobre a organização do tempo de trabalho dos trabalhadores com este estatuto, a possibilidade de dispensa de trabalho para frequência de aulas e prestação de provas de avaliação e um regime específico de férias e licenças, sendo objeto de concretização na Lei n.º 105/2009, de 14 de setembro, que prevê a existência de épocas especiais de exames para estes estudantes e a garantia de serviços de apoio nos estabelecimentos de ensino com horário pós-laboral.

Apesar de o enquadramento legal do estatuto do trabalhador-estudante estar há muito assegurado no nosso País, a verdade é que continua a ser baixo o número de estudantes que em Portugal beneficiam deste estatuto. Tal é-nos confirmado por dados do Eurostat referentes ao ano de 2022, que nos dizem que Portugal tem 10 % de estudantes com estatuto de trabalhador-estudante, valor bem abaixo da média dos países da União Europeia, que se cifra nos 23 %. Importa sublinhar que, no nosso País, existem 2,9 % de estudantes à procura de emprego, que são classificados pelo Eurostat como desempregados, sendo este valor próximo do da média da União Europeia.

Estes dados alertam-nos, conforme nota a petição «Promover a independência jovem em Portugal», para a necessidade de se proceder a uma reflexão sobre as melhorias a empreender no quadro legal e o regulamento enquadrador do estatuto do trabalhador-estudante, de forma a avaliar e a derrubar as barreiras que persistem a este mecanismo de desenvolvimento académico e profissional.

Esta reflexão transversal afigura-se como necessária e pertinente tendo em conta que o Estatuto do Trabalhador-Estudante foi uma matéria que não foi objeto de análise no âmbito do *Livro Verde sobre o Futuro do Trabalho*, nem da Agenda do Trabalho Digno que lhe deu concretização – sendo que a Lei n.º 13/2023, de 3 de abril, neste domínio apenas teve como novidade a previsão de regras referentes ao contrato de trabalho com estudante em período de férias ou interrupção letiva, bem como a alteração do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, no sentido de assegurar que os trabalhadores-estudantes e que os jovens estudantes que trabalham durante as férias não perdem, por esse motivo, o direito de acesso a bolsas de estudo, ao abono de família e a outros apoios sociais públicos, quando os seus rendimentos anuais de trabalho não sejam superiores a 14 remunerações mínimas mensais garantidas, e a regulamentação aprovada por via do Decreto-Lei n.º 53/2023, de 5 de julho, garantiu a aplicação de tal garantia às pensões de sobrevivência.

Na anterior Legislatura, por proposta do PAN, foi aprovada, apenas com a abstenção do PCP e do BE, a Resolução da Assembleia da República n.º 1/2024, que, entre outras coisas, instava o Governo a avaliar a não exclusão dos descendentes de beneficiários da ADSE que, enquanto trabalhadores-estudantes, auferiram rendimentos até determinado limiar e a proceder a uma regulamentação transversal da definição de jovem à procura do primeiro emprego.

Não obstante os avanços registados na Agenda do Trabalho Digno, a alteração efetuada pela Lei n.º 13/2023, de 3 de abril, ao Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, apenas salvaguardou os trabalhadores-estudantes que trabalhem em regime de trabalho dependente com rendimentos inferiores a 14 remunerações mínimas mensais garantidas no âmbito das regras que impedem a perda de apoios sociais públicos (como bolsas de estudo) em virtude da obtenção de rendimentos, deixando assim de fora e de modo injustificado os trabalhadores independentes.

Esta lacuna poderá prejudicar gravemente e de forma injustificada os trabalhadores-estudantes que exercem funções enquanto trabalhadores independentes no acesso a apoios sociais públicos e em especial a bolsas de estudo no ensino superior – visto que esta situação não foi devidamente acautelada pelo Despacho n.º 7647/2023, que alterou o Regulamento de Atribuição de Bolsas de Estudo a Estudantes do Ensino Superior e que se aplicará aos requerimentos de bolsa do ano letivo 2023/2024.

Por isso mesmo e para pôr fim a esta discriminação injustificada, o PAN propõe que se proceda ao preenchimento desta lacuna por via da alteração ao Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, em termos que, para efeitos de atribuição da prestação social abono de família, de bolsas de ensino superior e pensões de sobrevivência, não sejam considerados como rendimentos os rendimentos auferidos por jovens trabalhadores-estudantes, com idade igual ou inferior a 27 anos, cujo montante anual não seja superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida. Desta forma, equipara-se o tratamento dado a trabalhadores independentes àquele que foi dado aos trabalhadores dependentes por via da Agenda do Trabalho Digno.

Em paralelo, com a presente iniciativa pretendemos criar um regime especial de isenção contributiva aplicável aos jovens trabalhadores-estudantes que auferirem rendimentos anuais de trabalho não superiores a 14 remunerações mínimas mensais garantidas, sem comprometer o posterior deferimento de isenção contributiva de 12 meses à Segurança Social aquando da entrada no mercado de trabalho. Esta alteração justifica-se porque o atual regime, na prática, desincentiva a prestação de trabalho declarado por estudantes e incentiva uma lógica de trabalho informal, já que a isenção nos primeiros 12 meses de atividade em regime de trabalhador independente acaba por ser deferida aos trabalhadores-estudantes quando começam a trabalhar para suportar os estudos (em regra com rendimentos mais baixos, com carácter pontual e sem ser em trabalho em horário completo) ao invés de no momento em que realmente entram no mercado de trabalho.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animaís-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei procede:

a) À décima alteração ao Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de proteção familiar e do subsistema de solidariedade, bem como para a atribuição de outros apoios sociais públicos, e procede às alterações na atribuição do rendimento social de inserção, tomando medidas para aumentar a possibilidade de inserção dos seus beneficiários, alterado pela Lei n.º 71/2018, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 120/2018, de 27 de dezembro, pela Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 90/2017, de 28 de julho, pela Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, pelos Decretos-Leis n.ºs 133/2012, de 27 de junho, e 113/2011, de 29 de novembro, pela Lei n.º 15/2011, de 3 de maio, e pela Lei n.º 13/2023, de 3 de abril;

b) À alteração ao Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social, aprovado em anexo à Lei n.º 110/2009, de 16 de setembro;

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho

É alterado o artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, que passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 7.º

[...]

1 – [...]

2 – O disposto no número anterior não se aplica aos rendimentos de trabalho independente auferidos por jovens trabalhadores-estudantes, com idade igual ou inferior a 27 anos, cujo montante anual não seja superior

a 14 vezes a RMMG, para efeitos de atribuição da prestação social abono de família, de bolsas de ensino superior e pensões de sobrevivência.

3 – (Anterior n.º 2.)

4 – (Anterior n.º 3.)»

Artigo 3.º

Alteração ao Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social

São alterados os artigos 57.º e 157.º do Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social, aprovado em anexo à Lei n.º 110/2009, de 16 de setembro, que passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 57.º

[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – Ficam isentos do pagamento de taxas contributivas os indivíduos detentores do estatuto de trabalhador-estudante, com idade igual ou inferior a 27 anos, cujo rendimento médio anual não seja superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida (RMMG).

Artigo 157.º

[...]

1 – [...]

a) [...]

b) [...]

c) [...]

d) [...]

e) Quando seja detentor do estatuto de trabalhador-estudante, desde que se verifiquem cumulativamente as seguintes condições:

i) Tenha idade igual ou inferior a 27 anos;

ii) O rendimento médio anual não seja superior a 14 vezes a retribuição mínima mensal garantida (RMMG);

iii) O rendimento não esteja abrangido pelo regime de contabilidade organizada.»

Artigo 4.º

Perda de receita

A perda de receita da Segurança Social resultante das alterações introduzidas pelo artigo 3.º da presente lei é compensada por via de transferências anuais do Orçamento do Estado.

Artigo 5.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor na data de entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 53/XVI/1.^a
APLICA A TAXA REDUZIDA DO IVA AOS PRODUTOS ALIMENTARES DESTINADOS A ANIMAIS DE
COMPANHIA, ALTERANDO O CÓDIGO DO IVA

Exposição de motivos

Com a escalada dos preços, por conta do aumento da inflação, no final do ano de 2022 a alimentação para os animais de companhia já estava 21 % mais cara do que no ano anterior, de acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística e da Associação Portuguesa dos Alimentos Compostos para Animais (APACA). Por exemplo, o aumento sentido nas rações para cães foi de 30 % e nas dos gatos 25 %, com as vendas de rações a caírem 5 %.

O agravamento das despesas associadas à alimentação, e também aos cuidados médico-veterinários dos animais, tem mais consequências para além do aumento do custo de vida dos detentores, que, em cada vez mais situações, se veem forçados a deixar de comer para conseguirem pagar a alimentação e os cuidados aos seus animais de companhia, algo que nunca deveria ser permitido acontecer no nosso País.

Conforme têm alertado várias associações de proteção animal, há detentores que acabam por abandonar os animais por não terem possibilidade de assegurar a alimentação ou demais cuidados de que os animais carecem, ou por recorrer mais às associações para os ajudar, quando as próprias já se encontram sobrelotadas e sem recursos financeiros para prestar esse auxílio.

Neste sentido, o PAN entende que é fundamental garantir o bem-estar dos animais de companhia, promovendo a todos os tutores e associações de proteção animal a possibilidade de adquirir a alimentação necessária para os seus animais.

Em Portugal, cerca de metade dos lares têm, pelo menos, um animal de companhia. A tendência indica que esse valor tem vindo a aumentar, o que é demonstrativo da importância que os animais de companhia e o seu bem-estar têm nos agregados familiares portugueses.

O reconhecimento da dignidade dos animais foi especialmente proclamado no artigo 13.º do Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia, no qual se reconhece a sentiência dos animais não humanos e exige que os Estados-Membros tenham em conta o seu bem-estar.

A Lei n.º 8/2017, de 3 de março de 2017, publicada na I Série do *Diário da República* n.º 45/2017, estabelece um estatuto jurídico dos animais, que alterou, entre outros diplomas legais, o Código Civil, no qual ficaram autonomizadas as disposições respeitantes aos animais, passando a ser reconhecido que «os animais são seres vivos dotados de sensibilidade e objeto de proteção jurídica em virtude da sua natureza».

Não se deve ignorar que a não prestação de cuidados de alimentação e de saúde a um animal pode inclusivamente constituir crime contra animal de companhia, conforme previsto e punido pelos artigos 387.º e 388.º do Código Penal.

Por estas razões, a existência de mecanismos públicos que garantam o apoio às pessoas que detenham animais de companhia e associações de proteção animal é absolutamente fundamental para garantir o cumprimento dos deveres legalmente impostos, uma vez que a incapacidade de prestar este tipo de cuidados é uma circunstância suscetível de afetar não só o animal, como os seus tutores, que, detendo animais de companhia, se veem privados de lhes prestar cuidados por razões socioeconómicas.

Acontece que se grande parte das famílias portuguesas se encontra em dificuldades para conseguir suportar as suas despesas, as despesas com os animais de companhia, sendo pesadas, podem levar a que as pessoas tenham de decidir entre comprar a sua comida ou a do seu animal ou levar até ao abandono do animal por impossibilidade económica.

O PAN apresentou e viu rejeitadas, por diversas vezes ao longo das últimas legislaturas, a proposta de

reduzir o IVA para a alimentação, bem como para os serviços médico-veterinários. No entanto, foi na sequência de proposta do PAN que, através da Lei n.º 81/2023, de 28 de dezembro, se assegurou a isenção de IVA nas transmissões de todos os produtos, secos ou húmidos, destinados à alimentação de animais de companhia quando acolhidos por associações de proteção animal legalmente constituídas, uma ajuda importante no contexto da inflação.

Não se pode ignorar que atualmente a taxa de IVA aplicável aos produtos alimentares destinados a animais de companhia, como rações, é de 23 %, sendo, por exemplo, em Espanha de apenas 10 %. Esta situação tem elevado impacto na nossa economia, afetando a competitividade das empresas nacionais, pois quem vive nas regiões junto à fronteira opta por os adquirir em Espanha, tendo ainda consequências ao nível da perda de receita fiscal pela não cobrança pelo Estado do IVA, que será cobrado pelo Estado espanhol, com a venda daqueles produtos.

Esta situação prejudica os cuidadores dos animais e muitos agregados familiares que se veem sujeitos a grandes esforços para poderem alimentar os animais de companhia que têm a seu cargo, pelo que a redução da taxa de IVA para a taxa de 6 % contribuiria para uma poupança significativa para estas entidades e famílias e para um combate ao abandono animal. Assim, consideramos serem inegáveis as vantagens que decorrem desta redução da taxa de IVA na alimentação dos animais de companhia, não só para o bem-estar dos animais, mas como uma medida social.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei determina a aplicação de taxa de IVA de 6 % aos produtos alimentares destinados a animais de companhia, procedendo para o efeito à alteração ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 394-B/84, de 26 de dezembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Código do IVA

É aditada a verba 2.42 à Lista I anexa ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 394-B/84, de 26 de dezembro, com a seguinte redação:

«2.42 – Produtos alimentares, secos ou húmidos, destinados a animais de companhia.»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com a entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 54/XVI/1.^a**APLICA A TAXA REDUZIDA DO IVA AOS ATOS MÉDICO-VETERINÁRIOS, ALTERANDO O CÓDIGO DO IVA****Exposição de motivos**

O bem-estar e a saúde animal são hoje uma preocupação incontornável, que encontra respaldo em diferente legislação, decorrente até do valor afetivo que, em particular os animais de companhia, revestem para o ser humano e ainda do conceito «uma só saúde».

A crise inflacionária que estamos a viver agravou as dificuldades das famílias e das pessoas mais vulneráveis económica e socialmente, incluindo aquelas que vivem no limiar da pobreza. É um dever do Estado minimizar os impactos negativos da crise social na vida de todas as pessoas, através de medidas que assegurem que ninguém fique privado dos seus direitos e do acesso com os animais de companhia aos cuidados de saúde de que estes possam carecer.

Neste sentido, o PAN entende que é fundamental garantir o bem-estar dos animais de companhia, promovendo o acesso a serviços médico-veterinários a todas as pessoas, principalmente às mais vulneráveis. Segundo o Instituto Ricardo Jorge, o conceito de «uma só saúde» reconhece que a saúde humana está relacionada com a saúde dos animais e do ambiente, isto é, que a alimentação humana, a alimentação animal, a saúde humana e animal e a contaminação ambiental estão intimamente ligadas.

Em Portugal, cerca de metade dos lares têm, pelo menos, um animal de companhia. A tendência indica que esse valor tem vindo a aumentar, de acordo com o estudo realizado em 2015 pela GFK, que revela bem a importância que os animais de companhia e o seu bem-estar têm nos agregados familiares portugueses.

A Convenção Europeia para a Proteção dos Animais de Companhia, ratificada através do Decreto n.º 13/93, de 13 de abril, publicado no *Diário da República* n.º 86/1993, Série I-A, de 13-04-1993, reconhece no seu preâmbulo «a importância dos animais de companhia em virtude da sua contribuição para a qualidade de vida, e por conseguinte, o seu valor para a sociedade», estabelecendo alguns princípios fundamentais em matéria de bem-estar animal.

As medidas gerais de proteção aos animais previstas na Lei de Proteção aos Animais, Lei n.º 92/95, de 12 de setembro, estabelecem que «os animais doentes, feridos ou em perigo devem, na medida do possível, ser socorridos» (cf. n.º 2 do artigo 1.º).

O reconhecimento da dignidade dos animais foi especialmente proclamado no artigo 13.º do Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia, no qual se reconhece a senciência dos animais não humanos e exige que os Estados-Membros tenham em conta o seu bem-estar.

A Lei n.º 8/2017, de 3 de março, publicada na I Série do *Diário da República* n.º 45/2017, estabelece um estatuto jurídico dos animais que alterou, entre outros diplomas legais, o Código Civil, no qual ficaram autonomizadas as disposições respeitantes aos animais, passando a ser reconhecido que «os animais são seres vivos dotados de sensibilidade e objeto de proteção jurídica em virtude da sua natureza».

No âmbito da referida alteração legislativa, veio a ser aditado, entre outros, o artigo 1305.º-A, prevendo-se expressamente que o «proprietário» de um animal deverá assegurar o seu bem-estar, o qual inclui, nomeadamente, a garantia de acesso a água e alimentação de acordo com as necessidades da espécie em questão, bem como a cuidados médico-veterinários sempre que justificado, incluindo as medidas profiláticas, de identificação e de vacinação, previstas na lei.

Não se deve ignorar que a não prestação de cuidados de alimentação e de saúde a um animal pode inclusivamente constituir crime contra animal de companhia, conforme previsto e punido pelos artigos 387.º e 388.º do Código Penal.

Com efeito, a Lei n.º 69/2014, de 29 de agosto, publicada na Série I do *Diário da República* n.º 166/2014, veio aditar o artigo 387.º ao Código Penal, criminalizando os maus tratos a animais de companhia, e proceder à segunda alteração à Lei n.º 92/95, de 12 de setembro, relativa à proteção aos animais. Desta forma, e considerando que os maus tratos podem derivar de uma ação ou omissão, pode a falta de cuidados médico-veterinários, causadores de sofrimento ou até mesmo da morte de um animal, consubstanciar um crime de maus

tratos.

O artigo 388.º do Código Penal, na sua atual redação, prevê ainda que «Quem, tendo o dever de guardar, vigiar ou assistir animal de companhia, o abandonar, pondo desse modo em perigo a sua alimentação e a prestação de cuidados que lhe são devidos, é punido com pena de prisão até seis meses ou com pena de multa até 60 dias.» (n.º 1) e que «Se dos factos previstos no número anterior resultar perigo para a vida do animal, o limite da pena aí referida é agravado em um terço» (n.º 2).

Por estas razões, a ausência de mecanismos públicos que garantam o apoio às populações mais vulneráveis que detenham animais de companhia é absolutamente fundamental para garantir o cumprimento dos deveres legalmente impostos aos detentores de animais, circunstância que é suscetível até afetar emocionalmente as pessoas que, detendo animais de companhia, se veem privadas por razões socioeconómicas de lhes prestar cuidados.

De acordo com o já citado estudo da GfK (GfK/Track.2Pets), publicado em 2015, estima-se que cerca de 2,151 milhões (ou seja, 56 %) de lares portugueses possuem, pelo menos, um animal de estimação, sendo a alteração dos núcleos familiares, bem como a perceção de que os animais de estimação contribuem para o bem-estar físico e psicológico dos seus tutores, uma das razões apontadas para justificar o seu crescente aumento.

No seguimento do mesmo estudo, globalmente e em média, os gastos com os animais de estimação rondam os 12 % do total do orçamento familiar, sendo que relativamente aos cuidados de saúde 74 % dos detentores de cães consideram a saúde do seu animal um fator de extrema importância, comparativamente com 71 % no caso dos detentores de gatos.

Acontece que a maioria das famílias portuguesas não consegue suportar as despesas decorrentes destes cuidados, em particular dos que são derivados de intervenções mais onerosas, como é o caso das cirurgias ou de outros procedimentos não rotineiros.

No entanto, não está previsto o apoio às famílias que detêm animais de companhia ou associações zoófilas, para as quais o aumento do preço da alimentação e dos cuidados de saúde animal decorrentes da inflação assumem valores incomportáveis.

Tendo em conta que os atos médico-veterinários continuam a ser taxados à taxa máxima de IVA, e que muitas pessoas não conseguem comportar estes custos, colocando em causa o bem-estar dos seus animais de companhia, é importante que o Estado viabilize o acesso a estes serviços essenciais para a saúde e bem-estar dos animais.

Esta é uma reivindicação antiga e justa, que se torna ainda mais premente neste contexto de crise em que são exigidos mais sacrifícios aos portugueses.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei determina a aplicação de taxa de IVA de 6 % para a prestação de serviços médico-veterinários, procedendo para o efeito à alteração ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 394-B/84, de 26 de dezembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Código do IVA

É aditada a verba 2.43 à Lista I anexa ao Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 394-B/84, de 26 de dezembro, com a seguinte redação:

«2.43 – Prestação de serviços médico-veterinários.»

Artigo 3.º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com a entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 55/XVI/1.ª

**CRIA UM REGIME ESPECIAL DE COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO NO PREÇO DOS ALIMENTOS
PARA FINS MEDICINAIS ESPECÍFICOS DESTINADOS ÀS PESSOAS QUE APRESENTEM RISCO
NUTRICIONAL ASSOCIADO À DOENÇA**

Exposição de motivos

Portugal é dos poucos países da União Europeia que não garante o acesso gratuito à nutrição clínica – nutrição entérica e parentérica – em ambulatório ou ao domicílio. Dados os elevados preços deste tipo de alimentos (muitas vezes na ordem das centenas de euros por mês), muitos doentes acabam por ficar em circunstância de vulnerabilidade nutricional e por vezes só com o internamento hospitalar conseguem aceder à nutrição clínica. Esta situação é particularmente comum no caso das doenças inflamatórias do intestino, como a colite ulcerosa e a doença de Crohn, mas verifica-se também no caso da enterite por quimioterapia e/ou radioterapia.

Mesmo que a Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro, preveja a dispensa, sem custos, deste tipo nutrição clínica aos utentes com doença de Crohn nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, a verdade é que essa dispensa nem sempre é assegurada em tempo útil. De acordo com os dados do portal do Ministério da Saúde, um paciente com doença de Crohn que seja considerado normal tem, atualmente, no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, um tempo de espera aproximado de 80 dias para conseguir uma consulta, 154 dias no Hospital de São João, no Porto, 179 dias no hospital de Coimbra e 44 dias no Hospital de Faro.

A malnutrição associada à doença é um estado resultante de ingestão insuficiente ou desequilibrada de nutrientes em função das necessidades nutricionais, que leva a efeitos adversos que podem provocar, por exemplo, a diminuição das capacidades físicas e mentais em termos que comprometem o prognóstico clínico e levam muitas vezes a mais tratamentos hospitalares e a reinternamentos. Alguns dados dizem-nos que a malnutrição associada à doença está presente em 20 % a 50 % dos casos de hospitalização, à data de admissão.

Estes problemas e dificuldades de acesso à nutrição clínica foram, inclusive, objeto de tratamento na Norma Organizacional n.º 017/2020, da Direção-Geral da Saúde, que definiu as patologias e situações clínicas que exigem necessidades nutricionais que condições clínicas e respetivas patologias das quais resultem alterações da ingestão alimentar e/ou alterações na absorção e aumento das necessidades nutricionais supridas pela administração de nutrição clínica.

Por isso mesmo e atendendo à eficácia destes produtos no tratamento de diversas doenças, dando resposta aos apelos feitos à Assembleia da República pela Petição n.º 87/XV/1, com a presente iniciativa, o PAN pretende criar um regime especial de comparticipação do Estado no preço dos alimentos para fins medicinais específicos destinados às pessoas que apresentem risco nutricional associado à doença.

Com esta proposta, o PAN pretende assegurar que os utentes com condições clínicas e respetivas patologias das quais resultem alterações da ingestão alimentar e/ou alterações na absorção e aumento das necessidades nutricionais (como é o caso dos utentes com doenças inflamatórias do intestino) passem a ter direito à comparticipação do Estado em 100 % do preço de venda ao público dos suplementos destinados à nutrição

clínica, quando adquiridos nas farmácias de oficina/comunitárias.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei aprova um regime especial de comparticipação do Estado no preço dos alimentos para fins medicinais específicos destinados às pessoas que apresentem risco nutricional associado à doença, prescritos aos utentes do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários da Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.

Artigo 2.º

Condições clínicas e alimentos abrangidos

1 – As condições clínicas e respetivas patologias das quais resultem alterações da ingestão alimentar e/ou alterações na absorção e aumento das necessidades nutricionais, elegíveis para efeitos do presente regime especial comparticipação, são as constantes do Anexo II da Norma Organizacional n.º 017/2020, da Direcção-Geral da Saúde, ou da norma organizacional que a venha a alterar ou substituir.

2 – O presente regime especial abrange os alimentos para fins medicinais específicos e especificamente destinados à gestão da nutrição, incluindo suplementos nutricionais orais e fórmulas de nutrição entérica por sonda, definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a aprovar no prazo de 90 dias após a publicação da presente lei e mediante consulta prévia à Direcção-Geral da Saúde e às organizações nacionais representativas das pessoas que apresentem risco nutricional associado à doença e dos utentes do sistema de saúde.

3 – A portaria definida no número anterior, relativamente à nutrição entérica, deverá obedecer aos critérios de classificação descritos no Grupo 11 do Anexo I ao Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 4742/2014, de 2 de abril, e à terminologia e descrições adotadas pela Sociedade Europeia de Nutrição Entérica e Parentérica.

4 – A portaria referida no n.º 2 deverá ainda regulamentar os procedimentos de comparticipação e a tramitação do processo de inclusão de alimentos para fins medicinais específicos no âmbito do presente regime especial de comparticipação do Estado.

5 – A lista de alimentos prevista na portaria referida no n.º 2 é publicada na página eletrónica do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, e deverá ser objeto de revisão periódica a cada dois anos em termos que considerem os dados científicos e médicos mais recentes.

Artigo 3.º

Condições de comparticipação

1 – A comparticipação do Estado ao abrigo do presente regime especial é de 100 % do preço de venda ao público, incluindo o IVA, dos alimentos definidos na portaria mencionada no n.º 2 do artigo 2.º, e destinados especificamente à gestão da nutrição associada às condições clínicas definidas nos termos do n.º 1 do artigo 2.º.

2 – A comparticipação do Estado ao abrigo do presente regime especial depende de prescrição eletrónica por médico ou nutricionista, que deverá fazer menção expressa à presente lei e à situação clínica que a justifica e ficar registada na ficha do doente.

Artigo 4.º

Locais de dispensa

1 – A dispensa dos alimentos comparticipados ao abrigo da presente lei é feita nas farmácias de oficina.

2 – Numa primeira dispensa, o utente deve indicar o seu representante, em caso de impossibilidade de se deslocar pessoalmente à farmácia de oficina, delegando nele a possibilidade de o substituir na obtenção dos

seus medicamentos, mediante identificação através da exibição de documento de identificação válido.

Artigo 5.º

Monitorização e avaliação

A Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em articulação com as administrações regionais de saúde e o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, acompanha a implementação do disposto na presente lei, assegurando a monitorização do número de utentes, por condição clínica e região de saúde, e entrega à Assembleia da República um relatório anual, até ao dia 31 de março do ano subsequente a que se refira.

Artigo 6.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia 1 de janeiro de 2025.

Palácio de São Bento, 12 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 56/XVI/1.ª

APROVA UM REGIME EXCECIONAL DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DAS CARREIRAS DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PARA O BIÉNIO DE 2025-2026, EM RECONHECIMENTO DO ESFORÇO EMPREENDIDO NO ÂMBITO DA PANDEMIA DA DOENÇA COVID-19

Exposição de motivos

Nos anos de 2020 e de 2021, Portugal viveu, com especial intensidade, uma crise sanitária, provocada pela COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia e crise internacional.

Tal situação exigiu esforços redobrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e uma total reestruturação da organização dos serviços e da prestação de cuidados de saúde, para que o SNS tivesse, como tem tido até ao momento, uma resposta capaz e adequada no combate à pandemia.

Na sequência dessa reestruturação e reorganização, os objetivos traçados no âmbito do SIADAP para o biénio de 2019-2020 sofreram diversas e sucessivas alterações, aos quais os profissionais tiveram de se adaptar e dar resposta, com especial impacto na carreira profissional de enfermagem.

Estes profissionais não querem ser apelidados de heróis, querem sim ter o justo reconhecimento do seu esforço e dedicação, bem como ver garantidos os seus direitos à compensação de todo o trabalho, tempo e responsabilidade que assumiram para proteger a saúde das pessoas e o funcionamento do SNS.

São, pois, estas as razões que justificam plenamente que no âmbito do presente diploma se consagre, a título excecional, independentemente do vínculo e da existência de avaliação, a atribuição de quatro (4) pontos no biénio 2025-2026 aos trabalhadores das carreiras de enfermagem do SNS que estivessem em funções no biénio de 2019-2020, tal como já foi feito na Região Autónoma da Madeira através do Decreto Legislativo Regional n.º 22/2021/M, de 26 de agosto, e como é exigido pela Petição n.º 13/XV/1.ª dinamizada pela ASPE- Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros e entregue na Assembleia da República.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º**Objeto**

A presente lei procede à aprovação de um regime excecional de avaliação do desempenho dos profissionais das carreiras de enfermagem do Serviço Nacional de Saúde para o biénio de 2025-2026, no âmbito da pandemia da COVID-19.

Artigo 2.º**Regime excecional de avaliação do desempenho do biénio de 2025-2026, no âmbito da pandemia da COVID-19**

1 – Na avaliação de desempenho do biénio de 2025-2026 são atribuídos quatro (4) pontos aos profissionais das carreiras de enfermagem do Serviço Nacional de Saúde, independentemente do vínculo e da existência de avaliação, que estivessem em funções no biénio 2019-2020 e no biénio 2021-2022, por cada biénio.

2 – Caso haja lugar, no biénio de 2025-2026, à atribuição de mais do que quatro (4) pontos, em consequência de requerimento de avaliação por ponderação curricular, é essa a pontuação que releva.

3 – Para efeito do disposto nos números anteriores, quando os trabalhadores tenham acumulado mais do que os pontos legalmente exigidos para a alteração da posição remuneratória, os pontos em excesso relevam para efeitos de futura alteração do seu posicionamento remuneratório.

Artigo 3.º**Entrada em vigor**

A presente lei entra em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua publicação

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 57/XVI/1.ª**ALTERA A CARREIRA DE ENFERMAGEM, REPONDO A JUSTIÇA, VALORIZANDO TRABALHADORES ESSENCIAIS AO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E AO PAÍS E PREMIAR O ESFORÇO DADO NO ÂMBITO DA CRISE SANITÁRIA PROVOCADA PELA COVID-19, ALTERANDO DIVERSOS DIPLOMAS****Exposição de motivos**

O Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, em conformidade com o disposto no artigo 101.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, estabeleceu o regime legal da carreira especial de enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional, dotando-a dos mecanismos que, àquela data, se afiguravam adequados à natureza da profissão e à especificidade do seu exercício.

A par do referido diploma, e na mesma data, foi também aprovado o Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, que definiu o regime legal da carreira aplicável aos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no Serviço Nacional de Saúde, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científico.

Da análise comparativa dos dois diplomas resulta claro que se optou por regular de forma igual ambas as carreiras, com exceção das matérias referentes ao recrutamento, remunerações e posições remuneratórias, cuja regulação para os enfermeiros abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, foi remetida para a celebração por instrumentos de regulamentação coletiva, e das matérias referentes à avaliação de desempenho e o exercício de funções de chefia e de direção, as quais simplesmente não constavam do referido diploma.

Acontece que tal opção legislativa levou à criação de uma situação de desigualdade entre os enfermeiros que exercem funções ao abrigo de contratos de trabalho em funções públicas (cuja carreira é regulada pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro) e os enfermeiros que exercem funções ao abrigo de contratos de trabalho, regulados pelo Código do Trabalho, as quais não foram resolvidas com a celebração dos instrumentos parcelares de transitórios aplicáveis ao enfermeiros em regime de contrato de trabalho em 2015 (publicado no *Boletim do Trabalho e Emprego* n.º 43, de 22 de novembro de 2015) e em 2018 (publicado no *Boletim do Trabalho e Emprego* n.º 11, de 22 de março de 2018), ao abrigo dos quais se determinou, em termos genéricos, a extensão da aplicação do regime jurídico aplicável aos enfermeiros em regime de contrato de trabalho em funções públicas aos enfermeiros em regime de contrato de trabalho.

Desde logo, porque, sem prejuízo da consequente equiparação de todos os enfermeiros, independentemente do vínculo jurídico ao abrigo do qual exercem funções, nomeadamente em termos de níveis remuneratórios e posições remuneratórias e em termos de avaliação do desempenho dos enfermeiros (o que, por sua vez, implica a aplicação do disposto no artigo nos artigos 156.º a 158.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas), aquando da entrada em vigor do disposto no artigo 18.º da Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro, nenhum dos hospitais EPE, signatários daqueles instrumentos, aplicou o procedimento ali referido, no sentido de promover as devidas alterações obrigatórias de posicionamento remuneratório relativamente aos enfermeiros com contrato individual de trabalho.

A fundamentar tal omissão foi invocado, pelos referidos hospitais EPE, o argumento de que, não obstante nos termos do Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, já se previsse que a progressão na categoria e a promoção na carreira seria regulada por instrumentos de regulação coletiva, o seu regime apenas se aplicaria para o futuro (tendo o último sido celebrado em 2018, com produção de efeitos a 1 de janeiro de 2018). Mais se invocou que, para além disso, atenta a natureza dos instrumentos de regulação coletiva, o regime neles definido apenas se aplicaria aos enfermeiros filiados nas respetivas associações sindicais outorgantes e não aos demais.

Estes argumentos levaram a que enfermeiros que, desde o mesmo dia, exercem as mesmas funções, cumprem os mesmos deveres e trabalham no mesmo estabelecimento de prestação de cuidados de saúde, mas continuem injustificadamente a ser tratados de forma diferente, estando neste momento posicionados em duas posições remuneratórias distintas e que enfermeiros que entenderam exercer o seu direito fundamental de não se filiar em associações sindicais continuem, até hoje, sem ter o seu regime remuneratório e o regime de avaliação de desempenho devidamente regulados, atenta a alegada inaplicabilidade do regime definido nos instrumentos de regulação coletiva.

Assim sendo, e porque nenhuma norma da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que regula os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, nem da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, que aprova a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, impede a extensão do regime definido nos diplomas de carreiras especiais, como é o caso do disposto no Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, a trabalhadores não vinculados ao abrigo de contratos de trabalho em funções públicas, desde que o objeto – a carreira especial – seja objetivamente o mesma, importa proceder à aprovação de um regime especial aplicável à carreira de enfermagem, independentemente do vínculo jurídico ao abrigo da qual a mesma é exercida e da instituição em que é exercida. Tal deve incluir os enfermeiros que exercem funções, ao abrigo de contratos individuais de trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integrados no Serviço Nacional de Saúde, e também os que exercem funções em estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde dependentes de outros ministérios, ou por eles tutelados, no âmbito dos quais se encontre prevista a carreira de enfermagem, bem como nas instituições particulares de solidariedade social que intervenham na atividade do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo de acordos de gestão, acordos de cooperação ou convenções.

Por outro lado, e reconhecendo-se a relevância da profissão, importa reconhecer um regime especial de penosidade, mais se atualizando o regime mantido até ao momento em vigor pelo artigo 28.º do Decreto-Lei

n.º 248/2009, de 22 de setembro, e procurando-se assim reduzir o número de diplomas aplicáveis.

Refira-se, ainda, que porque na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, e por força do disposto no n.º 1 do artigo 8.º deste decreto-lei, conjugado com o disposto nos artigos 18.º e 18.º-A do Decreto-Lei n.º 247/2009 e no Decreto-Lei n.º 248/2009, ambos de 22 de setembro, com a redação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, ocorreu a transição dos enfermeiros que, até àquela data, se encontravam integrados nas categorias subsistentes de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor, para a categoria de enfermeiro gestor, fazendo depender o acesso ao exercício de funções de direção à seleção por procedimento concursal ao qual podem aceder todos os enfermeiros gestores. Este regime leva a uma desqualificação dos enfermeiros que, até àquela transição, vinham exercendo as funções respeitantes à categoria de enfermeiro supervisor. Tal coloca-os a exercer o mesmo conteúdo funcional que os enfermeiros que, até àquela transição, vinham exercendo funções de enfermeiro-chefe, bem como de outros enfermeiros que até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, detinham a categoria de enfermeiro a exercer funções de chefia, em comissão de serviço.

Ainda no que se refere aos enfermeiros que, aquando da entrada em vigor do referido Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, se encontravam designados e a exercer funções de chefia, importa definir um prazo máximo à abertura do procedimento concursal que permita o seu acesso à carreira de gestor, de forma a impedir que se repita um fenómeno semelhante ao que se verificou no acesso à categoria de enfermeiro principal.

Finalmente, procede-se à alteração do Decreto-Lei n.º 242/2011, de 21 de junho, e da Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto, para assegurar a adequação dos referidos diplomas às alterações nas categorias levadas a cabo pelo Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio.

Atualmente os enfermeiros da Região Autónoma da Madeira, fruto do esforço conjunto dos sindicatos, dos Conselhos de Administração do SESARAM, do Governo Regional e da sua Assembleia Regional, resolveram a generalidade das situações penalizadoras na carreira de enfermagem, que mencionámos, sendo restituído o correto posicionamento entre enfermeiros, bem como a justiça, através do Decreto Legislativo Regional n.º 22/2021/M.

Assim, com a presente iniciativa o PAN pretende assegurar uma alteração das regras que enquadram a carreira de enfermagem, de forma a repor a justiça em alguns domínios, a valorizar estes trabalhadores essenciais ao Serviço Nacional de Saúde e ao País e a premiar o seu esforço quando estiveram na linha da frente do combate à crise sanitária, em linha com os objetivos estipulados no Decreto Legislativo Regional n.º 22/2021/M. Desta forma, e conforme se mencionou anteriormente, entre outras medidas, propomos:

- A aprovação de um regime especial aplicável à carreira de enfermagem, independentemente do vínculo jurídico ao abrigo do qual a mesma é exercida e da instituição em que é exercida (pondo-se, assim, fim a desigualdades entre os enfermeiros que exercem funções ao abrigo de contratos de trabalho em funções públicas e os enfermeiros que exercem funções ao abrigo de contratos de trabalho regulados pelo Código do Trabalho e, dentro destes últimos, entre trabalhadores que são sindicalizados e trabalhadores que não o são);
- O reconhecimento de um regime especial de penosidade aplicável a estes profissionais de saúde;
- A fixação de um prazo máximo para a abertura do procedimento concursal que permita aos enfermeiros aceder à carreira de gestor, de forma a impedir que se repita um fenómeno semelhante ao que se verificou no acesso à categoria de enfermeiro principal;
- A criação de incentivos para a fixação de enfermeiros em áreas carenciadas, que inclua a compensação pelas despesas de habitação; e
- A alteração dos índices para entrada e progressão na carreira de enfermagem.

Pelo exposto, e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-Natureza, apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

O presente decreto-lei procede à alteração:

- a) Ao Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, que estabelece o regime da carreira especial de

enfermagem, bem como os respetivos requisitos de habilitação profissional;

b) À Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, que adapta o subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3), aprovado pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem, estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro;

c) À Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto, que regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da direção de enfermagem nos serviços e estabelecimentos de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde;

d) Ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, que procedeu à alteração do Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, e do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro;

e) Ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde;

f) Ao Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, que estabelece o número de posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem, identifica os respetivos níveis da tabela remuneratória única, define as regras de transição para a nossa carreira e identifica as categorias que se mantêm como subsistentes; e

g) Ao Decreto-Lei n.º 27/2018, de 27 de abril, que procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, fixando o montante do suplemento remuneratório devido aos trabalhadores enfermeiros que, quando integrados na categoria de enfermeiro, desenvolvam o conteúdo funcional reservado aos enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista, incluindo os abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro

Os artigos 2.º, 6.º, 7.º, 10.º-A, 12.º, 13.º, 15.º, 17.º, 18.º, 18.º-A, 18.º-B e 18.º-C e 21.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, na sua redação atual, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

1 – O presente decreto-lei aplica-se aos enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas.

2 – O regime da carreira especial de enfermagem definido pelo presente decreto-lei é também aplicável aos enfermeiros que exercem funções, ao abrigo de contratos individuais de trabalho, nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integrados no Serviço Nacional de Saúde.

3 – O disposto no presente diploma é ainda aplicável aos enfermeiros que exercem funções em estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde dependentes de outros ministérios, ou por eles tutelados, no âmbito dos quais se encontre prevista a carreira de enfermagem, bem como nas instituições particulares de solidariedade social que intervenham na atividade do Serviço Nacional de Saúde ao abrigo de acordos de gestão, acordos de cooperação ou convenções.

Artigo 6.º

[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – As áreas e domínios de exercício profissional são objeto de definição em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho, sem prejuízo das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, podendo desenvolver-se nos domínios de intervenção nas áreas de assessoria, gestão, prestação de cuidados, formação e investigação.

Artigo 7.º

[...]

1 – [...]

2 – Sem prejuízo dos deveres deontológicos da profissão, bem como do conteúdo funcional inerente à respetiva categoria, os enfermeiros exercem a sua atividade com plena responsabilidade profissional e autonomia técnico-científica, através do exercício das funções assumidas, cooperando com outros profissionais cuja ação seja complementar à sua, podendo coordenar equipas multidisciplinares de trabalho constituídas, sendo responsáveis pelos atos relacionados com o exercício das atividades praticadas por outros profissionais sob a sua responsabilidade e direção.

3 – Para os efeitos previstos no número anterior, o número total de postos de trabalho correspondentes à categoria de enfermeiro especialista não deve ser inferior a 35 % do número total de postos de trabalho de enfermagem, devendo esse número ser contabilizado de acordo com as dotações seguras estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros para enfermeiros especialistas, no domínio de intervenção da prestação de cuidados existentes no mapa de pessoal, e ser determinado em função das necessidades específicas dos respetivos serviços ou estabelecimentos e segundo decisão dos conselhos de administração.

4 – [...]

5 – A previsão do número de postos de trabalho no mapa de pessoal dos respetivos serviços ou estabelecimentos, referente à categoria de enfermeiro gestor, é determinada em função do conteúdo funcional da categoria, da estrutura orgânica e das necessidades manifestadas pelo respetivo serviço ou estabelecimento de saúde, devendo existir pelo menos um enfermeiro gestor por unidade ou serviço, podendo o número de enfermeiros gestores ser acrescido de 1, por cada intervalo de 30 enfermeiros na unidade funcional/serviço, e sempre que tal se justifique.

6 – Os enfermeiros gestores podem acumular a gestão de duas ou mais unidades ou serviços, apenas no caso de as mesmas, individualmente, não completarem o número mínimo de enfermeiros previstos no número anterior, caso contrário, um enfermeiro gestor só poderá exercer funções numa unidade ou serviço.

7 – Para efeitos do disposto no n.º 3 do presente artigo, considera-se que o número total de enfermeiros de que o serviço ou estabelecimento carece para o desenvolvimento das respetivas atividades corresponde no mínimo ao número de enfermeiros definido como dotação segura em norma aprovada pela Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 10.º-A

[...]

[...]

a) [...]

b) Prestar cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, dentro da sua área de especialidade, ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, incluindo vigilância de utentes sem patologia associada, prescrição e/ou realização de meios complementares de diagnóstico, prescrição de medicação não sujeita a receita médica e prescrição de ajudas técnicas, documentando apropriadamente todas as intervenções e informações relevantes para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência.

c) [...]

d) [...]

e) [...]

f) [...]

g) [...]

h) [...]

i) Coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas em contexto de formação profissional da sua área de especialidade, mediante pagamento de suplementos remuneratório e valoração para efeitos de progressão de carreira em termos a definir em diploma próprio;

j) [...]

- k) [...]
- l) [...]
- m) [...]
- n) [...]
- o) [...]

Artigo 12.º

[...]

- 1 – [...]
- 2 – [...]
- 3 – [...]

4 – A admissão para a categoria de enfermeiro gestor faz-se de entre enfermeiros especialistas, com três anos de exercício de funções na especialidade e com formação superior na área de gestão em saúde, com prioridade para enfermeiros especialistas com competências acrescidas avançadas na área de gestão acreditadas pela Ordem dos Enfermeiros.

5 – No caso de enfermeiros especialistas que se encontrem em cargos de gestão sem os requisitos definidos no número anterior, será dado um prazo excecional de 3 anos para a apresentação da acreditação de competência acrescida avançada em gestão, emitida pela Ordem dos Enfermeiros.

Artigo 13.º

[...]

- 1 – [...]

2 – O procedimento concursal previsto no número anterior observa os termos previstos na Portaria n.º 125-A/2019, de 30 de abril, com as necessárias adaptações.

3 – Sempre que o procedimento concursal se destinar à ocupação de postos de trabalho numa entidade pública empresarial ou numa parceria em saúde, a competência para a abertura do procedimento é do respetivo conselho de administração, atento o regime estatutário aplicável, podendo o mesmo destinar-se ao recrutamento dos trabalhadores necessários ao preenchimento dos postos de trabalho previstos no mapa de pessoal, por tempo indeterminado ou a termo, consoante a natureza permanente ou transitória da atividade, de entre trabalhadores com o título profissional adequado, com ou sem prévio vínculo de emprego público.

4 – *(Revogado.)*

5 – *(Anterior n.º 3.)*

6 – Os procedimentos concursais destinados à mudança de categorias estão sujeitos a uma periodicidade mínima de 4 em 4 anos, salvo se for necessário proceder à sua abertura antes desse prazo.

Artigo 15.º

[...]

1 – *(Anterior corpo do artigo.)*

2 – À alteração de posicionamento remuneratório dos enfermeiros referidos no n.º 2 do artigo 2.º do presente diploma aplica-se o regime aplicável aos enfermeiros com vínculo público, nomeadamente o disposto nos artigos 46.º a 48.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, até 2014, e do disposto nos artigos 156.º a 158.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, a partir de 2014.

Artigo 17.º

[...]

1 – O período normal de trabalho da carreira especial de enfermagem é de 35 horas semanais, organizadas de segunda-feira a domingo.

2 – Os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal, acrescido de um dia de descanso

complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, os dias de descanso coincidirem com o sábado e o domingo.

3 – A aferição da duração do período normal de trabalho deve reportar-se a um conjunto de quatro semanas.

4 – São considerados, para efeitos de obrigatoriedade, na organização dos horários de trabalho, todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis, exceto relativamente aos enfermeiros que exerçam funções em horário rotativo, relativamente aos quais se consideram, para efeitos de obrigatoriedade, os feriados nacionais e municipais que recaiam aos sábados e domingos.

5 – Os enfermeiros podem trabalhar por turno e/ou jornada contínua, tendo direito a um intervalo de trinta minutos de refeição dentro do próprio estabelecimento ou serviço, que será considerado como trabalho efetivamente prestado, para além de dois outros períodos de descanso de 15 minutos cada que não podem coincidir com o início ou o fim dos turnos, nem acumulados ao intervalo para refeição.

6 – Os enfermeiros com idade superior a 50 anos poderão, se o requererem, ser dispensados do trabalho noturno e por turnos.

7 – Os enfermeiros que exerçam funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente do foro oncológico têm direito a beneficiar de redução no horário de trabalho de uma hora semanal por cada triénio de exercício efetivo, até ao limite de 30 horas semanais, sem perda de regalias.

8 – São aplicáveis a todos os enfermeiros, independentemente dos estabelecimentos ou serviços em que prestam funções, as disposições contidas no Decreto-Lei n.º 62/1979, de 30 de março, que não colidam com o presente decreto-lei.

9 – O horário deve estar disponível com uma antecedência de 30 dias antes do início do novo período.

Artigo 18.º

[...]

1 – Exercem funções de direção os enfermeiros gestores que, até à entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, eram titulares da categoria subsistente de enfermeiro supervisor.

2 – Em caso de inexistência de um número suficiente de enfermeiros gestores que satisfaçam os requisitos previstos no número anterior, podem ainda exercer funções de direção, na sequência de procedimento concursal, desenvolvido nos termos do número seguinte, os enfermeiros gestores com pelo menos três anos de antiguidade nessa categoria.

3 – *(Anterior n.º 2.)*

4 – Sem prejuízo do disposto em lei especial, e de acordo com a organização interna e conveniência de serviço, o exercício de funções de direção previsto no número anterior é cumprido em regime de comissão de serviço, com a duração de três anos, renovável uma única vez.

5 – *(Anterior n.º 4.)*

6 – *(Revogado.)*

7 – *(Revogado.)*

8 – *(Revogado.)*

9 – *(Revogado.)*

10 – *(Anterior n.º 5.)*

Artigo 18.º-A

[...]

1 – Para os efeitos previstos no n.º 2 do artigo anterior, o procedimento concursal é obrigatoriamente publicado na bolsa de emprego público e na página eletrónica do respetivo serviço ou estabelecimento de saúde, durante 10 dias úteis, com a indicação dos requisitos formais de provimento, do perfil exigido, tal qual se encontra caracterizado no mapa de pessoal, da composição do júri e dos métodos de seleção, que incluem, necessariamente, a realização de uma fase final de entrevistas públicas.

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – [...]

Artigo 18.º-B

[...]

[...]

a) [...]

b) [...]

c) [...]

d) [...]

e) [...]

f) [...]

g) [...]

h) [...]

i) [...]

j) Assegurar um processo justo, permanente e transparente de avaliação, que possibilite a progressão na carreira;

k) [*Anterior alínea j).*]

Artigo 18.º-C

[...]

O exercício das funções a que se refere o artigo anterior confere o direito à remuneração correspondente à remuneração base do trabalhador, acrescida de um suplemento remuneratório de (euro) 300, sem prejuízo das atualizações salariais gerais anuais, a abonar nos termos do n.º 4 do artigo 159.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua redação atual.

Artigo 21.º

[...]

1 – A avaliação de desempenho dos trabalhadores que integrem a carreira especial de enfermagem, incluindo os enfermeiros referidos no n.º 2 do artigo 2.º do presente diploma, rege-se por sistema adaptado do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP), a estabelecer em diploma próprio.

2 – (*Revogado.*)»

Artigo 3.º

Aditamento ao Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro

São aditados ao Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, na sua redação atual, os artigos 17.º-A, 21.º-A, 22.º-A e 23.º-A, com a seguinte redação:

«Artigo 17.º-A

Modalidades de prestação de trabalho

1 – Para além das modalidades de prestação de trabalho aplicáveis aos trabalhadores com vínculo público, é ainda aplicável à carreira especial de enfermagem, a modalidade do horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais.

2 – A modalidade de horário acrescido pode ser adotada quando o funcionamento dos serviços o exija,

mediante autorização do membro do Governo responsável pela área da Saúde, até a um máximo de 30 % do número total de enfermeiros constante do mapa de pessoal do serviço ou estabelecimento.

3 – A esta modalidade de trabalho corresponde um acréscimo remuneratório de 37 % da remuneração base, o qual só é devido em situação de prestação efetiva de trabalho.

4 – A adoção desta modalidade depende de aceitação expressa por escrito do enfermeiro, manifestando a disponibilidade para o efeito.

5 – A modalidade de horário pode deixar de ser adotada com fundamento em deficiente cumprimento das obrigações do enfermeiro, se houver modificação na sua situação funcional ou se cessarem as necessidades que o determinaram, com uma antecedência de 60 dias à sua produção de efeitos.

6 – Os enfermeiros podem renunciar à adoção do horário acrescido mediante aviso prévio de seis meses.

7 – A remuneração prevista no n.º 3 deste artigo releva para efeitos de pagamento dos subsídios de férias e de Natal, bem como para efeitos de cálculo de aposentação ou reforma.

8 – Este regime confere um acréscimo de 25 % no tempo de serviço para efeitos de aposentação ou reforma.

9 – Aos enfermeiros com idade superior a 55 anos que venham praticando este regime há, pelo menos, cinco anos, será concedida, se a requererem, a redução de uma hora em cada ano no horário de trabalho semanal, até que o mesmo perfaça trinta e cinco horas, sem perda de regalias.

Artigo 21.º-A Regime de férias

1 – À carreira especial de enfermagem aplica-se o regime de férias aplicável aos trabalhadores com vínculo público, nomeadamente o disposto no n.º 4 do artigo 126.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, aprovada pela Lei n.º 35/2014, de 20 de junho.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, os enfermeiros que exerçam funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente do foro oncológico terão direito, ao fim de um ano de trabalho efetivo nestes serviços, a um período adicional de férias de cinco dias úteis, a gozar no ano seguinte, entre 1 de janeiro e 31 de maio, ou entre 1 de outubro e 31 de dezembro, o que não releva para efeitos de atribuição de subsídio de férias.

Artigo 22.º-A Regime de mobilidade

O regime de mobilidade interna dos trabalhadores em funções públicas é aplicável a todos os enfermeiros, incluindo os previstos no n.º 2 do artigo 2.º do presente diploma, nos termos previstos no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro.

Artigo 23.º-A Limites de idade para passagem à aposentação ou reforma

1 – A passagem à aposentação ou reforma dos enfermeiros está sujeita ao limite de idade de 62 anos.

2 – Os enfermeiros que atingirem o limite fixado no número anterior sem terem completado 36 anos de serviço, podem requerer a permanência no exercício efetivo de funções até completarem 36 anos de serviço, não podendo, porém, ultrapassar os 70 anos de idade.»

Artigo 4.º **Alteração à Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho**

O artigo 9.º da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

Artigo 9.º

[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – A avaliação do desempenho dos enfermeiros com a categoria de enfermeiro e de enfermeiro especialista é efetuada pelo enfermeiro gestor, como primeiro avaliador, sendo o segundo avaliador o enfermeiro gestor que, na unidade, exerce funções de direção.

7 – A avaliação do desempenho dos enfermeiros com a categoria de enfermeiro gestor é efetuada pelo enfermeiro gestor que na unidade exerce funções de direção, como primeiro avaliador, sendo o segundo avaliador o enfermeiro que, no conjunto das unidades, exerce funções de direção.

8 – A avaliação do desempenho dos enfermeiros gestores que exercem funções de direção é efetuada pelo enfermeiro que, noutra unidade, exerce funções de direção, como primeiro avaliador, sendo o segundo avaliador o enfermeiro gestor que exerce funções de direção na unidade na qual a sua se integra.

9 – A avaliação do desempenho dos enfermeiros gestores que exercem funções de direção no conjunto das unidades é efetuada pelo enfermeiro diretor ou, nas situações em que este não exista, por um enfermeiro especialmente designado para o efeito pelo órgão máximo de gestão, preferencialmente com funções de coordenação geral de enfermagem, com experiência na área da avaliação de pessoal e dos cuidados de enfermagem.

10 – [...]

11 – [...]

12 – (*Revogado.*)13 – (*Revogado.*)14 – (*Revogado.*)

15 – [...]

16 – Cada enfermeiro gestor designado em funções de direção que exerce funções de segundo avaliador deve ter a seu cargo a avaliação, designadamente, do grupo de enfermeiros a quem, nos termos da alínea d) do n.º 1 do artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, lhe compete coordenar funcionalmente.»

Artigo 5.º

Alteração à Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto

Os artigos 2.º e 5.º da Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto, na sua redação atual, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 2.º

[...]

1 – A direção de enfermagem é composta por todos os trabalhadores da instituição que estejam integrados na carreira especial de enfermagem com a categoria de enfermeiro gestor.

2 – A direção de enfermagem integra ainda, enquanto existirem, os enfermeiros que, nos termos do disposto no artigo 11.º do [Decreto-Lei n.º 71/2019](#), de 27 de maio, se encontravam nomeados, à data da sua entrada em vigor, em regime de comissão de serviço ou detivessem um contrato em comissão de serviço para o exercício de funções de direção ou chefia.

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – [...]

7 – [...]

Artigo 5.º
[...]

1 – [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]
- d) [...]
- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...]
- j) [...]
- k) [...]
- l) [...]
- m) (*Revogada.*)
- n) [...]
- o) [...]
- p) [...]
- q) [...]
- r) [...]

2 – [...]

- a) [...]
- b) [...]
- c) [...]

Artigo 6.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio

1 – Os artigos 8.º e 11.º do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, na sua redação atual, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 8.º
[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – [...]

4 – Transitam ainda para a categoria de enfermeiro gestor ou de enfermeiro especialista todos os enfermeiros detentores de tal título à data de 31 de maio de 2019 e cuja transição não se verificou devido ao facto de estarem a exercer funções de interesse público, nomeadamente funções de membros de gabinete ou funções de direção.

5 – Os enfermeiros detentores de título de enfermeiro especialista devem ser, no prazo máximo de um ano, colocados em serviços adequados ao exercício e melhor proveito da sua especialidade, cumprindo os rácios previstos e dotações seguras da Ordem dos Enfermeiros.

6 – (*Anterior n.º 3.*)

7 – (*Anterior n.º 4.*)

8 – (Anterior n.º 5.)

Artigo 11.º

[...]

1 – (Antigo corpo do artigo.)

2 – O procedimento de seleção para a categoria de enfermeiro gestor previsto no número anterior deve ser aberto no prazo máximo de 6 meses finda a respetiva comissão de serviço ou o respetivo prazo do contrato em comissão de serviço para o exercício de funções de direção ou chefia, ou no prazo máximo de três anos a contar da entrada em vigor do presente decreto-lei.»

2 – O Anexo I do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

ANEXO I

[...]

Categoria de enfermeiro gestor de estruturas intermédias

Níveis remuneratórios da tabela única 42 46 50 54 57 60 62

Categoria de enfermeiro gestor de unidade funcional

Níveis remuneratórios da tabela única 37 41 45 49 52 55 57

Categoria de enfermeiro especialista

Níveis remuneratórios da tabela única 23 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54

Categoria de enfermeiro

Níveis remuneratórios da tabela única 21 23 27 30 33 36 39 42 45 48 51»

Artigo 7.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio

É aditado o artigo 9.º-A ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, na sua redação atual, com a seguinte redação:

«Artigo 9.º-A

Estatuto de risco e penosidade

Os profissionais das carreiras de enfermagem do Serviço Nacional de Saúde têm direito a um estatuto de risco e penosidade que preveja designadamente matérias como a existência de um suplemento remuneratório por risco e penosidade, mecanismos para uma mais rápida progressão de carreira e a majoração de dias de descanso por anos de trabalho.»

Artigo 8.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto

O artigo 100.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 100.º

[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – O disposto no n.º 2 do presente artigo não se aplica ao mapa de pessoal de enfermagem, sendo permitido às unidades de saúde a que se refere o presente capítulo desenvolver processos de recrutamento abertos a enfermeiros que já detenham vínculo de emprego público, para preencher os lugares que se encontrem vagos, sendo aplicável aos enfermeiros recrutados o disposto no n.º 1 do presente artigo».

Artigo 9.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro

O artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 5.º

Reposicionamento remuneratório

1 – [...]

2 – [...]

3 – O reposicionamento na primeira posição remuneratória da tabela remuneratória prevista no número anterior não é considerado como alteração de posicionamento remuneratório.

4 – *(Anterior n.º 3.)*»

Artigo 10.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 27/2018, de 27 de abril,

O artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 27/2018, de 27 de abril, na sua redação atual, passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 3.º

[...]

1 – [...]

2 – [...]

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – O disposto no presente artigo aplica-se aos postos de trabalho, correspondentes ao levantamento do número de enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista, entre 1 de janeiro de 2018 e 31 de maio de 2019, exerciam as funções a que se referem o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, e o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, sendo-lhes também reconhecido o direito à transição prevista no n.º 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, na sua redação atual, com efeitos a 1 de junho de 2019.»

Artigo 11.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho

Os artigos 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º e 5.º-A do Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, na sua redação atual, passam a ter a seguinte redação:

«Artigo 1.º
[...]

O presente decreto-lei estabelece os termos e as condições de atribuição de incentivos aos médicos e enfermeiros com contrato de trabalho por tempo indeterminado, ou a contratar nas mesmas condições, mediante vínculo de emprego público ou privado, com serviço ou estabelecimento integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) situado em zona geográfica qualificada como carenciada.

Artigo 2.º
[...]

1 – Os incentivos aos médicos e enfermeiros podem ter natureza pecuniária ou não pecuniária.

2 – Aos médicos e enfermeiros que sejam colocados em zonas carenciadas são atribuídos os seguintes incentivos de natureza pecuniária:

- a) [...]
- b) Compensação das despesas de habitação;
- c) [Anterior alínea b).]

3 – Aos médicos e enfermeiros que sejam colocados em zonas carenciadas são atribuídos os seguintes incentivos de natureza não pecuniária:

- a) [...]
- b) [...]

c) A dispensa da anuência do órgão ou serviço de origem, no caso de trabalhador com vínculo de emprego público ou, sendo o caso, do órgão de gestão de serviço ou estabelecimento de saúde com a natureza de entidade pública empresarial integrado no SNS, nas situações em que o cônjuge ou a pessoa com quem vive em união de facto, requer a mobilidade para um serviço ou organismo sito na localidade onde o médico ou enfermeiro é colocado;

d) A preferência pelo cônjuge ou pela pessoa com quem viva em união de facto na lista de ordenação final dos candidatos, em caso de igualdade de classificação, nos procedimentos concursais de recrutamento publicitados ao abrigo e nos termos do artigo 30.º da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (LTFP), aprovada em anexo à Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, alterada pelas Leis n.ºs 82-B/2014, de 31 de dezembro, 84/2015, de 7 de agosto, e 18/2016, de 20 de junho, para ocupação de posto de trabalho em serviço ou organismo da administração direta e indireta do Estado sito na localidade onde o médico ou enfermeiro é colocado, desde que se trate de trabalhador com vínculo de emprego público constituído por tempo indeterminado;

- e) [...]
- f) [...]
- g) [...]
- h) [...]
- i) [...]
- j) [...]

k) A duração máxima do acordo de cedência de interesse público a que se refere o n.º 1 do artigo 243.º da LTFP, celebrado pelo cônjuge ou pela pessoa com quem viva em união de facto para exercício de funções no

âmbito de serviço da administração direta ou indireta do Estado sito na localidade onde o médico ou enfermeiro está colocado, coincide com o período de colocação do trabalhador na mesma localidade, sem prejuízo dos demais requisitos legais previstos para o referido acordo, nem de outras disposições legais mais favoráveis que lhe sejam aplicáveis.

Artigo 3.º

[...]

1 – Os médicos e enfermeiros colocados em zonas carenciadas têm direito a um abono por compensação das despesas resultantes da sua deslocação e do seu agregado familiar, bem como do transporte da respetiva bagagem, correspondente ao valor do abono de 15 dias de ajuda de custo.

2 – [...]

3 – [...]

4 – O disposto no presente artigo não é aplicável aos médicos ou enfermeiros que, à data do recrutamento para zona geográfica carenciada, não se encontrem vinculados, em regime de contrato de trabalho em funções públicas ou de contrato individual de trabalho, independentemente, em ambos os casos, da sua modalidade, a serviços ou estabelecimentos de saúde, integrados no SNS, bem como aos que, tendo beneficiado do regime previsto no presente artigo, não tenham permanecido no estabelecimento de colocação pelo período mínimo de cinco anos.

Artigo 4.º

[...]

1 – O incentivo para colocação é pago 12 meses por ano e visa compensar os médicos e enfermeiros pelas condições mais exigentes de prestação em zona carenciada.

2 – O valor do incentivo para colocação é devido durante e enquanto os médicos e enfermeiros permanecerem no posto de trabalho situado em zona carenciada, sendo fixado em 50 % da remuneração base.

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]

6 – [...]

7 – [...]

Artigo 5.º

[...]

1 – [...]

a) [...]

b) Número de médicos e enfermeiros, em função da densidade populacional abrangida pelo serviço ou estabelecimento de saúde e sua comparação com outros estabelecimentos do mesmo grupo;

c) Níveis de desempenho assistencial, produtividade e de acesso da população aos cuidados de saúde;

d) [...]

e) [...]

2 – A identificação, por especialidade médica, dos serviços e estabelecimentos de saúde para os efeitos previstos no presente decreto-lei, faz-se, anualmente, no primeiro trimestre de cada ano, por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área da saúde.

3 – Na sequência do despacho do número anterior e identificadas as carências a suprir, é aberto o respetivo processo concursal, durante o primeiro trimestre de cada ano civil, para o preenchimento dos postos de trabalho identificados.

Artigo 5.º -A
[...]

1 – No caso de um médico ou enfermeiro que se disponibilize para ocupar um posto de trabalho num serviço ou estabelecimento de saúde que, para a respetiva especialidade, se situe em zona geográfica qualificada como carenciada, é dispensado o acordo do órgão ou serviço de origem.

2 – Ao médico ou enfermeiro que, tendo permanecido, ao abrigo do regime fixado pelo presente decreto-lei, por três ou mais anos num serviço ou estabelecimento de saúde situado em zona geográfica qualificada como carenciada e requeira a mobilidade para novo posto e local de trabalho é dispensado o acordo do órgão ou serviço de origem.

3 – [...]»

Artigo 12.º
Aditamento ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho

É aditado o novo artigo 4.º-A ao Decreto-Lei n.º 101/2015, de 4 de junho, na sua redação atual, com a seguinte redação:

«Artigo 4.º-A
Compensação pelas despesas de habitação

Os médicos e enfermeiros colocados em zonas carenciadas têm direito a abono, pago 12 meses por ano, por compensação das despesas com a habitação no valor correspondente ao valor médio das rendas por m² de novos contratos de arrendamento habitacional que corresponda às necessidades do agregado familiar por localização geográfica do Instituto Nacional de Estatística.»

Artigo 13.º
Norma revogatória

São revogados:

- a) Os n.ºs 12, 23 e 14 do artigo 9.º da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho;
- b) A alínea *m*) do n.º 5 do artigo 5.º da Portaria n.º 245/2013, de 5 de agosto;
- c) Os artigos 43.º a 57.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro; e
- d) O Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio.

Artigo 14.º
Disposição transitória

1 – A redação dada pela presente lei ao n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, ao n.º 2 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 11 de novembro, e ao n.º 2 do artigo 15.º e ao n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, têm natureza interpretativa.

2 – A redação dada pela presente lei ao n.º 1 do artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, tem natureza interpretativa, produzindo efeitos à data de entrada em vigor deste.

Artigo 15.º
Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com a entrada em vigor do Orçamento do Estado subsequente à sua publicação

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE LEI N.º 58/XVII/1.^a
VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL E REMUNERATÓRIA DOS ENFERMEIROS NO SNS

Exposição de motivos

A política que tem sido anunciada pelo Governo em matéria de saúde confirma a sua orientação no sentido de não resolver os principais problemas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), revelando um grave caminho de transferência de cuidados e meios para os grupos privados à revelia da Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2019, com o contributo determinante do PCP, designadamente em matérias da primazia dos serviços públicos de saúde.

A desvalorização dos trabalhadores da saúde, nomeadamente dos enfermeiros, das suas carreiras, das condições de trabalho, da falta de perspetivas de progressão e desenvolvimento profissional tem constituído um fator de desmobilização e abandono do SNS, traduzindo-se em dificuldades na contratação e fixação destes profissionais, situação que urge dar resposta e inverter.

Para garantir os cuidados de saúde a tempo e horas e no Serviço Nacional de Saúde, é preciso assegurar a contratação e a fixação de enfermeiros no SNS.

A opção do anterior Governo por incluir no Estatuto do SNS, um indefinido regime de dedicação plena que se traduz na manutenção da acumulação de funções com o setor privado, não responde de forma alguma aos problemas que estão colocados aos enfermeiros, apenas contribuindo para o mal-estar entre profissionais e equipas.

A implementação de um regime de dedicação exclusiva, opcional, é fundamental para atrair enfermeiros para o SNS, e valorizar o desempenho de funções em exclusivo no serviço público.

A aplicação do consagrado no Decreto-Lei n.º 80-B/2022, decorrente da luta e reivindicação dos enfermeiros para a justa contabilização de pontos para efeitos de progressão, manteve um conjunto de injustiças, desde logo a recusa do pagamento dos devidos retroativos à data do direito à progressão de muitos milhares de enfermeiros. A pressão das estruturas representativas dos enfermeiros tem resultado em posteriores orientações às instituições, algumas no sentido mais favorável aos trabalhadores, mas mantêm-se obstáculos e tentativas de eliminação de tempo trabalhado.

Por outro lado, o processo de avaliação de desempenho tem constituído mais um fator de tensão nos serviços, de desmotivação e de frustração face aos problemas e entraves à progressão que acarreta. É fundamental a negociação com as estruturas representativas dos enfermeiros de um sistema de avaliação específico e promotor do desenvolvimento profissional.

A publicação do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, que «altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde», decorrente da rutura unilateral das negociações pelo Governo, fica muito aquém da necessária valorização dos enfermeiros. É fundamental a negociação da revisão da carreira de enfermagem e a eliminação de constrangimentos originados durante o processo de transição, nomeadamente a criação de posições remuneratórias automaticamente criadas por falta de identidade resultante do somatório da remuneração base mensal a que na altura o trabalhador tinha direito e do suplemento remuneratório de função, consoante o caso, de enfermeiro especialista e de chefia, respetivamente, de 150 € e de 200 €.

A negociação com as estruturas representativas dos trabalhadores é também importante para a valorização da grelha salarial, a inclusão de medidas de compensação do risco e penosidade da profissão, a definição de condições mais favoráveis para aposentação e o aumento dos tempos de descanso, determinante para o reconhecimento do trabalho dos enfermeiros, para a compatibilização do seu trabalho com a vida pessoal e para o acesso e qualidade e aos cuidados de saúde a que a população tem direito.

Neste sentido, os Deputados do Grupo Parlamentar do PCP apresentam o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei estabelece instrumentos para a valorização profissional e remuneratória dos enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde.

Artigo 2.º

Contagem de pontos para efeitos de descongelamento das carreiras de enfermagem

1 – As valorizações remuneratórias resultantes da contabilização de pontos no processo de descongelamento da carreira produzem efeitos a partir de 1 de janeiro de 2018, sendo reconhecidos todos os direitos que o trabalhador detenha, nos termos das regras próprias da sua carreira, que retoma o seu desenvolvimento.

2 – Para efeitos de contabilização de pontos na sucessão de empregadores públicos, mesmo com alteração de vínculo jurídico, e nos anos de exercício com contratos de trabalho a termo resolutivo só serão consideradas interrupções as que tenham superado os 60 dias.

3 – São contabilizados pontos no ano de início de funções, independentemente da data desse início.

4 – Os enfermeiros que tenham sido alvo de alteração do posicionamento remuneratório mantêm os pontos detidos no momento do reposicionamento, assim como as correspondentes menções qualitativas de avaliação do desempenho, que relevam para efeitos de alteração do posicionamento remuneratório.

Artigo 3.º

Regime especial de avaliação de desempenho

1 – São atribuídos 4 pontos relativos ao biénio de avaliação 2019/2020.

2 – Se tiverem sido atribuídos 6 pontos no biénio referido no ponto anterior são esses que relevam.

3 – Até negociação com as estruturas de representação dos trabalhadores de sistema de avaliação de desempenho específico à carreira de enfermagem e sempre que a mesma não seja implementada por motivos alheios ao trabalhador, são atribuídos três pontos por ano, correspondentes a uma menção qualitativa máxima prevista no SIADAP.

Artigo 4.º

Negociação da carreira de enfermagem com os sindicatos

1 – No prazo de 30 dias a contar da data de publicação da presente lei o Governo inicia negociações com as estruturas representativas dos trabalhadores, com vista à revisão da carreira de enfermagem.

2 – A criação de um regime laboral e de valorização, proteção social e aposentação específico sem penalização para os enfermeiros, tendo em conta o elevado grau de complexidade, risco e/ou penosidade da sua profissão, independentemente da modalidade contratual;

3 – No processo de transição, para efeitos de reposicionamento em caso de falta de identidade, os trabalhadores são reposicionados em posição remuneratória imediatamente superior.

Artigo 5.º

Entrada em vigor e produção de efeitos

1 – A presente lei entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação e produz efeitos com o Orçamento do Estado subsequente, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 – A produção de efeitos financeiros da presente lei no ano económico de 2024 é determinada pelo Governo tendo em conta as disponibilidades financeiras constantes do Orçamento do Estado em vigor.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do PCP: Paula Santos — Paulo Raimundo — António Filipe — Alfredo Maia.

PROJETO DE LEI N.º 59/XVI/1.^a

ESTABELECE O REGIME EXCECIONAL DE COMPARTICIPAÇÃO DO ESTADO NO PREÇO DA NUTRIÇÃO ENTÉRICA E DEFINE QUE A DISPENSA DESTAS TERAPÊUTICAS É FEITA PELAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

A malnutrição associada à doença traduz-se num «estado resultante da falta de ingestão ou absorção de nutrientes que leva à alteração da composição corporal (diminuição da massa muscular) e massa celular corporal, levando à diminuição da função motora e cognitiva e ao comprometimento da evolução da condição clínica»¹.

A malnutrição associada à doença, por outro lado, é ela mesma causa de outras doenças, pelo que além de influir marcadamente na qualidade de vida das pessoas, acaba a ter um impacto muito relevante no Serviço Nacional de Saúde (SNS): quer porque compromete a eficácia de muitas terapêuticas e cirurgias, quer porque está na origem de novos internamentos, que se estimam em duas a três vezes superiores aos de um doente bem nutrido. De resto, crê-se que, em Portugal, por cada quatro adultos internados, haja dois em risco de malnutrição ou de facto com problemas de má nutrição – sendo que a média europeia é de um para quatro².

A malnutrição, além do mais, está também associada:

- Ao aumento do risco de infeções e de outras complicações;
- À necessidade acrescida de tratamentos hospitalares e de reinternamentos;
- Ao declínio funcional;
- Ao aumento do tempo de internamento hospitalar;
- A uma maior morbidade e mortalidade.

Um problema de saúde individual acaba assim a transformar-se num problema de saúde pública a que urge obviar, o que passa não só pelo investimento no diagnóstico atempado, como pelo compromisso de o Estado custear, integralmente, os alimentos para fins medicinais específicos: os que se destinam à gestão nutricional da malnutrição.

De resto, Portugal é ainda um dos poucos países da União Europeia que não garante a acessibilidade à nutrição clínica – nutrição entérica e parentérica – no ambulatório/domicílio³, remetendo assim milhares de pessoas para uma circunstância de vulnerabilidade nutricional com as consequências acima descritas, e para um circuito que acaba a ser vicioso: e.g. há pessoas que são internadas apenas para poderem ser nutridas, atento o estado de gravosa desnutrição a que chegam por conta da sua incapacidade financeira para custear o preço da alimentação de que vitalmente precisam.

O assunto não é, evidentemente, novo: a 25 de setembro de 2020 foi publicada a Norma Organizacional n.º 017/2020, da Direção-Geral da Saúde, referida à «Implementação da Nutrição Entérica e Parentérica (NEP) no Ambulatório e Domicílio em Idade Adulta»⁴. Prevê ela, em traços largos, que a identificação do risco nutricional seja feita por equipa interdisciplinar – cuja composição o documento define -, em articulação com o serviço de nutrição, em todos os doentes internados nas primeiras 48 horas de internamento, com reavaliação a cada sete dias de internamento; prevê ainda os procedimentos relacionados com a alta dos doentes com risco nutricional

¹ *Clinical Nutrition, Espen Guidelines on Definitions and Terminology of Clinical Nutrition*, Cederholm, T.; Barazzoni, R.; Austin, P.; Ballmer, P.; Biolo, G.; e outros, *Clinical Nutrition* 36, 2107, página 51, disponível em: <https://www.espen.org/files/ESPEN-guidelines-on-definitions-and-terminology-of-clinical-nutrition.pdf>

² Portugal (european-nutrition.org): *Disease-related malnutrition in Portugal*

³ <https://european-nutrition.org/countries/>

⁴ Disponível em Direção-Geral da Saúde (dgs.pt).

necessitados de NEP; a criação – e as competências – de um grupo de nutrição entérica e parentérica em cada unidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde; os requisitos para a administração de NEP em ambulatório e/ou no domicílio, e as competências para a sua prescrição, atribuída não só aos médicos como também aos nutricionistas. Além disso, define as patologias elegíveis para NEP e os requisitos do Plano Individual de Nutrição Entérica e Parentérica, a definir no momento da alta hospitalar, cujos procedimentos descreve.

Mais recentemente, a 27 de setembro de 2023, a Secretária de Estado da Promoção da Saúde, aludindo à malnutrição como «o principal fator de risco para a carga de doença em Portugal», tendo em conta os dados do Global Burden of Disease de 2019, proferiu o Despacho n.º 994/2023, que determina a implementação ou o reforço das atividades de identificação sistemática do risco nutricional, em todos os níveis de cuidados do SNS: cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados integrados, incluindo todas as unidades de saúde do SNS, bem como as que integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objetivo de permitir adotar, atempadamente, um plano individual de cuidados nutricionais, assim reduzindo o risco de complicações associadas à desnutrição e a necessidade de cuidados de saúde.

Ora, quer aquela norma quer este despacho partem de pressupostos comuns: o reconhecimento do problema, por um lado; a necessidade de o diagnosticar e encaminhar, por outro. Mas não basta, todavia, como não basta garantir acesso a consultas de nutrição no âmbito do SNS, é preciso garantir que estes doentes tenham acesso a nutrição adequada, o que implica considerar um sistema de comparticipação adequado à promoção da sua saúde e à prevenção de sobrecustos para o SNS.

A presente iniciativa contempla, assim, um regime excecional de comparticipação, garantindo que o Estado suporta, na íntegra, o preço deste tipo de nutrição, destinada à gestão nutricional da malnutrição de uma lista limitada de patologias.

Tais patologias são as que constam do Anexo II àquela norma da Direção-Geral da Saúde, complementadas por outras que o Despacho n.º 994/2023, de 27 de setembro, enuncia, sendo que os requisitos específicos, em matéria de composição e informação aplicáveis aos alimentos para fins medicinais específicos, são os que o Regulamento Delegado (UE) 2016/128 da Comissão, de 25 de setembro de 2015, que completa o Regulamento (UE) n.º 609/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, estabelece. Para além disso, remete para as farmácias comunitárias a dispensa destes produtos, solução que, mercê da sua capilaridade e proximidade às populações, representa uma garantia de acesso às terapêuticas por parte de quem necessita deste tipo de nutrição, bem como de acompanhamento da sua adequada utilização.

Finalmente, uma vez que, nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 97/2015, de 1 de junho, na sua redação atual, a gestão do Sistema Nacional de Tecnologias de Saúde (SiNATS)⁵ compete ao INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP, a presente iniciativa descreve, ainda, o processo inerente à sua autorização.

Nestes termos, e nos mais constitucionais e regimentais aplicáveis, o Grupo Parlamentar do Livre apresenta o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei define o regime excecional de comparticipação do Estado no preço dos alimentos para fins medicinais específicos destinados às pessoas que apresentem risco nutricional associado à doença.

Artigo 2.º

Âmbito

1 – Os alimentos para fins medicinais específicos abrangidos pelo presente regime excecional de comparticipação incluem suplementos nutricionais orais e fórmulas de nutrição entérica por sonda e destinam-se especificamente à gestão da nutrição associada às patologias que constam da lista de indicações clínicas descritas no Anexo I.

⁵ «A avaliação de tecnologias de saúde é efetuada, em Portugal para os medicamentos, desde 1999, no âmbito dos processos de comparticipação, e desde 2007, no âmbito dos processos de avaliação prévia, antes da decisão de financiamento e como instrumento de apoio à decisão»: [Avaliação de tecnologias de saúde - INFARMED, IP](#).

2 – Os alimentos para fins medicinais específicos que beneficiam do presente regime são definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, de acordo com os critérios descritos no Anexo III, e são publicados na página eletrónica do INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED IP).

3 – O procedimento de participação das fórmulas descritas no número anterior está ainda sujeito a um regime especial de preço máximo de venda ao público (PVP máximo), o qual inclui as margens de comercialização e o imposto sobre o valor acrescentado (IVA) à taxa legal em vigor, a estabelecer na mesma portaria.

Artigo 3.º

Condições de participação

1 – O Estado suporta a 100 % o PVP máximo dos alimentos destinados especificamente à gestão da nutrição associada às patologias que constam da Lista de Indicações Clínicas descritas no Anexo I, o qual inclui as margens de comercialização e o IVA à taxa legal.

2 – Os alimentos para fins medicinais específicos abrangidos pelo presente regime excepcional de participação são prescritos eletronicamente por médicos e nutricionistas, devendo a prescrição fazer menção expressa à presente lei, e são dispensados exclusivamente nas farmácias de oficina.

3 – Cada ato de prescrição é registado na ficha do doente com indicação expressa da situação clínica que o justifica.

Artigo 4.º

Procedimento de participação

1 – O pedido de inclusão de alimentos para fins medicinais específicos no regime excepcional de participação é requerido ao INFARMED IP, e instruído com os elementos identificados no Anexo II à presente lei, da qual faz parte integrante.

2 – O INFARMED IP deve, no prazo de 20 dias, apreciar a regularidade do requerimento e solicitar os elementos bem como os esclarecimentos adicionais que repute necessários.

3 – O requerente deve entregar ou prestar os elementos adicionais no prazo de 10 dias a contar da data da notificação.

4 – O pedido é liminarmente indeferido quando:

a) Não tenham sido prestados os esclarecimentos ou apresentados os elementos adicionais no prazo referido no número anterior;

b) O requerimento não seja aperfeiçoado, após notificação do INFARMED IP para o efeito;

c) Não tenham sido utilizados os modelos de documentos indicados pelo INFARMED IP

Artigo 5.º

Projeto de decisão e audiência prévia

1 – Salvo no caso de decisão que lhe seja inteiramente favorável, o requerente deve ser notificado do projeto de decisão para efeitos de exercício de audiência prévia em prazo não inferior a 10 dias.

2 – Sem prejuízo da realização de audiência prévia adicional, em virtude da ocorrência de factos supervenientes que alterem o sentido da decisão, após a audiência prévia o requerente é notificado da decisão definitiva.

3 – No caso de indeferimento, a notificação da decisão do procedimento é acompanhada de todos os elementos que lhe serviram de base e de indicação sobre os meios de reação contenciosa do ato e respetivos prazos.

4 – No caso de deferimento, a decisão definitiva é notificada nos termos previstos no n.º 2 do artigo 26.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, na sua redação atual.

5 – Todas as comunicações referentes ao procedimento de participação são realizadas através de meios

eletrónicos.

Artigo 6.º
Comercialização

1 – Os alimentos para fins medicinais específicos comparticipados devem estar obrigatoriamente disponíveis para dispensa nas farmácias comunitárias em conformidade com a notificação do início de comercialização.

2 – As embalagens dos alimentos para fins medicinais específicos incluídos no presente regime de comparticipação devem apresentar o preço de venda ao público (PVP) fixado, bem como o código de identificação que lhe é atribuído aquando da sua inclusão no regime de comparticipação.

3 – O requerente está obrigado a comunicar o início, suspensão ou cessação da comercialização, que seja da sua iniciativa, do alimento para fins medicinais específicos comparticipado, entre o dia 1 e o dia 15, inclusive.

4 – A comunicação a que se refere o número anterior produz efeitos a partir do primeiro dia do mês seguinte à sua comunicação.

Artigo 7.º
Monitorização de utilização

A monitorização de utilização dos alimentos para fins medicinais específicos abrangidos pela presente lei compete ao INFARMED IP, tendo em conta a informação de prescrição e dispensa.

Artigo 8.º
Produção de efeitos

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação e produz efeitos com o Orçamento do Estado subsequente.

ANEXO I

Lista de indicações clínicas que envolvam uma patologia e que resultem em alterações da ingestão alimentar e/ou alterações na absorção e aumento das necessidades nutricionais, a que se refere o artigo 2.º, n.º 1

1. Doentes com necessidade de nutrição entérica por sonda, sempre que aplicável:

a) Alteração da ingestão alimentar

- i. Doenças neurológicas;
- ii. Acidente vascular cerebral (AVC);
- iii. Obstrução da orofaringe ou do esófago (ex. tumores do trato gastrointestinal superior, estenoses esofágicas benignas);
- iv. Anorexia de determinadas etiologias.

b) Alterações da absorção

- i. Doenças inflamatórias do intestino;
- ii. Enterite por quimioterapia e/ou radioterapia;
- iii. Outras causas de diarreia crónica congénitas ou adquiridas;
- iv. Fístulas baixas e altas de baixo fluxo.

c) Aumento das necessidades nutricionais sempre que aplicável

- i. Pré e pós-operatório – otimização para cirurgia, complicações pós-operatório sem necessidade de manter internamento e convalescença;
- ii. Síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA);
- iii. Tumores malignos;
- iv. Outras patologias, congénitas ou adquiridas, causadoras de maior gasto energético (ex. doenças cardíacas, pulmonares, endocrinológicas, metabólicas);
- v. Doença mental e limitações físicas e funcionais que comprometam a ingestão alimentar.

2. Doentes com necessidade de suplementação nutricional oral sempre que aplicável:

a) Doenças infecciosas

- i. VIH/SIDA.

b) Gastrenterologia/Doenças hepáticas

- i. Doença inflamatória intestinal;
- ii. Doença gastrointestinal;
- iii. Insuficiência hepática aguda ou crónica;
- iv. Insuficiência intestinal crónica.

c) Geriatria/Medicina interna

- i. Feridas crónicas;
- ii. Insuficiência cardíaca;
- iii. Desnutrição associada ao envelhecimento;
- iv. Sarcopenia;
- v. Síndrome de fragilidade.

d) Nefrologia

- i. Insuficiência renal crónica (IRC);
- ii. Doença renal (tubulopatias).

e) Neurologia/Doenças neurodegenerativas

- i. Ataxia hereditária;
- ii. Acidente vascular cerebral (AVC) – sequelas do AVC;
- iii. Demência;
- iv. Doença de Alzheimer;
- v. Doença de Huntington;
- vi. Doença de Parkinson;
- vii. Esclerose lateral amiotrófica (ELA);
- viii. Esclerose múltipla (EM);
- ix. Neuropatia diabética;
- x. Paralisia supranuclear progressiva;
- xi. Polineuropatia amilóide familiar;
- xii. Outras doenças neurodegenerativas.

f) Oncologia cirúrgica e oncologia médica

g) Pneumologia

- i. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- ii. Fibrose quística;
- iii. Insuficiência respiratória crónica;
- iv. Pneumonia;
- v. Bronquiolite obliterante;
- vi. Displasia broncopulmonar.

h) Pré e pós-cirúrgica

- i. Recuperação peri-operatório;
- ii. Transplantes.

i) Cardiologia

i. Cardiopatias congénitas ou adquiridas.

j) Doença mental e limitações físicas e funcionais que comprometam a ingestão alimentar.

ANEXO II

Instrução do pedido de inclusão de alimentos para fins medicinais específicos no regime excecional de comparticipação, a que se refere o artigo 4.º

O pedido de inclusão de alimentos para fins medicinais específicos no regime de comparticipação definido na presente lei deve ser acompanhado dos seguintes elementos:

- a) Identificação do requerente;
- b) Identificação do fabricante;
- c) Identificação do importador (se aplicável);
- d) Identificação do distribuidor;
- e) Documento, datado e assinado, no qual o fabricante nomeie o requerente como seu representante, dotando-o de poderes para o efeito (se aplicável);
- f) Nome comercial do produto;
- g) Rotulagem;
- h) Ficha(s) técnica(s);
- i) Unidade(s) de venda;
- j) Número(s) de notificação no território nacional;
- k) PVP proposto(s).
- l) Pareceres demonstrativos da pertinência clínica reivindicados para o alimento para fins medicinais específicos no âmbito do presente regime, se aplicável.

ANEXO III

CrITÉRIOS de classificação, a que se refere o artigo 2.º, n.º 2

1 – Os alimentos para fins medicinais específicos abrangidos pelo presente regime excecional regem-se pelos critérios de classificação descritos no Grupo 11 do Anexo I ao Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 4742/2014, de 2 de abril, que adota a classificação farmacoterapêutica de medicamentos, em concreto para a nutrição entérica, que engloba:

i. Os suplementos nutricionais orais:

- a. Completos;
- b. Incompletos;
- c. Modulares.

ii. As dietas entéricas, por sonda:

- a. Poliméricas;
- b. Modificadas;
- c. Pré-digeridas.

2 – Definições: para efeitos do presente Anexo, é aplicável a terminologia e descrições adotadas pela Sociedade Europeia de Nutrição Entérica e Parentérica (ESPEN) constantes do quadro seguinte:

Terminologia	Descrição
Fórmula polimérica	Nutrientes intactos; Composição nutricional reflete os valores de referência em macro e micronutrientes para uma alimentação habitual
Fórmula oligomérica/ Semi-elementar	Nutrientes hidrolisados; Alterações na digestão e/ou absorção nutricional
Fórmula monomérica/elementar	Aminoácidos livres
Fórmula específica	Composição nutricional adequada para a gestão nutricional de uma doença específica e/ou presença de alterações metabólicas que requerem necessidades nutricionais específicas, como por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> — Alterações da função imune; – Cicatrização de feridas crónicas; – Cuidados intensivos; – Disfagia; – Diabetes; – Doença hepática; – Doença intestinal; – Doença oncológica; – Doença renal; – Doenças respiratórias; – Peri-operatório; – Queimados; – Sarcopenia.
Densidade proteica	Normoproteico: <20 % VET* Hiperproteico: ≥ 20 % VET
Densidade energética	Hipocalórico: < 0,9 kcal/ml Normocalórico: 0,9 – 1,2 kcal/ml Hipercalórico: > 1,2 kcal/ml

*VET: valor energético total

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do L: Isabel Mendes Lopes — Jorge Pinto — Paulo Muacho — Rui Tavares.

PROJETO DE LEI N.º 60/XVII/1.^a

ELIMINA AS POSIÇÕES REMUNERATÓRIAS INTERMÉDIAS DOS ENFERMEIROS, ALTERANDO PELA SEGUNDA VEZ O DECRETO-LEI N.º 71/2019, DE 27 DE MAIO

Exposição de motivos

Em 2009, com o processo de revisão das carreiras de regime especial, foram aprovados dois diplomas¹ que provocaram alterações, respetivamente, à carreira de enfermagem de trabalhadores contratados pelo setor empresarial do Estado e à carreira especial de enfermagem.

Com as alterações introduzidas à carreira especial de enfermagem, a maioria dos enfermeiros foi colocada em posições remuneratórias virtuais, ao passo que com o estabelecimento da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, denuncia a Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros, a maioria só foi posicionada na tabela remuneratória publicada pelo Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de novembro, nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2015².

Em 2019, com a publicação do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, foram criadas posições remuneratórias intermédias ou virtuais, o que, por força da remissão³ para a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece os regimes de vinculação de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, agudizou as incongruências na posição e condições de profissionais com as mesmas competências.

A existência de posições remuneratórias intermédias ou virtuais tem originado inversões remuneratórias entre enfermeiros, onde, entre outras, enfermeiros mais qualificados se encontram em posição remuneratória inferior à de colegas menos qualificados; veem as progressões de carreira afetadas e registam aumentos salariais inferiores aos que lhes deveriam ter sido aplicados.

Além das razões de igualdade aqui envolvidas, a atual crise nas urgências hospitalares, a falta de recursos humanos especializados e a pressão sobre o Serviço Nacional de Saúde torna imperiosa a eliminação das penalizações criadas pelas posições virtuais.

Assim, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do Livre apresentam o seguinte projeto de lei:

Artigo 1.º

Objeto

A presente lei procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, que altera o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, bem como o regime da carreira especial de enfermagem e os respetivos requisitos de habilitação profissional.

¹ A carreira especial de enfermagem foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro, e a carreira de enfermagem foi estabelecida pelo Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro.

² Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros (aspe.pt).

³ Fruto do descongelamento das carreiras promovido pelo Orçamento do Estado para 2018, aprovado pela Lei n.º 114/2017, de 29 de dezembro.

Artigo 2.º

Alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio

É alterado o n.º 2 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, na sua versão atual, que passa a ter a seguinte redação:

«Artigo 9.º

[...]

1 – [...]

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, em caso de falta de identidade, os trabalhadores são repositados **na posição remuneratória superior mais próxima ao valor apurado pela aplicação das normas previstas no número anterior.**

3 – [...]

4 – [...]

5 – [...]»

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua publicação.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do L: Isabel Mendes Lopes — Jorge Pinto — Paulo Muacho — Rui Tavares.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 34/XVII/1.^a**RECOMENDA AO GOVERNO QUE ATRIBUA O COMPLEMENTO DE RESIDÊNCIA A TODOS OS ESTUDANTES PROVENIENTES DE AGREGADOS FAMILIARES DE RENDIMENTO ANUAL INFERIOR AOS CONSTANTES DO LIMITE DO 6.º ESCALÃO DE IRS****Exposição de motivos**

Segundo dados de 2022 e 2023¹, existem em Portugal 15 340 camas para estudantes em residências universitárias públicas e 9200 em residências universitárias privadas, sendo que existem 110 mil alunos deslocados e 13 mil desses são bolseiros, segundo dados do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior². Contudo, e segundo um estudo da JLL³: «Apesar de nos últimos anos se ter registado um aumento do número de camas disponíveis em residências privadas para os estudantes do ensino superior, em Lisboa e Porto ainda faltam 46 mil camas.»

Tendo consciência desta lacuna, o anterior Governo implementou uma série de alternativas, designadamente a nível da ação social, aumentando a elegibilidade dos alunos a uma bolsa de estudo, assim como o valor do

¹ Vide: <https://eco.sapo.pt/2022/10/18/numero-de-camas-em-residencias-para-estudantes-cresce-mais-de-25-em-tres-anos/> e <https://eco.sapo.pt/2023/11/22/faltam-46-mil-camas-em-residencias-privadas-do-superior-em-lisboa-e-porto-calcula-consultora/>; 2024-04-12.

² Vide: [https://cnnportugal.iol.pt/ensino-superior/elvira-fortunato/mais-futuros-medicos-e-professores-a-falha-no-apoio-direto-do-estado-e-os-valores-do-complemento-de-alojamento-para-estudantes-tres-pontos-a-reter-da-entrevista-da-ministra-do-ensino-superior/20230828/64ec85aad34e65afa2f4c240](https://cnnportugal.iol.pt/ensino-superior/elvira-fortunato/mais-futuros-medicos-e-professores-a-falha-no-apoio-direto-do-estado-e-os-valores-do-complemento-de-alojamento-para-estudantes-tres-pontos-a-reter-da-entrevista-da-ministra-do-ensino-superior/20230828/64ec85aad34e65afa2f4c240;); 2024-04-12.

³ Vide: <https://eco.sapo.pt/2023/11/22/faltam-46-mil-camas-em-residencias-privadas-do-superior-em-lisboa-e-porto-calcula-consultora/>; 2024-04-12.

complemento de alojamento, possibilitando que um aluno bolseiro sem acesso a cama numa residência possa ir para outro local recebendo para esse efeito um complemento remuneratório.

Contudo, e como muito bem sublinhou a ex-Ministra da Ciência, Tecnologia e Ensino, Elvira Fortunato, em entrevista ao *Expresso*⁴, estes apoios destinam-se apenas a alunos bolseiros, sendo que, de acordo com as regras existentes⁵, só têm acesso a bolsa de estudo no ensino superior os alunos cujos agregados familiares possuam um rendimento igual ou inferior a 12 120,38 € (o valor limite do 3.º escalão do abono de família).

Ora, tomando como referência os preços médios dos quartos disponíveis para arrendamento a estudantes que o Observatório do Alojamento Estudantil elenca no seu último relatório⁶, aferimos que o preço médio dos quartos nas cidades que acolhem o maior número de estudantes (Lisboa 450 €, Porto 410 €, Braga 325 €, Aveiro 300 € e Coimbra 270 €) representam uma despesa proibitiva num orçamento familiar inferior a três vezes o rendimento limite do 3.º escalão de IRS (16 472 €), atendendo a que este valor não é líquido e que ao mesmo tempo qualquer família terá de subtrair os custos com alimentação, vestuário, deslocações para o trabalho, material escolar, eletricidade, água, telecomunicações e ainda, se for o caso, o pagamento do empréstimo ao banco pela compra de casa, além dos impostos, incluindo o IMI, o IUC, etc. Ou seja, com estas medidas de apoio aos estudantes bolseiros o Governo, voluntária ou involuntariamente, está a discriminar negativamente uma parte significativa da classe média – que é aquela sobre cujos «bolsos» recai a maior parte da carga fiscal.

Perante esta situação, é legítimo pugnar para que, sem pôr em causa os apoios até agora concedidos aos alunos bolseiros, se empreenda um maior esforço para colmatar as lacunas existentes na oferta de camas para todos os estudantes deslocados, atribuindo o Estado, até que esta realidade seja concretizada, apoios financeiros, a título de complemento de residência, a todos os estudantes cujos agregados possuem rendimentos inferiores aos dos limites do 6.º escalão de IRS (39 791 €).

Nos termos constitucionais e regimentalmente aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do Chega recomendam ao Governo que:

1. Acelere os procedimentos, designadamente, burocráticos em molde idêntico ao que é reservado para os projetos de interesse nacional (PIN), com o objetivo de colmatar as lacunas existentes ao nível de oferta de alojamento para estudantes deslocados e que, até que esse objetivo seja alcançado, atribua o complemento de residência a todos os estudantes provenientes de agregados familiares de rendimento anual inferior aos constantes do limite do 6.º escalão de IRS;

2. Proceda à revisão e atualização do valor do complemento de residência, atendendo ao custo atual da habitação.

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do CH: Pedro Pinto — Rui Paulo Sousa — Bruno Nunes.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 35/XVII/1.^a

RECOMENDA AO GOVERNO QUE TOME AS MEDIDAS NECESSÁRIAS À VALORIZAÇÃO ESTATUTÁRIA E REMUNERATÓRIA DA CARREIRA ESPECIAL DE ENFERMAGEM

Exposição de motivos

Em 21 de abril de 2022, a Associação Sindical Portuguesa dos Enfermeiros (ASPE) dirigiu à Assembleia da

⁴ Vide: <https://expresso.pt/sociedade/ensino/2023-08-29-Ensino-Superior-Governo-esta-a-ponderar-aumentar-o-complemento-do-alojamento-para-bolseiros-que-nao-tenham-quarto-em-residencias-d5def0f9>; 2024-04-12.

⁵ Vide: <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/bolsas-de-estudo>; 2024-04-12.

⁶ Vide: *Alojamento Estudantil – Índice de Preços*; Observatório do Alojamento Estudantil; 2023-12-05; visto em: https://pnaes.pt/wp-content/uploads/2023/12/alfredo_student_report_20231206.pdf; 2023-08-28.

República a Petição n.º 13/XV/1.^a, pela qual transmite a pretensão de que àquela classe profissional sejam reconhecidas as mesmas condições de descongelamento e progressão remuneratória que haviam sido reconhecidas e implementadas na Região Autónoma da Madeira.

Em novembro de 2022, foi publicado o Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de novembro (Estabelece os termos da contagem de pontos em sede de avaliação do desempenho dos trabalhadores enfermeiros à data da transição para as carreiras de enfermagem e especial de enfermagem), que visou o descongelamento da avaliação de desempenho para enfermeiros com contrato de trabalho (CT) sem termo e para enfermeiros com contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) por tempo indeterminado.

Sucedede que, por efeito da aplicação deste diploma, os enfermeiros que haviam transitado para uma categoria superior nos concursos realizados após 31 de dezembro de 2004 viram a contagem de pontos para efeitos de avaliação de desempenho ser anulada e foram mesmo ultrapassados nas posições remuneratórias por colegas que não haviam acedido a uma categoria superior, em concursos anteriores. Além disso, outros problemas houve que ficaram por resolver: por exemplo, a progressão nos escalões da categoria de enfermeiro graduado, ou as progressões ou alterações remuneratórias derivadas da aquisição de graus académicos ou do exercício de funções de formador, ambos com efeito anulatório sobre a contagem do tempo de serviço.

Em fevereiro de 2024, contudo, o Ministério da Saúde – através da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – emitiu uma circular sobre «Aplicação do Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de novembro – não inversão das posições relativas», que teve o efeito de resolver algumas destas situações, designadamente, quanto à contagem de tempo de serviço para enfermeiros-chefes, supervisores, especialistas e formadores.

Ainda assim, consideram os enfermeiros que houve situações que ficaram por tratar, e cuja resolução ainda hoje reivindicam, por respeito aos profissionais de enfermagem e ao seu direito a uma carreira profissional diferenciada, estável, justa e equitativa, na comparação com as demais carreiras da área da saúde, e adequadamente remunerada.

Referimo-nos, designadamente, às seguintes matérias:

- Reconhecimento do direito a retroativos a partir de 1 de janeiro de 2018, considerando-se também a carreira de enfermagem e especial de enfermagem abrangida pelo disposto no artigo 18.º da Lei n.º 114/2017, de 27 de dezembro (Orçamento do Estado para 2018);
- Correção de todas as injustiças relativas, relacionadas com a contagem de pontos para efeitos de tempo de serviço, que não tenham sido resolvidas pelo Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de novembro, nem pela Circular da ACSS de fevereiro de 2024;
- Valorização da carreira de enfermagem e especial de enfermagem, através de uma alteração legislativa que passe pela valorização da grelha salarial por referência à carreira técnica superior da Administração Pública ou à de outros profissionais da área da saúde, pela criação de um regime remuneratório específico para a dedicação exclusiva e de um regime mais favorável de acesso à aposentação ou reforma, como forma de compensação do risco e da penosidade das funções de enfermagem.

Reconhecendo a relevância das funções de todos os profissionais de saúde, num momento em que o Serviço Nacional de Saúde padece da desorganização e da falta de profissionais que é de todos conhecida, o Chega entende ser de toda a justiça acolher estas pretensões profissionais e estatutárias da classe de enfermagem, e assim o recomenda ao Governo.

Nestes termos, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, a Assembleia da República resolve recomendar ao Governo que tome todas as medidas necessárias à valorização estatutária e remuneratória da carreira de enfermagem e especial de enfermagem, dotando-a das salvaguardas e dos mecanismos que se afigurem mais adequados à natureza da profissão e à especificidade do seu exercício.

Palácio de São Bento, 18 de abril de 2024.

Os Deputados do CH: André Ventura — António Pinto Pereira — Armando Grave — Bernardo Pessanha — Bruno Nunes — Carlos Barbosa — Cristina Rodrigues — Daniel Teixeira — Diogo Pacheco de Amorim — Diva Ribeiro — Eduardo Teixeira — Eliseu Neves — Felicidade Vital — Filipe Melo — Francisco Gomes — Gabriel

Mithá Ribeiro — Henrique Rocha de Freitas — João Paulo Graça — João Ribeiro — João Tilly — Jorge Galveias — José Barreira Soares — José Carvalho — José Dias Fernandes — Luís Paulo Fernandes — Luísa Areosa — Madalena Cordeiro — Manuel Magno — Manuela Tender — Marcus Santos — Maria José Aguiar — Marta Martins da Silva — Miguel Arruda — Nuno Gabriel — Nuno Simões de Melo — Patrícia Carvalho — Pedro Correia — Pedro dos Santos Frazão — Pedro Pessanha — Pedro Pinto — Raul Melo — Ricardo Dias Pinto — Rita Matias — Rodrigo Alves Taxa — Rui Afonso — Rui Cristina — Rui Paulo Sousa — Sandra Ribeiro — Sónia Monteiro — Vanessa Barata.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 36/XVI/1.^a

RECOMENDA AO GOVERNO QUE ASSEGURE A COMPARTICIPAÇÃO DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES PARA PESSOAS COM DOENÇA DE CROHN

Exposição de motivos

A doença de Crohn caracteriza-se por uma inflamação crónica que pode afetar qualquer parte do tubo digestivo, desde a boca até ao ânus, de forma descontínua, atingindo todas as camadas da parede do tubo digestivo, tendo uma evolução marcada por períodos de agravamento (crise) e por períodos de ausência de sintomas (remissão). Com sintomas frequentes de diarreia, dor abdominal, perda de peso, cansaço e fadiga, esta doença compromete mais frequentemente o intestino delgado no seu segmento terminal, denominado íleo e a parte proximal do intestino grosso (cólon).

Embora exista muita investigação, não existe atualmente consenso sobre quais são exatamente as causas da doença de Crohn. Contudo, as investigações mais recentes tendem a apontar que esta doença resulta da combinação de diversos fatores, como a predisposição genética, uma reação anormal do sistema imunitário a determinadas bactérias nos intestinos, a exposição a fatores ambientais e a adoção de certos comportamentos – como a alimentação, o consumo de tabaco ou de certos medicamentos e o *stress*.

De acordo com a Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa e Doença de Crohn, esta é uma doença mais comum em áreas urbanas e nos países desenvolvidos do norte da Europa ou do norte da América, afetando sobretudo jovens adultos entre os 16 e os 40 anos. Esta é uma doença com incidência crescente em Portugal, estimando-se que existem atualmente 73 casos por cada 100 mil habitantes, dos quais cerca de 20 % a 30 %, isto é, entre 5 e 7 mil, são casos graves que necessitam de tratamento especial.

Durante os períodos de remissão e exacerbação da doença de Crohn, a dieta oral e os restantes tipos de suporte nutricional poderão ser alternados. Desta forma, é necessário recorrer a nutrição entérica quando as necessidades nutricionais não são atingidas pela via oral e a nutrição parentérica em situações extremas. Tais fatos demonstram, por um lado, que na doença de Crohn a alimentação tem um papel muito importante, uma vez que pode ser simultaneamente um dos fatores de origem e de tratamento da doença; e que, por outro lado, os suplementos de nutrição clínica de forma a atingir as necessidades nutricionais.

Os suplementos específicos para os pacientes com doença de Crohn existentes no mercado podem ser utilizados como fonte alimentar única na fase aguda ou como suporte nutricional numa fase de remissão da doença, podendo ser administrado por via oral ou por sonda. Vários estudos clínicos demonstram que a formulação única destes produtos reduz a inflamação do intestino e promove a recuperação da mucosa intestinal.

Em Portugal, por força do disposto na Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro, os suplementos específicos para os pacientes com doença de Crohn disponíveis no mercado estão apenas disponíveis para doentes em internamento, em alguns hospitais a nível nacional, sendo que após a alta hospitalar os doentes são obrigados a comprar, sem qualquer comparticipação, o produto nas farmácias a um preço muito superior ao valor pago pelas unidades de saúde. Nas farmácias o preço do produto varia entre os 25 € e os 50 € por lata sendo que,

para a alimentação em exclusivo com este suplemento de um doente de Crohn em estado grave, são necessárias entre duas a quatro latas diariamente, o que acarreta custos inoportáveis. A falta de comparticipação destes produtos para além de inoportável, trata-se de uma discriminação incompreensível já que a mesma é reconhecida a 100 % para patologias das áreas de reumatologia ou dermatologia (que inclusive comportam custos bem superiores).

Mesmo que a Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro, preveja a dispensa deste suplemento sem custos para os pacientes nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, a verdade é que, de acordo com os dados do portal do Ministério da Saúde, um paciente com doença de Crohn que seja considerado normal tem, atualmente, no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, um tempo de espera aproximado de 80 dias para conseguir uma consulta, 154 dias no Hospital de São João, no Porto, 179 dias no hospital de Coimbra e 44 dias no Hospital de Faro.

Uma intervenção nutricional na doença de Crohn leve a moderada, baseada na nutrição entérica precoce com este suplemento de 50 % e uma dieta individualizada que exclui certos alimentos, pode induzir a remissão clínica com uma redução nos marcadores inflamatórios.

Por isso mesmo e atendendo à eficácia deste produto no tratamento da doença de Crohn, dando resposta aos apelos feitos à Assembleia da República pela Petição n.º 87/XV/1, com a presente iniciativa o PAN pretende assegurar a comparticipação dos suplementos alimentares prescritos a pessoas com doença de Crohn, por médico especialista, no âmbito dessa doença.

A garantia de comparticipação e de acesso a suplementos alimentares, como o Modulen IBD, por todos os pacientes com doença de Crohn melhoraria não só a qualidade de vida dos doentes, como contribuiria para a redução dos custos do sistema de saúde – já que a má nutrição associada a esta doença impacta o tempo de recuperação e leva a readmissões hospitalares e mortes que poderiam ser evitadas com esta comparticipação.

Nestes termos, a abaixo assinada, Deputada do Pessoas-Animais-Natureza, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, propõe que a Assembleia da República adote a seguinte resolução:

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição da República Portuguesa, recomendar ao Governo que proceda à avaliação da criação de uma comparticipação do Estado no preço de suplementos alimentares prescritos a pessoas com doença de Crohn, por médico especialista, no âmbito dessa doença.

Palácio de São Bento, 23 de maio de 2023.

A Deputada do PAN, Inês de Sousa Real.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 37/XVII/1.^a **ACESSO A NUTRIÇÃO ENTÉRICA**

A malnutrição associada à doença é um problema muito relevante, seja pela sua prevalência, seja pelas implicações que tem para o doente ou pelas implicações que tem para os sistemas de saúde. É um problema que exige medidas de políticas públicas que em Portugal continuam por aplicar.

A malnutrição associada à doença pode ser definida como um estado resultante de ingestão insuficiente ou desequilibrada de nutrientes em função das necessidades nutricionais. Isso leva a alterações corporais e funcionais e leva a efeitos adversos que provocam diminuição das capacidades físicas e mentais, o que compromete o prognóstico clínico. Nos casos em que a alimentação oral deixa de ser possível ou suficiente é necessário recorrer à nutrição clínica, nomeadamente a nutrição entérica.

Estima-se que a malnutrição associada à doença esteja presente em 20 % a 50 % dos casos de

hospitalização, à data de admissão. Essa malnutrição tem como consequências, para o doente, o aumento do risco de complicações no internamento, a perda de massa muscular, o risco aumentado de desenvolver úlceras de pressão, o prolongamento do internamento hospitalar e o aumento da mortalidade global. Esta situação prejudica o prognóstico do doente, dificulta a abordagem à doença subjacente e aumenta significativamente os custos de internamento e de tratamento, colocando maior pressão sobre o SNS.

O problema, seja pela prevalência, seja pelas consequências, é da maior importância e já mereceu – e bem – uma norma organizacional por parte da Direção-Geral da Saúde, em concreto a Norma n.º 017/2020 sobre Implementação da Nutrição entérica e Parentérica no Ambulatório e Domicílio na Idade Adulta. Nesta norma são inclusivamente listadas as patologias e situações clínicas que exigem necessidades nutricionais que devem ser supridas pela administração de nutrição clínica.

No entanto, subsistem as dificuldades de acesso a este tipo de nutrição. A razão é a sua não comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde, o que faz com que os doentes tenham de gastar, às vezes centenas de euros por mês, para ter acesso a nutrição entérica em ambulatório, apesar de ela ser fundamental para a sua sobrevivência, qualidade de vida e tratamento da doença-base. Muitos não o conseguem fazer ou caem numa espiral de pobreza para o conseguir.

Um grupo de associações de doentes que se juntou para apelar à comparticipação pública da nutrição entérica recolheu vários testemunhos de quem no dia a dia se bate com inúmeras dificuldades para poder aceder a algo que para si é tão fundamental. Vale a pena transcrever aqui alguns desses testemunhos porque é sobre situações reais, e não abstratas, que estamos a falar. São estas situações reais que exigem respostas imediatas:

Mulher de 25 anos com doença de Crohn severa:

«Estes produtos são extremamente caros e impossíveis de comprar mesmo que seja um ou dois meses. Tive de recorrer a familiares. Mesmo assim, mandei vir da Bélgica porque em Portugal, pediam mais do dobro do preço em qualquer farmácia. Ninguém faz uma dieta entérica porque quer, até porque é muito difícil. Se a fazemos é porque precisamos mesmo. Quem não tiver dinheiro não tem acesso ao produto. A minha doença causa fadiga, cansaço, dores e além disso, saber que os tratamentos não estão a resultar, e ainda ter a preocupação de não ter dinheiro para me tratar melhor é realmente desesperante. Precisamos de apoios».

Cuidadora de homem de 60 anos, com ELA e sonda:

«O meu esposo está diagnosticado com ELA (esclerose lateral amiotrófica) há 7 anos e a 24 de abril de 2020 foi-lhe colocada a PEG, neste momento já só é alimentado através da PEG e os gastos mensais com esta alimentação rondam os 315 €, valor que se torna cada vez mais incomportável devido à reforma do meu esposo e dos nossos rendimentos mensais».

Testemunho do Serviço de Apoio Social da Liga Portuguesa Contra o Cancro:

«Senhor de 46 anos, a realizar tratamentos de quimioterapia, em estado de magreza extrema, com necessidade de ingestão de 2 suplementos orais por dia, que iniciou esta toma há mais de 1 ano e que mantém. Os produtos representam um custo de cerca de 200 €/mensais. É um agregado familiar alargado, com baixos rendimentos e dificuldades na satisfação das necessidades básicas, das quais passou a fazer parte este tipo de alimentação».

De referir que, no cenário europeu, Portugal é dos únicos países que ainda não comparticipa a nutrição entérica em ambulatório. Na União Europeia apenas a Roménia, Lituânia, Estónia e Letónia se encontram na mesma situação.

Não há nenhuma razão para que esta comparticipação não exista: a DGS já definiu as patologias e situações clínicas em que a mesma é necessária; sabe-se que a malnutrição por doença causa imensas complicações adicionais ao doente e aumenta os encargos do SNS; sabe-se que a não comparticipação faz com que os doentes não tenham acesso à nutrição adequada ou que sejam obrigados a empobrecer para poder aceder a

ela e sabe-se que a despesa com a comparticipação seria de cerca de 0,1 % do orçamento do SNS e os resultados superariam em muito a despesa associada.

Perante tudo o que se expôs, a inação e a não comparticipação não são respostas aceitáveis. O que se propõe com a presente iniciativa é que o SNS participe a nutrição entérica em ambulatório, garantindo assim o acesso a quem dela necessita, melhorando as condições nutricionais e de saúde de muitos milhares de doentes em Portugal.

Assim, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, o Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda propõe que a Assembleia da República recomende ao Governo que:

1. Publique um regime excecional de comparticipação a 100 % das fórmulas nutricionais completas ou incompletas, adaptadas a doenças, distúrbios ou problemas de saúde específicos e destinadas à nutrição entérica, na forma de suplementos nutricionais orais ou fórmulas para nutrição entérica por sonda, quer constituam a única fonte alimentar, quer se trate de um substituto parcial ou suplemento do regime alimentar das pessoas a que se destinam, quando prescritas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde.
2. Na comparticipação prevista no número anterior são abrangidas todas as idades e todas as patologias e situações clínicas previstas no Anexo II da Norma Organizacional n.º 017/2020, da Direção Geral da Saúde, sem prejuízo de outros casos que possam vir a ser considerados.
3. A dispensa das fórmulas nutricionais é feita na farmácia que mais convier ao utente e por ele escolhida.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

As Deputadas e os Deputados do BE: Isabel Pires — Fabian Figueiredo — Joana Mortágua — Mariana Mortágua — José Moura Soeiro.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 38/XVII/1.^a
PROGRESSÕES, SALÁRIOS E CONDIÇÕES DE TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O Serviço Nacional de Saúde é um serviço público insubstituível e é garante do direito de proteção na saúde em Portugal. Sem ele a esmagadora maioria da população não teria condições ou possibilidades de aceder a serviços de saúde.

Faltam, no entanto, profissionais nos cuidados de saúde primários e isso reflete-se num cada vez maior número de utentes sem médico e sem enfermeiro de família, em cada vez mais pessoas sem acompanhamento regular, em mais grávidas e doentes crónicos por acompanhar. Faltam profissionais nos hospitais e isso reflete-se nas enormes listas de espera para consultas e cirurgias, assim como na dificuldade em responder a todas as necessidades de saúde e até na dificuldade em manter em pleno funcionamento determinados serviços, desde urgências hospitalares a outros serviços e departamentos.

A falta de profissionais tem causas e razões. Deve-se à falta de condições de trabalho, de carreira e de remuneração que faz com que os profissionais não queiram fixar-se ou permanecer no SNS. Os baixos salários, a deterioração de carreiras e a generalização de contratos individuais, os inúmeros turnos e horas extraordinárias exigidas são alguns dos problemas que temos pela frente.

No caso das enfermeiras e enfermeiros do SNS isso é evidente. Os profissionais de enfermagem do SNS ganham abaixo dos técnicos superiores da administração pública. Apagão de pontos e de anos de serviço, impedimento burocrático de progressões, congelamentos salariais e de carreira durante anos a fio, tratamento diferenciado e discriminatório entre contratos de trabalho em funções públicas e contratos individuais de trabalho, recusa de posicionamento na categoria de enfermeiro especialista os enfermeiros que são, de facto,

especialistas e titulados pela Ordem, são apenas alguns exemplos do que deprecia a sua carreira.

Se se quer um SNS público, universal, de qualidade e de proximidade, que responda atempadamente e que consiga corresponder a todas as necessidades de saúde, individuais e coletivas, é preciso investir neste projeto. Isso é, acima de tudo, investir nos seus trabalhadores.

Assim, ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, o Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda propõe que a Assembleia da República recomende ao Governo que:

1. Encete negociações para renegociar o número de posições e índices remuneratórios nas carreiras de enfermagem.
2. Garanta a contabilização de todos os anos de serviço e todos os pontos para progressão na carreira, bem como a transição de todos os enfermeiros especialistas para a categoria de enfermeiro especialista.
3. Crie um estatuto de risco e penosidade e a possibilidade de exclusividade, inseridos na carreira de enfermagem.
4. Garanta a igualdade de tratamento entre contratos de trabalho em funções públicas e contratos de trabalho individuais, assim como a regularização de todos os vínculos precários.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

As Deputadas e os Deputados do BE: Isabel Pires — Fabian Figueiredo — Joana Mortágua — Mariana Mortágua — José Moura Soeiro.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 39/XVII/1.^a

RECOMENDA A CONTAGEM DE PONTOS E REPOSIÇÃO DA PARIDADE ENTRE A CARREIRA DE ENFERMAGEM E A CARREIRA TÉCNICA SUPERIOR DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Exposição de motivos

A contagem de pontos e a reposição da paridade entre a carreira de enfermagem e a carreira técnica superior da Administração Pública são problemas que indiciam desigualdades há muito assinaladas no setor da saúde e que, naturalmente, impactam a motivação de profissionais na prestação das suas tarefas, bem como o seu bem-estar emocional e capacidade financeira – principalmente no contexto económico atual.

Com efeito, o Decreto-Lei n.º 80-B/2022, de 28 de novembro, que estabelece os termos da contagem de pontos em sede de avaliação do desempenho dos trabalhadores enfermeiros à data da transição para as carreiras de enfermagem e especial de enfermagem, bem como o Despacho n.º 13 832/2022, de 28 de novembro, que determina que o valor da compensação associada ao desenvolvimento das atividades específicas do ano de 2021 deve ser calculado por referência à atividade realizada no ano de 2019, quando esta seja superior à realizada em 2021, pese embora o tratamento equitativo de enfermeiros, independentemente da vinculação ao SNS¹, ignora o pagamento dos retroativos desde 2018 (e consequentes situações desiguais) e a resolução das designadas injustiças relativas.

Também por sanar ficou a reposição da paridade entre a carreira de enfermagem e a carreira técnica superior da Administração Pública/carreiras de grau 3, no que tange à complexidade funcional, e que se traduz num desvalor económico do trabalho de pessoas licenciadas em enfermagem face às demais pessoas licenciadas da Administração Pública².

¹Enfermeiros recuperam progressão salarial com efeitos retroativos a janeiro de 2022 — XXIII Governo — República Portuguesa (portugal.gov.pt).

² Carta entregue no Ministério da Saúde (sep.org.pt).

As enfermeiras e enfermeiros têm sido incansáveis na sua dedicação à saúde e ao Estado, principalmente em face das exigências sobre-humanas do combate à pandemia por COVID-19 ou da crise das urgências hospitalares (sem fim à vista). Considerando que estas não são reivindicações novas nem desprovidas de razão por parte do setor, é manifestamente desproporcional que não tenham tido o devido acolhimento nas rondas negociais com os diversos Governos.

Atendendo à situação de desigualdade salarial e de progressão na carreira que estas situações originam e ao abrigo das disposições constitucionais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do Livre propõem que a Assembleia da República, através do presente projeto de resolução, recomende ao Governo que:

1 – Assuma a contagem de pontos devida e reconheça a estes profissionais o direito a retroativos a 1 de janeiro de 2018;

2 – Reponha a paridade salarial entre a carreira de enfermagem e a carreira técnica superior da Administração Pública.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do L: Isabel Mendes Lopes — Jorge Pinto — Paulo Muacho — Rui Tavares.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 40/XVII/1.ª

PELO ACESSO A PRODUTOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O TRATAMENTO DA DOENÇA INFLAMATÓRIA DO INTESTINO, NOMEADAMENTE A DOENÇA DE CROHN

Exposição de motivos

A doença inflamatória do intestino, cujas patologias mais frequentes são a colite ulcerosa e a doença de Crohn, afetará mais de 25 mil pessoas em Portugal, tendo um impacto significativo na sua vida e podendo nos casos mais graves degenerar noutras patologias, designadamente do foro oncológico.

Nos seus períodos mais críticos, estas patologias são fortemente limitadoras de uma vida em condições de normalidade, podendo acarretar pesadas consequências, para além de físicas, também económicas, sociais, laborais e psicológicas.

É evidente a necessidade de serem garantidos os tratamentos necessários para o correto acompanhamento da situação dos portadores da doença de Crohn, e de todos os que sofrem de doença inflamatória do intestino, o que passa pela intervenção de equipas especializadas e o recurso a soluções medicamentosas adequadas e a cuidados alimentares específicos, com necessidades frequentes de suplementação nutricional.

É particularmente importante uma abordagem multidisciplinar no acompanhamento desta doença, que comporta fatores complexos e necessitando, quer nos períodos mais críticos, quem no acompanhamento mais perene, do contributo de diversas especialidades e da intervenção de diferentes profissionais de saúde.

Esta complexidade exige um cada vez maior fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde, porque só no SNS será possível um acompanhamento permanente e integrado destas patologias para todos os cidadãos por elas afetados. O avanço da desintegração de equipas especializadas, com várias abordagens e saberes, será extremamente negativo, em particular para as patologias crónicas e mais complexas, como é o caso da das doenças inflamatórias do intestino.

É também o SNS que pode garantir o acesso adequado às soluções farmacológicas e não farmacológicas adequadas, dado que muitas delas têm elevados custos. Esse acompanhamento deve ser garantido quer nas situações de internamento, mais graves, quer em regime de ambulatório, permitindo um correto tratamento da

doença de cada paciente.

Continuam a ser referidas dificuldades no acesso a soluções não farmacológicas, designadamente na suplementação alimentar, muitas vezes essencial para garantir a qualidade de vida dos doentes, indispensáveis para prevenir o agravamento da doença e as consequentes necessidades de tratamentos mais penosos e dispendiosos, nomeadamente com internamentos hospitalares.

Urge por isso garantir a aplicação dos mecanismos que, assentes em evidência científica e na intervenção das entidades competentes na área do medicamento e de outros produtos de saúde, assegurem o acesso a soluções não farmacológicas como a suplementação alimentar.

Assim, nos termos da alínea *b*) do artigo 156.º da Constituição e da alínea *b*) do n.º 1 do artigo 4.º do Regimento, os Deputados do Grupo Parlamentar do PCP propõem que a Assembleia da República adote a seguinte

Resolução

A Assembleia da República, nos termos n.º 5 do artigo 166.º da Constituição da República, recomenda ao Governo que:

a) Tome as medidas necessárias para garantir o acesso aos produtos não farmacológicos adequados para o tratamento da doença inflamatória do intestino e designadamente das doenças de Crohn e da colite ulcerosa, com base na prescrição médica do SNS;

b) Inste as entidades competentes na área do medicamento e outros produtos de saúde a realizarem as avaliações necessárias para um acesso transparente e regulado à suplementação alimentar necessária, com vista à sua dispensa gratuita em unidades e serviços do SNS;

c) Encontre as soluções adequadas para garantir o acesso a estes produtos quer em meio hospitalar, quer em ambulatório, à semelhança do que já acontece no tratamento de outras patologias.

Assembleia da República, 15 de abril de 2024

As Deputadas e os Deputados do BE: Mariana Mortágua — Fabian Figueiredo — Joana Mortágua — José Moura Soeiro — Marisa Matias.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 41/XVII/1.^a RECOMENDA QUE O ESTADO PORTUGUÊS NÃO ADIRA AO TRATADO PANDÉMICO

Exposição de motivos

A pandemia de COVID-19 emergiu como um dos eventos mais marcantes e disruptivos da história contemporânea. Deixando uma marca indelével na sociedade global, o vírus, identificado pela primeira vez na cidade de Wuhan, na província de Hubei, China, no final de 2019, rapidamente se espalhou pelo mundo, desencadeando uma crise de saúde pública sem precedentes.

O surgimento da COVID-19 foi inicialmente caracterizado por uma série de incertezas e desafios. A rápida disseminação do vírus apanhou de surpresa governos e instituições, levando à tomada de medidas de contenção urgentes.

O mundo testemunhou *lockdowns* em massa, restrições de deslocação e viagens, o encerramento de fronteiras e a imposição de medidas de distanciamento social, numa escala nunca vista na era moderna.

Os impactos da pandemia foram profundos e generalizados, afetando todas as esferas da vida humana. Em

termos de saúde pública, o vírus terá causado milhões de mortes e deixou muitos outros com consequências graves e de longo prazo devido à infeção. Hospitais e sistemas de saúde em todo o mundo foram submetidos a uma pressão sem precedentes, lutando para lidar com o volume de pacientes e a escassez de recursos médicos essenciais.

Além das óbvias implicações diretas na saúde, a pandemia teve um impacto significativo nas economias globais. O encerramento de empresas, interrupções nas cadeias de produção de bens e o aumento do desemprego originaram uma crise económica generalizada, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. O mundo parou, o pânico instalou-se, o rol de desafios sem precedentes fazia antever que passaria a existir um marco no tempo da história, o antes e o após COVID-19.

A vida quotidiana das pessoas e do mundo alterou como um qualquer filme ou série de ficção científica ou de apocalipse, o distanciamento social, o isolamento, as restrições de deslocação e os certificados sanitários, alteraram fundamentalmente a forma como nos relacionamos, trabalhamos, estudamos e, no fundo, vivemos. O conceito de «normalidade» foi redefinido, com as pessoas a enfrentar uma nova ordem de realidades e desafios no seu dia a dia.

A pandemia de COVID-19 representou uma rutura no tecido da sociedade global e provocou mudanças profundas e duradouras em todos os aspetos da vida humana. Se por um lado os seus impactos destacaram a necessidade de trabalhar a cooperação internacional, resiliência comunitária e solidariedade global para enfrentar desafios de saúde pública, a verdade é que muito ficou por explicar e escrutinar, com vários interesses que se aproveitaram da situação para promover agendas políticas e económicas de teor questionável. No fundo, vários foram os governos e entidades supranacionais que permitiram o pânico entre suas populações, utilizando-se da pandemia como pretexto para consolidar mais poder e restringir as liberdades individuais. No limite, os mais céticos, no direito da sua liberdade de pensamento, colocam em causa não a existência da pandemia, mas as suas origens e, fundamentalmente, os objetivos políticos com que foi usada.

Exemplo maior das preocupações levantadas, prende-se com a proposta do famigerado tratado pandémico da OMS, que muitos governos e organizações com ligações ao setor farmacêutico, observam como essencial. Este Tratado Internacional sobre Prevenção e Preparação para Pandemias, visto como um aprofundamento do Regulamento Sanitário Internacional, é uma proposta que visa estabelecer um quadro jurídico internacional para fortalecer uma suposta resposta global a eventuais futuras emergências de saúde pública. O pressuposto do tratado passa por garantir uma abordagem mais coordenada e eficaz no combate a crises de saúde, tal como foi a COVID-19.

Entre os supostos e principais objetivos do tratado pandémico, podem ser lidas normas sobre a partilha equitativa de vacinas, medicamentos e recursos médicos entre os países, a promoção de uma resposta mais rápida a surtos de doenças e o fortalecimento da capacidade de deteção, monitorização e resposta a ameaças à saúde global. Almeja também melhorar a preparação e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em todo o mundo, promovendo a troca de informações e a cooperação técnica entre países. Mais, pretende reforçar a governança global em saúde pública, estabelecendo normas e diretrizes comuns de forma a orientar as ações dos países em situações de emergência.

No entanto, a proposta do tratado pandémico tem passado ao lado da agenda mediática e política, talvez nos intentos do «sistema» em evitar que seja sequer discutido. Ainda assim, por parte do Chega não passará despercebido e acompanhamos mesmo muitas das críticas e dúvidas que têm sido levantadas.

Esta proposta da OMS resulta num aprofundamento do Regulamento Sanitário Internacional, conforme já foi referido, incrementando o poder da OMS para a declaração de emergências de saúde pública, criando mais obrigações e exigências, às quais também se acresce a obrigação de obediência por parte das nações.

Mas é fundamental recuar ao final da década de 40 do século passado e recordar os propósitos da OMS. A Agência especializada da Organização das Nações Unidas pertencente à ONU era financiada inicialmente pelos estados-membros, que estavam representados pelos respetivos Ministros da Saúde na Assembleia Mundial de Saúde. Porém, ao longo dos anos tem-se tornado cada vez mais dependente de fundações e corporações que a têm financiado, curiosamente instituições privadas, profundamente envolvidas na indústria farmacêutica. Este é um evidente conflito de interesses.

Neste campo, não podemos descurar as preocupações, que vieram a público recentemente, tais como a investigação sobre a Presidente da Comissão Europeia, Ursula Von der Leyen por suspeitas de negócio na

compra de vacinas, justamente por «irregularidades no negócio com o presidente executivo da Pfizer», uma grande farmacêutica, na «compra de vacinas contra a COVID-19 no valor de mais de 20 mil milhões de euros»¹.

Esta falta de transparência durante toda a gestão da pandemia de COVID-19 levou mesmo a que nos primeiros 10 meses da pandemia, cerca de 2 mil pessoas tenham contactado os centros de advocacia e aconselhamento da Transparency International². Mas também em Portugal vários foram os casos de corrupção no período dito pandémico, inclusivamente com Portugal a ser mencionado novamente pela Transparency International, porque o combate à pandemia veio potenciar a corrupção³. Ora, estas suspeitas e manifesta falta de transparência levantam muitas dúvidas, quando inclusivamente um dos aspetos propostos pelo tratado pandémico incide mesmo na não divulgação das fontes na obtenção de informações que podem levar a declarar uma emergência de saúde pública, sendo que estas podem incidir sobre as grandes farmacêuticas e o *lobby* financiador da OMS.

Outro aspeto altamente perigoso com a adesão ao tratado, prende-se com a iminente perda de soberania das nações. A proposta reforça poderes à OMS, que de forma unilateral pode estabelecer que recomendações passem a obrigações e, desta forma se venha a substituir aos governos de cada nação soberana, decretando limitações de deslocações, quarentenas, exigir vacinação ou passaportes sanitários, monitorizar os cidadãos, entre outras práticas que claramente violam e colocam em causa não só a soberania de uma nação como também os direitos, liberdades e garantias dos seus cidadãos.

A perceção é de que se está a dar um passo significativo em direção a um modelo de «governo mundial» e num momento em que os Estados-Nação enfrentam pressões sem precedentes no que concerne à cooperação em questões de saúde pública, é visto como uma ameaça direta à soberania nacional e à autodeterminação das nações.

O receio de que o tratado pandémico venha fortalecer instituições supranacionais em detrimento das estruturas de governo nacional é real. Pode isto resultar numa transferência gradual, porém inexorável, de poder e autoridade para entidades internacionais que não são diretamente responsáveis perante os cidadãos, nem tão-pouco eleitas. Tal cenário levanta questões profundas sobre a legitimidade e a representatividade dessas instituições e, obviamente, sobre os propósitos do tratado pandémico da OMS.

Por outro lado, não deixa de ser paradoxal que, no que diz respeito à equidade e justiça na distribuição de recursos e decisões no âmbito do tratado pandémico, exista a preocupação de que nações mais poderosas e influentes possam exercer uma influência desproporcional sobre as decisões e recursos disponíveis em detrimento das nações menos desenvolvidas e vulneráveis. Desta forma, não somente agrava as desigualdades globais, mas também «mina» os esforços de cooperação internacional e solidariedade que são essenciais para enfrentar desafios de saúde pública de forma eficaz e equitativa, tal como é o suposto propósito do tratado.

Importa sublinhar novamente a ausência de discussão pública e política de uma matéria desta natureza. Nos partidos decisivos para a governação, o partido Chega foi o único a manifestar o seu posicionamento no programa eleitoral. Desta forma, os portugueses não foram amplamente chamados a pronunciarem-se sobre o tratado pandémico, o que uma vez mais fere de legitimidade uma decisão pela sua aprovação e adesão.

Deste forma, o Chega levanta várias dúvidas quanto à legitimidade e objetivos do tratado, que tem sido discutido «à porta fechada», e jamais cederá perante objetivos supranacionais que limitem a soberania nacional, pouco transparentes, injustos e envoltos em inúmeros casos de corrupção.

Assim, ao abrigo das disposições procedimentais e regimentais aplicáveis, os Deputados do Grupo Parlamentar do Chega recomendam ao Governo que:

1 – O Estado português não adira ao tratado pandémico, devendo votar contra a proposta da Organização Mundial de Saúde;

2 – Rejeite todas as emendas ao Regulamento Sanitário Internacional que transfiram competências de soberania nacional para organizações supranacionais.

¹ Von der Leyen investigada por negócio da compra de vacinas – SIC Notícias ([sicnoticias.pt](https://www.sicnoticias.pt))

² Citizens report COVID-19 corruption – [Transparency.org](https://www.transparency.org)

³ Crise da COVID-19 também é de corrupção. Portugal no 33.º lugar no índice da Transparência Internacional – *Observador*

Palácio de São Bento, 15 de abril de 2024.

Os Deputados do CH: Pedro Pinto — Rui Paulo Sousa — Bruno Nunes.

PROJETO DE RESOLUÇÃO N.º 42/XVII/1.^a
RECOMENDA AO GOVERNO A ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS NUTRICIONAIS NO
AMBULATÓRIO

O risco nutricional é, atualmente, a comorbilidade mais comum nas enfermarias hospitalares estando associado ao aumento do período de internamento, a maiores taxas de morbilidade e mortalidade e a custos de saúde excessivos.

Em Portugal, os dados sistematizados de prevalência da malnutrição hospitalar ainda não estão disponíveis. No entanto, um estudo hospitalar, de 2021 a 2022, rastreou 4345 indivíduos internados, revelando que 48 % apresentavam elevado risco nutricional e 34,5 % apresentavam risco nutricional moderado. Neste estudo, o risco nutricional esteve associado a uma maior taxa de mortalidade, sendo de 27 % nos doentes com alto risco nutricional, de 7 % para os com risco nutricional moderado e 0,41 % para os doentes sem risco nutricional.

O período de internamento encontrou-se, também, diretamente associado ao risco nutricional, pelo que os doentes com alto risco nutricional ficaram internados mais 18 dias e os com risco moderado mais 9 dias, em comparação com os doentes bem nutridos.

Os custos totais de saúde foram 330 % superiores, por cada doente com alto ou moderado risco nutricional, em comparação com doentes sem risco nutricional, representando um total de 31 mil euros por doente com risco nutricional.

A terapêutica nutricional atempada é custo-efetiva resultando numa redução significativa dos encargos para o SNS estimando-se uma poupança anual líquida superior a 221 milhões de euros. Por cada 1 € investido, por exemplo, na nutrição entérica, o SNS pouparia 1,5 €.

A malnutrição associada à doença não reverte em contexto hospitalar, pelo que é na comunidade que apresenta maior expressão e onde urge o acesso à terapêutica nutricional, nutrição entérica e parentérica, e a implementação de cuidados nutricionais otimizados.

A prevalência de malnutrição na comunidade carece igualmente de publicação, o que se deve à ausência de rastreio nutricional nos cuidados de saúde primários.

Com o objetivo de alargar o rastreio nutricional à comunidade foi publicado o Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro, estando os pressupostos científicos para a sua implementação publicados na diretriz científica «Rastreio da Malnutrição nos Cuidados de Saúde Primários», desenvolvida pelo Grupo de Estudos em Nutrição Clínica para os Cuidados de Saúde Primários da APNEP (Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica).

A malnutrição é um sério problema de saúde pública, responsável pela perda de independência e qualidade de vida, exigindo, assim, a execução do Despacho n.º 9984/2023, de 27 de setembro, e da Norma Organizacional da Direção-Geral da Saúde (DGS) n.º 017/2020, de 25 de setembro, que estabelece a implementação do acesso equitativo aos cuidados nutricionais e respetiva terapêutica nutricional no ambulatório e domicílio.

Para tal, é fundamental assegurar o rastreio nutricional em todos os níveis de cuidados do SNS, de forma a prevenir a malnutrição, e estudar a equiparação do acesso à nutrição entérica e parentérica, fora do âmbito hospitalar, aos restantes países da União Europeia.

Assim, nos termos das disposições regimentais e constitucionais aplicáveis, os Deputados abaixo assinados, do Grupo Parlamentar do Partido Socialista, apresentam o seguinte projeto de resolução:

Nos termos da alínea b) do artigo 156.º da Constituição da República Portuguesa, a Assembleia da República

recomenda ao Governo que proceda à implementação do reforço da identificação sistemática do risco nutricional em todos os níveis de cuidados do SNS e estude a viabilidade técnica e financeira da implementação da acessibilidade à nutrição entérica e parentérica fora do âmbito hospitalar.

Palácio de São Bento, 12 de abril de 2024.

A Deputada do PS: Susana Correia.

A DIVISÃO DE REDAÇÃO.