

Tempo de trabalho dos profissionais do SNS

Contributo do trabalho suplementar
e da prestação de serviços clínicos



FICHA TÉCNICA

Título

Tempo de Trabalho dos Profissionais do SNS – Contributo do Trabalho Suplementar e da Prestação de Serviços Clínicos

Data

Maio 2025

Autoria

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas

Nota: Dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Este Estudo integra uma coleção de publicações sobre os Profissionais da Saúde enquadrada pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto. Emitido conjuntamente pelos Gabinetes da Ministra da Presidência e do Secretário de Estado da Saúde, o diploma determina o estabelecimento de mecanismos de cooperação e de trabalho conjunto do PLANAPP com diversas entidades competentes do Ministério da Saúde, prevendo a realização de um conjunto de estudos exploratórios, com vista ao enquadramento do planeamento e da gestão de recursos humanos da saúde.

PLANAPP – Centro de Planeamento e de Avaliação de Políticas Públicas

Campus XXI, Av. João XXI, n. 63

1000-300 Lisboa

planapp@planapp.gov.pt

www.planapp.gov.pt

Índice

Índice de Figuras.....	5
Índice de Quadros.....	7
Siglas e Acrónimos	8
1. Introdução	9
1.1. Enquadramento e objetivos.....	9
1.2. Tempo de trabalho: conceitos-chave.....	11
1.2.1. Trabalho Suplementar.....	11
1.2.2. Trabalho em Prestação de Serviços (clínicos).....	13
1.2.3. Trabalho Complementar	14
1.3. Questões metodológicas	15
1.3.1. Horas de trabalho suplementar.....	15
1.3.2. Horas de prestação de serviços.....	17
1.3.3. Análise integrada de HTS e HPS – trabalho “complementar”	19
2. Análise e evolução do tempo de trabalho concretizado através de Trabalho Suplementar	22
2.1. Trabalho suplementar por região.....	22
2.2. Trabalho suplementar por setor produtivo.....	28
2.3. Trabalho suplementar por entidade.....	30
2.4. Trabalho suplementar por género e grupo etário	33
2.5. Trabalho suplementar por grupo profissional	37
2.5.1. Evolução geral e estrutura do trabalho suplementar por profissão	37
2.5.2. Perfil-tipo do profissional do SNS que realiza trabalho suplementar.....	42
2.5.3. Evolução do trabalho suplementar nos quatro grupos profissionais mais representativos	43
Enfermeiros	43
Médicos Especialistas	48
Assistentes Operacionais	57
Médicos Internos	62
2.6. Contributo do trabalho suplementar avaliado em número de Equivalentes a Tempo Completo (ETC)....	68
2.7. Análise da dimensão regional – disparidades no território nacional	71
2.7.1. Mapeamento da sobrecarga de trabalho suplementar por região.....	71
2.7.2. Importância do trabalho suplementar face às densidades de RH do SNS por região e setor.....	72
3. Análise e evolução do tempo de trabalho concretizado através da Prestação de Serviços Clínicos	80
3.1. Prestação de serviços clínicos (2018-2022).....	80
3.2. Prestação de serviços clínicos por região	81
3.3. Prestação de serviços clínicos por setor institucional de cuidados	83
3.4. Prestação de serviços clínicos por entidade.....	84
3.5. Prestação de serviços clínicos por grupo profissional	87
3.6. Contributo da prestação de serviços clínicos avaliado em ETC.....	89

4. Análise e evolução do contributo do tempo de Trabalho Complementar no SNS.....	91
4.1. Trabalho complementar (2018-2022)	91
4.2. Trabalho complementar por região.....	94
4.3. Trabalho complementar por setor institucional de cuidados.....	97
4.4. Trabalho complementar por entidade.....	100
4.5. Trabalho complementar por macro grupo profissional	101
4.6. Relevância do trabalho complementar avaliada em ETC.....	104
4.6.1. Trabalho complementar equiparado a ETC por grupo profissional.....	106
4.6.2. Trabalho complementar equiparado a ETC por região	107
4.6.3. Trabalho complementar equiparado a ETC por entidade	111
4.7. Relação entre a densidade de profissionais face à população e o contributo das HTS e HPS para o tempo de trabalho no SNS	113
5. Síntese conclusiva.....	126
Anexo I – Instituições do SNS consideradas no Estudo, por região e setor institucional.....	131
Anexo II – 10 instituições do SNS mais relevantes quanto à dependência de trabalho suplementar e de prestações de serviços clínicos, avaliada em ETC (2022) – diversas métricas.....	133

Índice de Figuras

Figura 1 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por região (2018-2022)	22
Figura 2 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) – geral e por região (2018-2022)	24
Figura 3 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional do SNS prestador (CSP e CSH) por região (2018-2022)	25
Figura 4 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por ano (2018-2022)	27
Figura 5 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por região (2018-2022).....	27
Figura 6 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por setor produtivo (2018-2022)	28
Figura 7 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por setor (2018-2022).....	29
Figura 8 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por setor produtivo (2018-2022).....	29
Figura 9 – Evolução das horas de trabalho suplementar por género (2018-2022).....	34
Figura 10 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por género (2018-2022).....	35
Figura 11 – Evolução das horas de trabalho suplementar por grupo etário (2018-2022).....	36
Figura 12 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por grupo etário (2018-2022)..	37
Figura 13 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por grupo profissional (2018-2022).....	38
Figura 14 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar por grupo profissional (2018-2022)	39
Figura 15 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por grupo profissional (2018 e 2022).....	40
Figura 16 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por grupo profissional (2018 e 2022).....	41
Figura 17 – Evolução do perfil-tipo do/a profissional do SNS que realiza trabalho suplementar	42
Figura 18 – Enfermeiros – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)	44
Figura 19 - Médicos Especialistas – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)	49
Figura 20 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC_HTS) por especialidade médica (2018 e 2022)	57
Figura 21 – Assistentes Operacionais – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022) .	58
Figura 22 – Médicos Internos – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)	63
Figura 23 – Horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC_HTS) por grupo profissional (2018-2022)	69
Figura 24 – Horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC_HTS) por setor (2018-2022).....	70
Figura 25 – Representação por ARS da média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) – Médicos e Enfermeiros (2022)	71
Figura 26 – Densidade do total de profissionais do SNS face à população (‰) versus proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)	73
Figura 27 – Densidade de Médicos do SNS face à população (‰) versus proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)	74
Figura 28 – Densidade de Enfermeiros do SNS face à população (‰) versus proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)	75

Figura 29 – Profissionais do SNS – resumo dos indicadores-chave da prestação de serviços clínicos (2018-2022)	81
Figura 30 – Horas de prestação de serviços por região (2018-2022)	82
Figura 31 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por região (2018-2022)	83
Figura 32 – Evolução das horas de prestação de serviços – total e por setor institucional de cuidados (2018-2022)	83
Figura 33 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por setor institucional de cuidados (2018-2022)	84
Figura 34 – Evolução das horas de prestação de serviços por grupo profissional (2018-2022)	87
Figura 35 – Evolução da estrutura das horas de prestação de serviços por grupo profissional (%) (2018-2022)	88
Figura 36 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por grupos profissionais (2018-2022)	88
Figura 37 – Horas de prestação de serviços convertidas em ETC (ETC_HPS) – total e por grupos profissionais selecionados (2018-2022)	89
Figura 38 – Horas de trabalho complementar (HTS+HPS) – evolução total e em estrutura (%) (2018-2022)	92
Figura 39 – Proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] na atividade dos profissionais do SNS (2018-2022)	93
Figura 40 – Proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] dos profissionais do SNS por região (2018-2022)	96
Figura 41 - Proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] por setor institucional de cuidados (2018-2022)	99
Figura 42 - Evolução das horas de trabalho complementar – 10 entidades mais relevantes (2018 e 2022)	100
Figura 43 - 10 entidades com maior proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] (2018-2022)	101
Figura 44 – Proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho dos profissionais do SNS [(HTS+HPS)/HBT] por grupo profissional (2018-2022)	104
Figura 45 – Relevância do trabalho complementar (HTS+HPS), convertido em ETC (2022)	105
Figura 46 – Proporção (%) do tempo de trabalho desempenhado em horário base, em horas suplementares e em prestações de serviços, convertido em ETC (2022)	106
Figura 47 - Resumo total da relevância do trabalho complementar [(HTS+HPS)/HBT] e das necessidades em ETC na atividade dos profissionais do SNS por grupo profissional e região (2022)	109
Figura 48 – 5 entidades do SNS com maior proporção de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] - total do SNS e Médicos (2022)	112
Figura 49 - Desvio médio regional e taxa de dispersão média regional por grupos profissionais (2022)	117
Figura 50 – Densidade de RH do SNS na população (‰) versus proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)	119
Figura 51 – Densidade de Médicos do SNS na população (‰) versus proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)	120
Figura 52 – Densidade de Enfermeiros do SNS na população (‰) versus proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)	121

Índice de Quadros

Quadro 1 – 10 entidades com maior volume de horas de trabalho suplementar (2018 e 2022)	31
Quadro 2 – Entidades em que o total de horas de trabalho suplementar mais do que duplica entre 2018 e 2022	32
Quadro 3 – 10 entidades com maior média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP)	32
Quadro 4 – 10 entidades com maior proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2018 e 2022)	33
Quadro 5 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por género	44
Quadro 6 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por grupo etário	45
Quadro 7 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por setor produtivo.....	46
Quadro 8 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por região	47
Quadro 9 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros - 10 entidades mais relevantes	48
Quadro 10 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por género	50
Quadro 11 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por grupo etário	51
Quadro 12 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por setor produtivo	52
Quadro 13 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por região.....	53
Quadro 14 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas – 10 entidades mais relevantes	54
Quadro 15 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas – 10 especialidades médicas mais relevantes..	56
Quadro 16 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por género	58
Quadro 17 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por grupo etário	59
Quadro 18 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por setor produtivo	60
Quadro 19 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por região	61
Quadro 20 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais – 10 entidades mais relevantes	62
Quadro 21 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por género.....	64
Quadro 22 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por grupo etário	65
Quadro 23 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por setor produtivo.....	65
Quadro 24 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por região.....	66
Quadro 25 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos – 10 entidades mais relevantes	68
Quadro 26 – Evolução das horas de prestação de serviços – 10 entidades mais relevantes (2018 e 2022).....	85
Quadro 27 – 10 entidades com maior proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) (2018-2022).....	86
Quadro 28 – Horas de trabalho complementar (HTS+HPS) por região (2018-2022).....	95
Quadro 29 – Trabalho complementar (HTS+HPS) por setor institucional (2018-2022)	98
Quadro 30 – Resumo total de horas de trabalho complementar (HTS+HPS) por grupo profissional (2018-2022)	103
Quadro 31 - Trabalho complementar equiparado a ETC e em proporção (%) do horário base de trabalho dos profissionais do SNS [(HTS+HPS)/HBT] por grupo profissional (2022)	107
Quadro 32 – Rácio de grupos profissionais pela população por região, base e com efeito do trabalho complementar (HTS+HPS) (2022)	114

Siglas e acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde IP

AO – Assistente Operacional

AP – Administração Pública

ARS – Administração Regional de Saúde IP

AT – Assistente Técnico

CH – Centro Hospitalar

CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

DLEO – Decreto-Lei de execução orçamental

EPE – Entidade Pública Empresarial

ETC – Equivalente a Tempo Completo (*full-time equivalent*)

HBT – Horário Base de Trabalho

HPS – Horas de prestação de serviços

HTS – Horas de trabalho suplementar

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica IP

IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação IP

LTFP – Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MGF – Medicina Geral e Familiar

MS – Ministério da Saúde

NP – Número de Profissionais (*head count*)

PNT – Período Normal de Trabalho

pp – pontos percentuais

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos da Saúde

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos (sistema de informação de processamento remuneratório do SNS)

SC – Serviços Centrais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE

TSDT – Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

ULS – Unidade Local de Saúde EPE

1. Introdução

1.1. Enquadramento e objetivos

A presente nota de análise integra uma série de trabalhos que tem vindo a ser desenvolvida pelo PLANAPP, enquadrada pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto, em articulação com os organismos competentes do Ministério da Saúde (MS).

Neste âmbito, após uma primeira nota de mapeamento dos instrumentos de [planeamento na área dos recursos humanos da saúde](#)¹, o Estudo do PLANAPP sobre “[Os Profissionais do SNS – Retrato e Evolução](#)”² (doravante, Estudo), permitiu disponibilizar um primeiro diagnóstico da situação do mercado de trabalho restrito ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), ilustrando a diversidade e as dinâmicas da força de trabalho do SNS em Portugal, tendo por base a informação disponível e acessível junto da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). A este Estudo seguiu-se uma análise sobre as questões específicas do género na liderança e força de trabalho do SNS.³

Pretende-se agora aprofundar o trabalho desenvolvido, analisando a organização do tempo e da carga de trabalho dos recursos humanos (RH) do SNS, entre 2018 e 2022, em especial no que respeita às horas de trabalho suplementar protagonizadas pelos profissionais com vínculo estável ao SNS, e às horas de prestação de serviços no âmbito exclusivo do trabalho clínico, financiadas pelas entidades do SNS, com recurso a profissionais externos às mesmas, vulgarmente conhecidos por “tarefeiros”.

Neste contexto, os objetivos desta Nota são os seguintes:

1. analisar o volume e a estrutura do tempo de trabalho suplementar realizado nas organizações do SNS, detalhando a sua relação com o grupo profissional, género, grupo etário, entidade/setor produtivo do SNS⁴, e região;
2. analisar o volume e estrutura do tempo de trabalho concretizado, no SNS, através do recurso a prestadores de serviços, dissecando a sua relação com o grupo profissional (neste caso, apenas será possível para prestadores de serviços médicos e de enfermagem), entidade/setor produtivo do SNS⁵, e região;
3. caracterizar a evolução das horas de trabalho suplementar (HTS) e das horas de prestação de serviços (HPS), a nível global e atendendo às respetivas categorias de decomposição viáveis, no período entre 2018 e 2022, verificando, nomeadamente, o impacto da pandemia por COVID-19 nessas dinâmicas, e o que sucedeu no pós-COVID;

¹ *Planeamento de Recursos Humanos em Saúde: Radiografia dos Instrumentos de Planeamento*. (2024). PLANAPP. (<https://www.planapp.gov.pt/planeamento-rh-saude/>).

² Ferreira, A. S., Duarte, N., Melo, W., Costa, R., & Pereira, S. (2024). *Os Profissionais do SNS: Retrato e Evolução*. PLANAPP. (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

³ Ferreira, A. S., Melo, W., Costa, R., Pereira, S., & Duarte, N. (2024). *Trabalho, Liderança e Género no SNS*. PLANAPP. (<https://www.planapp.gov.pt/trabalho-lideranca-genero-sns/>).

⁴ Tal como no Estudo anterior, consideramos os três “setores produtivos” do SNS: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CSH) e serviços centrais (SC). A área dos cuidados continuados integrados é maioritariamente garantida por recurso a entidades da respetiva rede nacional, que empregam diretamente esses trabalhadores, pelo que a gestão da informação relativa a estes RH da saúde não é processada através dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.

⁵ No caso da análise das horas de prestação de serviços clínicos, os dados disponíveis não permitem a análise das mesmas dimensões que os disponíveis para análise do trabalho suplementar, reportando-se, no caso dos setores produtivos, a Administrações Regionais de Saúde, Hospitais / Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e Serviços Centrais.

4. avaliar em que medida os profissionais do SNS estão sobrecarregados com a realização de trabalho suplementar, considerando a métrica do número médio de HTS por profissional (por referência ao contingente do “Número de Profissionais” (NP) respetivo), e identificando as entidades do SNS mais representativas a este nível;
5. avaliar qual a proporção do tempo de trabalho normal (decorrente dos horários base) que as HTS e as HPS representam; como tal dependência do recurso ao trabalho suplementar e a prestadores de serviços (tarefeiros) evoluiu no período; e como se diferencia, em função das categorias de análise possíveis;
6. estimar tentativamente, por referência à medida “Equivalente a Tempo Completo” (ETC)⁶, o número de profissionais correspondente às HTS realizadas no SNS, enquanto possível indicador indireto de escassez de RH, ou de RH necessários, percebendo como varia essa estimativa em função dos vários discriminadores possíveis da análise;
7. aferir as situações e as dinâmicas existentes quanto às entidades do SNS mais dependentes do recurso a tempo de trabalho concretizado por prestadores de serviços, em especial as da área clínica de prestação direta de cuidados;
8. calcular tentativamente, por referência à medida “Equivalente a Tempo Completo” (ETC), o número de profissionais correspondente às HPS realizadas no SNS, outro possível indicador indireto de escassez de RH necessários, e relacioná-lo com o determinado quanto às HTS;
9. sempre que possível, relacionar a análise — em termos globais e para os principais grupos profissionais clínicos —, com as conclusões já alcançadas no Estudo anterior, em particular com o que se estabeleceu quanto a densidade de RH face à população, e que evidenciou uma desigual distribuição dos profissionais de saúde do SNS no território (considerando as fronteiras das Administrações Regionais de Saúde existentes no período em análise e as respetivas densidades populacionais).

A nota organiza-se em três capítulos principais: um primeiro (capítulo 2) dedicado à análise da importância, evolução, dinâmica e estrutura, de acordo com várias categorias de análise, das HTS enquanto elemento essencial para o tempo de trabalho no SNS; um segundo que, para as respetivas categorias disponíveis, replica a análise, mas relativamente às HPS clínicas, asseguradas por tarefeiros; e um terceiro, que agrega ambas as realidades, HTS e HPS, e analisa o seu contributo conjunto para o tempo de trabalho no SNS, procedendo ao cruzamento desta análise com os factos já estabelecidos no Estudo anterior, em especial os relacionados com as desigualdades territoriais na distribuição dos profissionais do SNS, face à população residente por região. Por fim, no capítulo 5 apresenta-se uma síntese das principais evidências e conclusões da análise.

⁶ Recordar-se que, como referido no Estudo anterior, cada ETC corresponde a períodos normais de trabalho (PNT) de 40 horas semanais para os Médicos e de 35 horas semanais para os restantes grupos profissionais, de acordo com a definição oficial da ACSS.

1.2. Tempo de trabalho: conceitos-chave

Primeiramente importa clarificar o âmbito e os conteúdos associados a cada uma das componentes de análise a aprofundar: o trabalho suplementar e a prestação de serviços clínicos, posteriormente agregados em “trabalho complementar”.

1.2.1. Trabalho Suplementar

No que respeita ao trabalho suplementar prestado no SNS, o conceito reporta a todo o trabalho que é prestado para além do horário normal de trabalho dos profissionais afetos ao SNS, e que a respetiva entidade empregadora classifica como suplementar.

De acordo com o enquadramento relativo ao trabalho suplementar disponibilizado ao PLANAPP pela ACSS, constitui trabalho suplementar (ou extraordinário) aquele que é prestado fora do horário de trabalho, considerando o aumento de horas de trabalho que o trabalhador se obrigou a prestar para além do designado período normal de trabalho (PNT), e respeitando os limites legais ou convencionalmente estabelecidos. Assim sendo, o trabalho por turnos ou noturno, se se encontrar previsto no regime legal da carreira ou dos contratos de trabalho do grupo de profissionais do SNS em causa, e for realizado dentro do respetivo período normal de trabalho (PNT), está excluído da aferição utilizada de trabalho suplementar. De salvaguardar ainda a existência de duas possibilidades distintas subjacentes à realização do trabalho suplementar: trabalho realizado em regime de presença física e trabalho realizado em regime de prevenção.

O recurso a esta modalidade de trabalho suplementar, fora do PNT, apenas pode ocorrer numa das seguintes situações:

- i. perante a necessidade de fazer face a um acréscimo *eventual e transitório* de trabalho e desde que *não* se justifique, para tal, a contratação de novo trabalhador;
- ii. por motivo de *força maior* ou se a sua prestação for indispensável para prevenir ou reparar *prejuízo grave* para a entidade.

À luz do quadro legal vigente em Portugal constitui, aliás, contraordenação muito grave a violação destes princípios. Os diplomas legais enquadradores do trabalho suplementar no SNS são, essencialmente, o Código do Trabalho⁷ (Subsecção VII – Trabalho suplementar, nos artigos 226.º e seguintes), e a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas⁸ (Secção IV – Trabalho suplementar, nos artigos 120.º e 121.º), que basicamente remete para o primeiro diploma com as necessárias adaptações.

O trabalho suplementar previsto no art.º 228º do Código do Trabalho, ou no art.º 120.º da LTFP, está sujeito, por trabalhador, aos seguintes limites:

⁷ Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, na sua 24ª versão (atualizada através da Retificação n.º 13/2023, de 29 de maio).

⁸ Lei n.º 35/2014, de 20 de junho, na sua 20ª versão (atualizada através do Decreto-lei n.º 13/2024, de 10 de janeiro).

- a) 150 horas de trabalho por ano (no caso de “média ou grande empresa”), que pode ser aumentado até duzentas horas por ano, por instrumento de regulamentação coletiva de trabalho;
- b) duas horas por dia normal de trabalho;
- c) um número de horas igual ao período normal de trabalho diário, nos dias de descanso semanal, obrigatório ou complementar, e nos feriados;
- d) um número de horas igual a meio período normal de trabalho diário em meio dia de descanso complementar.

Neste domínio, há também que considerar, pela sua centralidade, o Decreto-Lei n.º 62/79 de 30 de março (*“Regime de Trabalho do Pessoal Hospitalar”*), com as diversas alterações que mereceu nos seus 45 anos de vigência legal, e que detalha(va) especificidades diversas na aplicação ao “pessoal hospitalar” do regime de trabalho da “função pública”. Entre outros aspetos, este decreto-lei previu o direito à dispensa da realização de trabalho extraordinário para certos grupos etários, ou por “motivos de saúde”, o regime de prevenção a adotar no SNS, e as condições do recurso a trabalho médico em regime de tarefa. Tal como hoje sucede no Código do Trabalho ou na LTFP, o diploma de 1979 determinava que o recurso a trabalho extraordinário era *excepcional*, visando dar resposta a *“necessidades imperiosas de serviço”*. O diploma também estabelecia orientações e limites para o valor/hora do trabalho suplementar.

Os valores das HTS têm, no entanto, vindo a ser sucessivamente ajustados ao longo destas décadas, sendo de realçar o grande aumento do valor/hora concretizado aquando da pandemia por COVID-19 através, nomeadamente, do Decreto-Lei n.º 50-A/2022, de 25 de julho. Este diploma, ainda em vigor, pese embora sucessivamente alterado desde então⁹, reconheceu ser impossível manter serviços de urgência funcionais sem recurso a HTS e também a HPS, e fixou um regime “transitório” que permitiu que *“os órgãos máximos de gestão dos hospitais públicos remunerem o trabalho realizado em serviço de urgência pelos médicos do seu mapa de pessoal, bem como pelos médicos internos que integrem equipas de urgência por valor superior ao que lhes corresponderia na respetiva categoria e posição remuneratória”*.

Tendo presente este enquadramento legal, verificou-se, na extração de dados operacionalizada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE (SPMS), a partir da aplicação que serve de base à gestão de RH no SNS e processamento de remunerações¹⁰, e partilhada com o PLANAPP pela ACSS, que, no conceito lato de “trabalho extraordinário”, ou, mais corretamente, de “trabalho suplementar”, estão incluídas quer as horas de trabalho extraordinário prestadas em presença física, como as horas prestadas em regime de prevenção, e ainda as horas em regime de chamada, que uma vez acionadas são remuneradas como trabalho extraordinário efetivamente prestado. Não foi possível distinguir, no volume de horas de trabalho suplementar, as horas extraordinárias prestadas em regime de presença física, das horas de prevenção (não presenciais), cujo custo é, aliás, distinto (em regra as horas de

⁹ O Decreto-Lei n.º 50-A mereceu até à data alterações por via dos seguintes diplomas: Decreto-Lei n.º 103/2023 - Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07; Decreto-Lei n.º 65/2023 - Diário da República n.º 152/2023, Série I de 2023-08-07; e Decreto-Lei n.º 15/2023 - Diário da República n.º 40/2023, Série I de 2023-02-24.

¹⁰ O RHV (Recursos Humanos e Vencimentos).

prevenção são pagas a 50% do valor das horas extraordinárias). Este facto constitui uma limitação da análise efetuada neste Estudo. Não obstante, informação partilhada pela ACSS com o PLANAPP, apenas referente ao trabalho médico, e para o ano de 2022, indicou que as HTS prestadas em regime de presença física representavam cerca de 80% do total de HTS, o que permite de algum modo, e pelo menos para este grupo profissional, enquadrar a análise e constatações do Estudo.

1.2.2. Trabalho em Prestação de Serviços (clínicos)

Relativamente ao enquadramento do trabalho (no âmbito estritamente clínico) concretizado em regime de prestação de serviços, o mesmo Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de março, que ainda hoje vigora apesar das diversas alterações que mereceu, prevê, no seu art.º 11.º que *“em casos excepcionais, devidamente comprovados, de manifesta impossibilidade de se assegurar o trabalho hospitalar com os médicos dos quadros ou mapas dos estabelecimentos, poderá ser autorizado o trabalho médico em regime de tarefa”*, entendendo-se *“por regime de tarefa aquele em que o médico, sem estar vinculado ao estabelecimento hospitalar por qualquer título de provimento, trabalha nos serviços hospitalares por tempo limitado e em regime de presença física”*.

Este regime, identificado específica e exclusivamente para a profissão médica, tem, entretanto, sido alargado a outros grupos profissionais e tornou-se bastante comum haver horas de enfermagem ou de trabalho de Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) contratadas em prestação de serviços, para colmatar carências específicas.

No caso dos médicos, encontrava-se ainda previsto, seguramente de modo a não gerar injustiças remuneratórias, nem incentivo à mercantilização do trabalho clínico, a regra geral de *“a remuneração mensal por tarefa não pode exceder a remuneração mensal do interno de especialidade”*.

O trabalho clínico prestado na base da contratação de horas de prestação de serviços (HPS) a “tarefeiros” tem merecido algumas orientações específicas que tentam, sobretudo, limitar o valor/hora (muito elevado) nalgumas especialidades médicas com maior carência de disponibilidade de profissionais para realizarem trabalho suplementar, em particular se e quando necessárias ao preenchimento de escalas dos serviços de urgência hospitalares¹¹.

Anualmente, existe sempre pelo menos um artigo no Decreto-Lei de execução orçamental (DLEO)¹² que se refere especificamente à aquisição de serviços médicos em regime de prestação de serviços, mantendo-se, ano após ano, o sublinhado na sua “excepcionalidade”, e limitação aos casos *“em que comprovadamente o serviço não possa ser assegurado por médicos do respetivo mapa de pessoa”*, e que coincide, nos seus termos, genericamente, com o que o já citado Decreto-Lei n.º 50-A/2022 de 25 de julho também refere quanto à aquisição de serviços médicos.

Em termos de implicações para a política pública de gestão de RH do SNS, é relevante notar que, se em 1979, o valor limite por hora de trabalho a pagar pela aquisição de serviços médicos era o respetivo

¹¹ Alguns exemplos de especialidades em que os valores/hora são alvo de forte competição do mercado de prestação de serviços médicos são: a anestesiologia, a ginecologia/obstetrícia, a ortopedia, a pediatria, ou a oftalmologia.

¹² No caso do DLEO de 2024 - Decreto-Lei n.º 17/2024, de 29 de janeiro -, em vigor à data, trata-se do art.º 62º.

valor da remuneração de um interno de especialidade, em 2024, o mesmo aumentara exponencialmente, para o valor/hora mais elevado previsto na tabela remuneratória aplicável aos trabalhadores integrados na carreira médica ou especial médica. Ainda assim, previu-se, desde logo, que este pode ser ultrapassado “em casos excepcionais devidamente fundamentados”), o que, claramente, reflete a forma como evoluiu este mercado de serviços médicos, por contraponto com a disponibilidade de RH médicos permanentes nas instituições do SNS que os contratam.

Ao determinado no DLEO, crescem, periodicamente, orientações setoriais específicas, salientando-se, nomeadamente, o Despacho n.º 3027/2018, de 23 de março, da Secretária de Estado da Saúde, que define orientações gerais para “celebração e/ou renovação de contratos em regime de prestação de serviços de pessoal médico, para a prestação de cuidados de saúde” no SNS, ou o mais recente Despacho n.º 1757/2024, de 15 de fevereiro, do Secretário de Estado da Saúde, de subdelegação de competências de autorização, com orientações de exceção para 2024, entretanto (re)confirmadas através do Despacho n.º 5168-C/2024, de 30 de Abril, da Ministra da Saúde.

Da análise dos diplomas setoriais percebe-se como, ao longo do tempo, foram excecionados os valores/hora de remuneração dos tarefeiros, já de si excepcionais, e foram progressivamente alargados os seus limites máximos, as próprias amplitudes de exceção de ultrapassagem desses limites máximos e, ainda, relaxadas as formas de os autorizar. Tal parece evidenciar, por um lado, a dificuldade crescente de assegurar trabalho médico indispensável através do recurso a RH permanentes das entidades, prestado dentro do respetivo PNT, ou mesmo através do recurso a HTS (que enfrentam limites anuais legais, também relacionados com o risco do próprio *burnout* dos trabalhadores), e, por outro, a mercantilização crescente do trabalho à tarefa — com cada vez maior concorrência através do preço/hora, como forma de garantir a prestação de serviços médicos considerados indispensáveis ao SNS, em competição com um setor privado crescentemente empregador de profissionais de saúde escassos.

Por fim, e à semelhança do sucedido no Estudo anterior, também no caso dos dados apresentados nesta Nota o PLANAPP disponibiliza um *dashboard* que permite a exploração autónoma, dinâmica e transparente dos dados analisados, designadamente sobre HTS e sobre HPS no Serviço Nacional de Saúde.

1.2.3. Trabalho Complementar

Na parte final deste Estudo, apresentam-se dados sobre o tempo de “Trabalho Complementar”, um conceito *ad-hoc* que se sentiu necessidade de sistematizar. À falta de melhor definição, o trabalho complementar nesta análise agrega, para as dimensões relevantes e possíveis (de acordo com a categorização de base dos dados), o conjunto (soma) das HTS e HPS.

O objetivo é proporcionar uma visão integrada da importância de todo o trabalho realizado no SNS, para além do concretizado na atividade desenvolvida no tempo de horário base de trabalho (HBT) dos respetivos profissionais do SNS, e medir o contributo deste trabalho “complementar” face ao desses

horários de trabalho normais. Ora, este trabalho adicional está a ser assegurado tanto sob a forma de trabalho suplementar prestado pelos profissionais do SNS nas suas instituições de origem, como por recurso à contratação de prestações de serviços clínicos de outros profissionais de saúde (vulgo, “tarefeiros”).

Esta análise é particularmente relevante, uma vez que, como o Estudo evidencia, estas componentes assumem uma dimensão significativa, com impacto tanto ao nível da dotação de recursos, como da organização do trabalho ao nível das equipas, dos serviços e das instituições do SNS.

1.3. Questões metodológicas

Toda a informação mobilizada para esta nota foi facultada ao PLANAPP pela ACSS.

1.3.1. Horas de trabalho suplementar

No que se prende com a caracterização do trabalho suplementar, a ACSS disponibilizou dados anonimizados tendo por base extrações feitas pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde EPE (SPMS) (em outubro de 2023). Os critérios definidos para a recolha de informação foram a possibilidade de identificação (anonimizada) ao nível do trabalhador de todas as horas de trabalho suplementar, considerando exclusivamente os profissionais com vínculo efetivo ao SNS, tendo sido extraída informação para os cinco anos completos mais recentes (2018-2022).

A informação sobre o trabalho suplementar foi recebida e validada internamente pelo PLANAPP, seguindo os critérios já previamente mobilizados nos trabalhos anteriormente desenvolvidos, numa lógica de coerência transversal e contínua das análises desenvolvidas. O período de 2018 a 2022 assegura, portanto, a comparabilidade com os dados já estudados no Estudo anterior, e permite a sua correlação. A este respeito, remete-se para o Anexo I do Estudo anteriormente publicado¹³, relativo a questões metodológicas comuns ao trabalho desenvolvido pelo PLANAPP.

De salientar que foram feitas correções pontuais aos dados das HTS, nomeadamente devido à existência de *outliers* (valores muito díspares face aos padrões de informação existentes) bem como de alguns casos residuais de profissionais que não cumpriam as condições de vínculo efetivo ao SNS (como os trabalhadores com vínculo suspenso, trabalhadores independentes, prestadores de serviços/avenças, trabalho ao abrigo de acordos de cooperação e protocolos, atividades ocupacionais, bolsas de investigação, estágios, e contratos de emprego-inserção ou destacamentos, entre outras).

Os recursos humanos da saúde (RHS) encontram-se afetos sobretudo a dois setores produtivos de atividade no SNS, conforme o tipo de cuidados a que os profissionais se dedicam: Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), ou Cuidados de Saúde Primários (CSP), frisando-se que esta classificação foi efetuada na base de um critério da sua natureza produtiva, com auxílio do Centro de Custo (contabilístico) associado e segundo a classificação oficial da Administração Central do Sistema de

¹³ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

Saúde (ACSS), independentemente da sua associação a instituições específicas, ou da sua integração em Unidades Locais de Saúde (ULS). Acresce o setor dos Serviços Centrais (SC), que agrega os RH normalmente não envolvidos diretamente na prestação de cuidados, pelo facto de trabalharem em Serviços Centrais, e que se encontram eminentemente sediados em Lisboa.

De realçar, todavia, que apesar de no Estudo anterior se ter concluído que no setor dos SC existia um número de trabalhadores da área clínica, avaliado em Equivalentes a Tempo Completo (ETC), muito reduzido quando comparado com o dos CSH ou dos CSP, no caso das HTS, e ao contrário do expectável, verificou-se existir um volume muito considerável de HTS prestadas, em regime de presença física e/ou em prevenção, nos SC, por parte, essencialmente, de profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) — conferindo, por isso, bastante maior relevância relativa a este setor do que seria de antecipar à partida.

No grupo profissional dos Médicos Especialistas, as especialidades médicas consideradas foram as oficiais e constantes nos dados disponibilizados pela ACSS.

A informação disponibilizada quanto às HTS engloba, como já referido, de forma agregada as duas vertentes do trabalho suplementar, realizado em regime de presença física e realizado em regime de prevenção. Assim, como já referido, não foi possível distinguir, no volume total de horas de trabalho suplementar, as horas extraordinárias prestadas em regime de presença física das horas de prevenção (não presenciais), cujo custo é bastante distinto (em regra as horas de prevenção são pagas a 50% do valor das horas extraordinárias). Também não foi possível obter informação rigorosa sobre qual a “proporção média” das horas extraordinárias, ou das horas de prevenção, no total das horas de trabalho suplementar (HTS), nem tão pouco obter dados específicos por grupo profissional e/ou por ano, embora, de acordo com a ACSS, as HTS sejam, na sua larga maioria ou quase generalidade, prestadas em regime de presença física nas entidades do SNS. O único dado obtido, de contextualização a este respeito, e que poderá servir de referência potencial na análise, foi relativo ao grupo profissional dos médicos: de acordo com informação da ACSS, no ano de 2022, a percentagem de HTS médico em regime de prevenção foi de cerca de 20%, ao passo que o trabalho extraordinário em presença física foi de aproximadamente 80% do total de HTS. No entanto, há que ter presente que estas proporções terão variado conforme as instituições concretas. Se considerarmos alguns serviços centrais como o IPST ou o INEM, a referência “média” para o SNS como um todo não constitui um retrato fiel da sua realidade no que respeita à decomposição das HTS dos respetivos profissionais, em regime presencial ou de prevenção. Este facto constitui uma condicionante desta análise e desta nota, pois, por limitações dos dados recebidos, terá de se considerar, indistintamente, o conceito de trabalho suplementar para nos referirmos a qualquer uma destas possibilidades de trabalho realizado fora do PNT: em regime presencial ou em regime de prevenção.

Sublinha-se que os dados anuais referidos nesta nota se reportam ao valor global (acumulado) de horas de trabalho suplementar durante cada ano.

Relativamente à organização da informação do trabalho suplementar, para o período entre 2018 e 2022 a informação disponibilizada encontra-se organizada por:

- Horas de Trabalho Suplementar
- Ano
- Grupo Etário
- Género
- Região
- Grupo Profissional (à semelhança do Estudo anterior)
- Especialidade (no caso da profissão médica)
- Instituição
- Tipo de Cuidados (SC, CSP ou CSH).

1.3.2. Horas de prestação de serviços

Quanto ao trabalho prestado no SNS através de aquisição de horas de prestação de serviços (HPS), este diz respeito ao trabalho clínico desenvolvido com recurso a “tarefeiros”, contratados pelas entidades do SNS e executado através de recursos humanos (RH) externos às mesmas, sem vínculo de trabalho efetivo à entidade no qual a tarefa é prestada (embora possa existir vínculo a outra entidade do SNS, distinta daquela em que as HPS estão a ser contratadas).

De acordo com as orientações setoriais do Ministério da Saúde, a contratação de serviços de saúde na modalidade de prestação de serviços tem (ou deveria ter) natureza excecional, pontual e não reiterada, sendo apenas justificável em situações específicas em que, de forma comprovada e devidamente contextualizada, constitua a única alternativa para garantir a prestação de cuidados essenciais no SNS — e até que o SNS contratasse e assegurasse os RH permanentes necessários. Neste sentido, importa perceber que a prestação de serviços se afigura como um “instrumento” mais ágil, mas que não deveria, em caso algum, colmatar necessidades permanentes, sendo por isso necessário e pertinente, em termos de planeamento dos RH do SNS, avaliar a sua extensão e o grau da sua utilização nas entidades do SNS.

A informação mobilizada para a caracterização da prestação de serviços foi, em outubro de 2023, disponibilizada pela ACSS, tendo por base os trabalhos desenvolvidos pela mesma no âmbito das suas obrigações de reporte e de acompanhamento orçamental do setor da saúde, agregada por instituição e macrogrupo profissional (Médicos — que agrega Internos e Especialistas, não sendo possível diferenciá-los; Enfermeiros; e Outros), não existindo informação mais detalhada para os “Outros”, que agrega todos os restantes grupos clínicos profissionais existentes¹⁴ que concretizem trabalho à tarefa. De referir que existe um módulo de registo de prestações de serviços no sistema RHV, que permite extrair informação individualizada e detalhada de caracterização da prestação de serviços clínicos nas entidades no SNS. Contudo, a informação aí registada não abrange o universo de toda a contratação de serviços clínicos à tarefa (nomeadamente da atividade médica contratada), dado que não incluem a totalidade da contratação realizada pelas entidades (incluindo parte sob a

¹⁴ Nomeadamente, Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica ou Técnicos Superiores de Saúde.

forma de «pagamento ao ato»). Por outro lado, não só o RHV não se revela(va) totalmente adequado para este fim, como, por vezes, as entidades do SNS procedem a este tipo de contratação sobretudo através dos respetivos serviços de aprovisionamento e não (apenas) sob coordenação dos serviços de RH, o que torna a agregação de dados mais complexa. Adicionalmente, a forma empresarial assumida pelos tarefeiros nem sempre foi homogénea ao longo dos anos, variando entre prestadores individuais, sociedades unipessoais, ou outro tipo de empresas, o que coloca desafios acrescidos ao controlo e reporte deste tipo de trabalho clínico. Neste sentido, e tendo presente a ambição do PLANAPP de conseguir a representação mais aproximada da realidade possível, foi definido conjuntamente com a ACSS que a informação a ser mobilizada seria a que foi trabalhada e validada previamente pela própria ACSS, no âmbito das suas próprias obrigações de reporte superior e de acompanhamento orçamental do setor da saúde, tendo sido disponibilizada informação para os cinco anos completos mais recentes (2018-2022), em ficheiros Excel consolidados pela ACSS a partir de dados internos seus. O valor anual é o valor acumulado a dezembro do ano respetivo.

De referir ainda que devido à forma de mobilização da informação agregada, disponibilizada ao PLANAPP para este tipo de horas de trabalho clínico prestado, não foi possível a afetação linear dos recursos humanos da saúde (RHS) aos dois principais setores produtivos de atividade, conforme o tipo de cuidados a que os profissionais efetivamente se dedicam: Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), ou Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os dados disponibilizados ao PLANAPP não se encontravam organizados, como a generalidade dos anteriores, por centro de custo pagador, mas sim apenas pelo nível mais agregado da instituição processadora. Assim, para além de se identificarem as instituições do setor dos Serviços Centrais, as dos CSP, quando processadas pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS), e do setor Hospitalar, quando processadas por Hospitais ou Centros Hospitalares, neste caso das horas de prestação de serviços clínicos (HPS), foi considerado um conjunto de instituições “autónomas” adicionais — as Unidades Locais de Saúde (ULS) —, que abarcam ambas as naturezas produtivas, CSP e CSH, não sendo possível, neste caso concreto das HPS, discriminar a que setor produtivo (“dentro” de cada ULS) as horas pagas em “regime de avença” foram afetadas.

A informação relativa às HPS foi recebida e validada internamente pelo PLANAPP, seguindo, portanto, tanto quanto possível, critérios já previamente considerados nos trabalhos anteriormente produzidos, e numa lógica, tanto quanto possível, de coerência com outras análises desenvolvidas. De salientar que, também neste domínio, foram feitas correções pontuais, nomeadamente devido à existência de *outliers*¹⁵.

Relativamente à organização da informação sobre o trabalho realizado através das prestações de serviços, para o período entre 2018 e 2022, e fruto das condicionantes anteriormente identificadas a informação disponibilizada encontra-se organizada por:

- Horas de Prestação de Serviços
- Ano
- Região

¹⁵ Valores muito distintos face aos padrões de informação existentes.

- Macro Grupo Profissional (Médicos, Enfermeiros e Outros)
- Instituição
- Setor Institucional de Cuidados (SC, CSP, CSH e ULS¹⁶).

1.3.3. Análise integrada de HTS e HPS – trabalho “complementar”

No que respeita à análise integrada, entre 2018 e 2022, das duas componentes de investigação a serem mobilizadas ao longo da nota, há que referir que esta se terá de limitar às áreas e categorias de informação comuns às HTS e HPS, pelo que apenas se poderão aprofundar as dimensões de informação disponíveis no âmbito das prestações de serviços. Pretende-se aferir a relevância agregada e a evolução do contributo conjunto do trabalho suplementar e das prestações de serviços — que se designou antes, e para simplificação, por “trabalho complementar” (complementar ao do horário base de trabalho dos profissionais do SNS) — para a organização do trabalho dos profissionais de saúde do SNS. Daí resulta uma outra possível medida das necessidades permanentes de RH, através dos ETC correspondentes às horas de trabalho garantidas, repetidamente, através dos dois regimes, apesar de ambos serem expedientes de exceção e, de acordo com o quadro legal vigente, destinados a uso muito transitório no tempo.

Complementarmente, importa também avaliar a relação entre trabalho suplementar e prestação de serviços, tendo por base a orientação emanada do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde), que privilegia o incremento do trabalho suplementar e da mobilidade dos trabalhadores com vínculo ao SNS, com vista a reduzir o recurso a prestadores de serviços, num quadro, naturalmente, em que se assegura o adequado planeamento dos RH necessários.

Para esta leitura, e à semelhança do que se efetuou no Estudo anterior, será mobilizada, como medida-padrão de análise da caracterização da organização do tempo de trabalho dos profissionais do SNS, a métrica de Equivalente a Tempo Completo (ETC). Esta medida é obtida pela conversão das horas destes regimes “de exceção” em ETC, assumindo-se 48 semanas úteis de trabalho por ano, com uma correspondência de 35 horas de trabalho semanais para os diferentes grupos profissionais, com a exceção dos Médicos Especialistas e Médicos Internos que, no período em análise, cumprem períodos normais de trabalho (PNT) de 40 horas semanais¹⁷.

Para além do volume das Horas de Trabalho Suplementar, ou das Horas de Prestação de Serviços, as seguintes medidas-padrão serão adotadas para caracterização da organização do tempo de trabalho dos profissionais do SNS:

¹⁶ As ULS que apresentavam informação sobre HPS no período foram as seguintes: Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.; Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.; Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. Estas ULS são as que pré-existiam à reorganização ocorrida no SNS no final do ano de 2023, onde se verificou a criação de 31 novas ULS, que integram todos os hospitais e os cuidados de saúde primários sob uma única gestão, sendo este o novo e único modelo organizacional dos serviços de saúde dentro do SNS, vigente desde 1 de janeiro de 2024.

¹⁷ De acordo com a ACSS, um ETC corresponde sempre a PNT de 35h, exceto no caso dos Médicos, em que o PNT definido pelo Ministério da Saúde é de 40h semanais.

- **A média de HTS por profissional (HTS/NP):** é a medida obtida pela razão da soma das HTS pelo número de profissionais (NP) – avaliado em *head count* – disponíveis no SNS¹⁸, tendo em conta o respetivo grupo profissional, região, ou outra dimensão, a que se reporte a análise. Esta medida é indicada para caracterização da sobrecarga dos profissionais que realizam HTS. É importante atender à variância do número de profissionais e de determinadas características na análise da distribuição das HTS por entidade. De notar que em entidades com elevado NP, como certos Centros Hospitalares, o mesmo volume de HTS num certo período, representa um esforço de trabalho acrescido por profissional muito menor do que noutras entidades com menor NP e similar (ou até inferior) volume de HTS.
- **ETC_HTS:** é a medida obtida pela conversão das HTS em ETC, seguindo a correspondência de 35h de trabalho semanais para os diferentes grupos profissionais, com exceção dos Médicos Especialistas e Médicos Internos que cumprem jornadas profissionais de 40 horas semanais, e assumindo 48 semanas de trabalho por ano¹⁹. Evidencia quantos profissionais (ETC) seria necessário contratar no ano para “anular” a necessidade de recurso a HTS.
- **ETC_HPS:** é a medida obtida pela conversão das HPS em ETC, seguindo a correspondência de 35h de trabalho semanais para os diferentes grupos profissionais, e 40 horas semanais no caso dos Médicos e assumindo 48 semanas de trabalho por ano. Evidencia quantos profissionais (ETC) seriam necessários contratar por ano, para “anular” a necessidade de recurso a HPS.
- **ETC_(HTS+HPS):** é a medida obtida pela conversão da soma das HTS e das HPS em ETC, seguindo a correspondência de 35h de trabalho semanais para os diferentes grupos profissionais, e 40 horas semanais no caso dos Médicos e assumindo 48 semanas de trabalho por ano. Evidencia quantos profissionais (ETC) seriam necessários contratar por ano, para “anular” a necessidade de recurso ao conjunto das HTS e das HPS.
- **HTS/HBT:** é uma medida de carga de trabalho “não-ordinário” da respetiva entidade (ou setor), obtida pela divisão das HTS pelo respetivo total de horas contratualizadas com os profissionais de saúde do SNS (Horário Base de Trabalho, ou HBT²⁰), em percentagem. Permite aferir a relevância/representatividade, ou o contributo relativo, do trabalho suplementar face ao horário de trabalho normal dos profissionais de saúde do SNS.
- **HPS/HBT:** é outra medida de carga de trabalho “não-ordinário” da respetiva entidade (ou setor), obtida pela divisão das HPS pelo respetivo total de horas contratualizadas com os profissionais de saúde do SNS (Horário Base de Trabalho, ou HBT), em percentagem (%). Permite aferir a relevância/representatividade, ou o contributo relativo, das horas de

¹⁸ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

¹⁹ Assumindo 4 semanas de férias por ano (com 52 semanas, em regra).

²⁰ O Horário Base de Trabalho (HBT) consiste nas horas efetivamente contratadas em horário dos profissionais (que podem ser, em cada caso, distintas do PNT da carreira respetiva). O ETC_HBT, métrica que este estudo refere no capítulo 4, corresponderá à medida obtida pela conversão da soma dos HBT em ETC, seguindo a correspondência de 40 horas semanais no caso dos Médicos (Médicos Especialistas e Médicos Internos) e de 35h de trabalho semanais para os restantes grupos profissionais, como preconizado pela ACSS, e assumindo 48 semanas de trabalho por ano.

prestações de serviços clínicos face ao horário de trabalho normal dos profissionais de saúde do SNS.

- **(HTS+HPS)/HBT:** é uma terceira medida de carga de trabalho “não-ordinário” da respetiva entidade (ou setor), resultando da divisão da **soma** das HTS e HPS pelo respetivo total de horas contratualizadas com os profissionais de saúde do SNS (HBT), em percentagem (%). Permite aferir a relevância/representatividade do tempo de trabalho suplementar e do tempo garantido por prestações de serviços clínicos, ou trabalho complementar na aceção usada neste Estudo, face ao horário de trabalho normal dos profissionais de saúde do SNS. Por outras palavras, representa a importância relativa (%) do contributo de regimes de trabalho que são por regra excecionais, face ao tempo de trabalho normal dos profissionais do SNS.

Adicionalmente, salienta-se que toda a análise desenvolvida será exclusivamente focada nas horas de trabalho suplementar e de prestação de serviços, e na organização do tempo de trabalho dos profissionais do SNS, não sendo objeto nem pretensão deste documento incluir outros domínios de informação, nomeadamente relacionadas com aspetos financeiros, custos associados ou poupanças potenciais²¹.

A fonte para todos os quadros, gráficos e figuras apresentados neste Estudo, são os dados de base disponibilizados pela ACSS, trabalhados pela equipa do PLANAPP, a menos que algo seja explicitamente indicado em sentido distinto.

Por último, face aos diversos ajustamentos efetuados, pelo PLANAPP, aos dados disponibilizados pela ACSS, reitera-se a probabilidade de poder haver divergências quantitativas face aos dados públicos divulgados pela ACSS ou pelo Ministério da Saúde, relativos quer a HTS, como a HPS.

²¹ Para os quais não se dispôs de informação completa ou fiável.

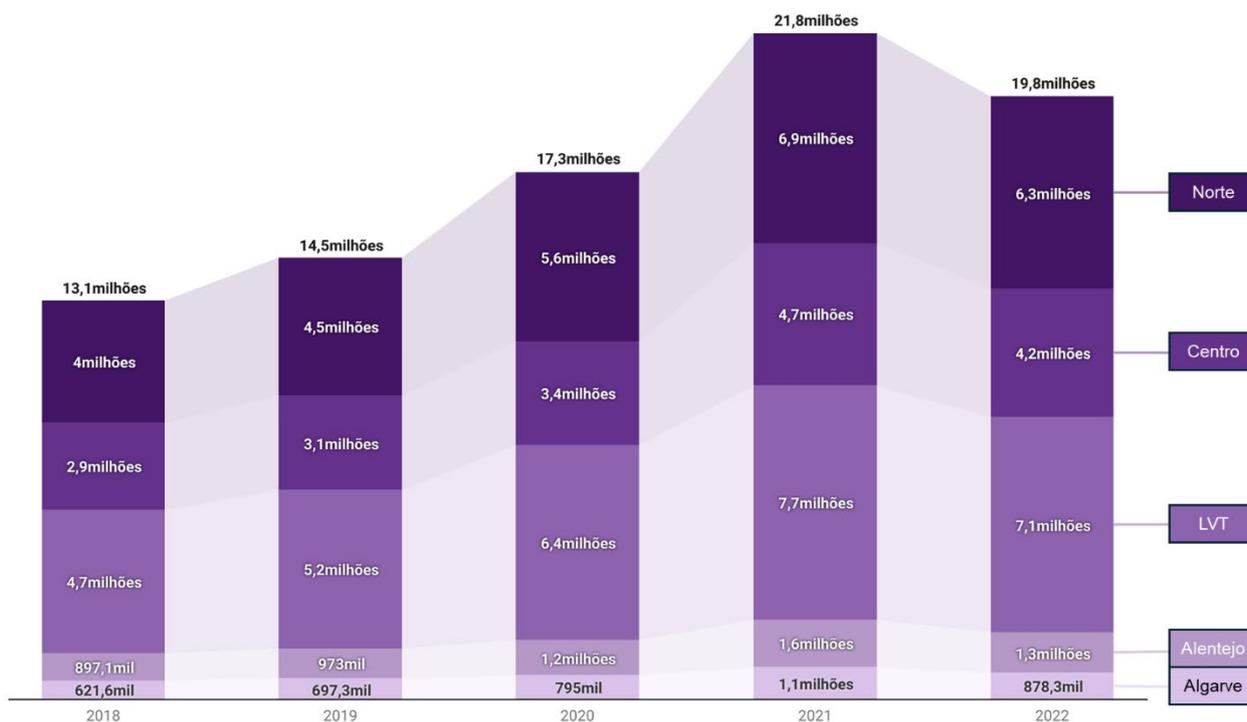
2. Análise e evolução do tempo de trabalho concretizado através de Trabalho Suplementar

Neste capítulo analisa-se o volume de Horas de Trabalho Suplementar (HTS) prestado no SNS entre 2018 e 2022, decompondo-o por região, setor produtivo e entidades mais representativas, recorrendo às várias métricas antes descritas e analisando a sua incidência por grupo profissional, género e grupo etário.

2.1. Trabalho suplementar por região

A análise da evolução do trabalho suplementar pode ser iniciada considerando a **Figura 1** que representa a evolução das HTS totais prestadas no Serviço Nacional de Saúde, nos cinco anos abrangidos, desagregadas pela região à qual pertencem as entidades nas quais as HTS são prestadas.

Figura 1 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por região (2018-2022)



A Figura 1 apresenta o valor acumulado anual das Horas de Trabalho Suplementares (HTS) dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022. Considerando a linha do total, é evidente uma tendência de crescimento ainda antes do início da pandemia de COVID-19, embora com pico no ano de 2021, seguramente impulsionado pelo contexto de pandemia, e um decréscimo no ano de 2022, após controlo da mesma, mas, ainda assim, com valores de HTS bastante superiores aos do período pré-pandémico.

Em termos globais, no ano de 2022 foram prestadas quase 20 milhões de horas suplementares no SNS, o que representa um crescimento de 51,2% face aos valores registados em 2018. Entre 2018 e 2022 as HTS cresceram anualmente cerca de 1,7 milhões de horas, em média.

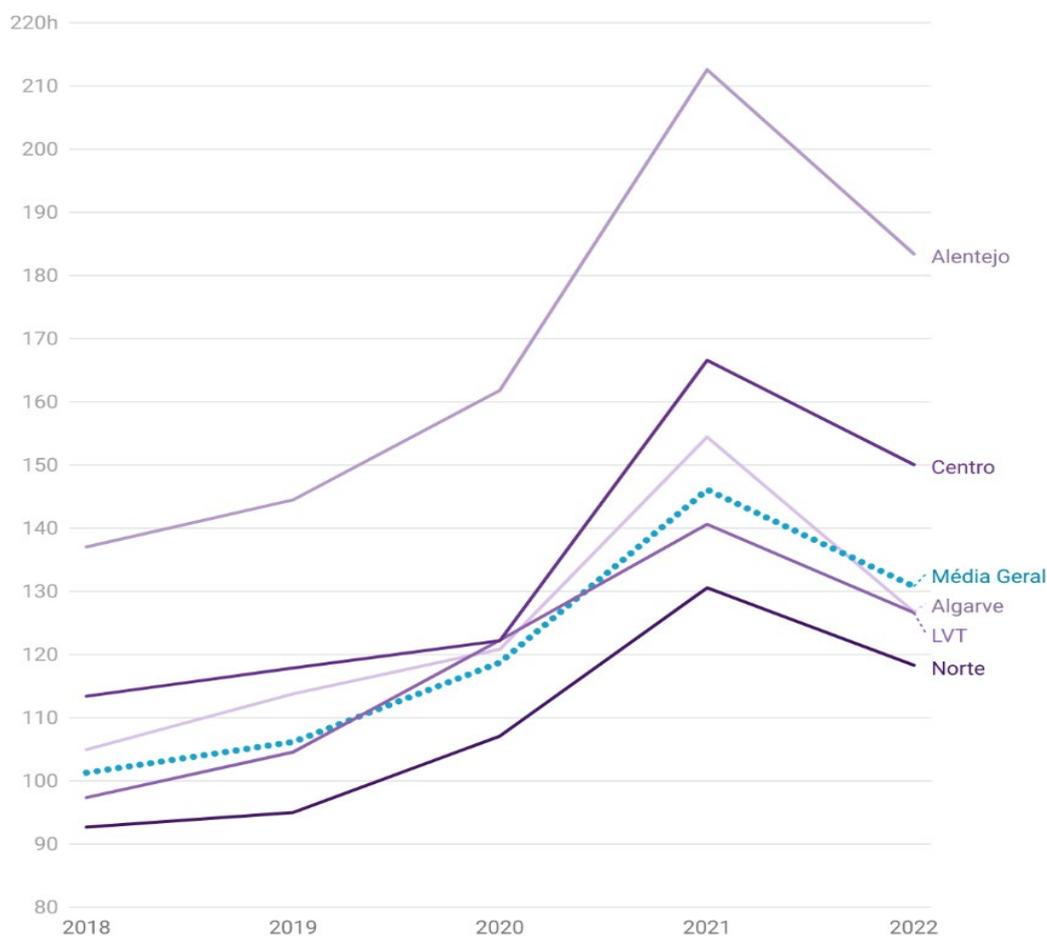
As regiões nas quais se encontram sediadas as entidades do SNS em que as HTS foram processadas coincidem com as fronteiras legais e territoriais das Administrações Regionais de Saúde (ARS) existentes ao longo de todo o período considerado²². Note-se que, para além das entidades do “SNS diretamente prestador”, responsáveis pelo setor dos cuidados de saúde primários (CSP) e cuidados de saúde hospitalares (CSH), também se incluem na análise todos os Serviços Centrais, frequentemente sediados em Lisboa e Vale do Tejo (LVT)²³. Neste contexto, e tendo presente esta ressalva, constata-se que em todas as ARS sucedeu um crescimento do recurso ao trabalho suplementar neste período. Em termos específicos, a região Norte, cujas HTS aumentaram, no período, de cerca de 4 para 6,3 milhões, apresenta a maior variação média anual, de cerca de 12%. Por outro lado, a menor variação média anual em HTS é encontrada na região do Algarve, com 9%.

Considerando, de seguida, outra métrica de análise desta realidade, o rácio das HTS por profissional apresentado na Figura 2 é a medida resultante da divisão do total de horas (HTS) pelo Número de Profissionais (NP), permitindo ter noção da carga relativa (média) de trabalho suplementar por trabalhador, ao invés de apenas o agregado global das HTS prestadas.

²² Apenas a partir de 1 de janeiro de 2024 se consagrou a alteração da integração de todas as entidades prestadoras de cuidados do SNS de acordo com o modelo de Unidades Locais de Saúde, com a consequente extinção da responsabilidade das ARS sobre o setor dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que existiu entre 2018 e 2022, sem prejuízo de já existirem algumas ULS legalmente constituídas, bem como responsabilidades diversas quanto ao setor dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), nomeadamente no que se prendia com a contratualização e coordenação ao nível regional.

²³ Ver Anexo I.

Figura 2 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) – geral e por região (2018-2022)



Da análise da Figura 2 resulta que a ARS com maior média de HTS por NP é a do Alentejo, ao passo que, nesta métrica, na ARS Norte e LVT os valores médios são os menores. Novamente, percebe-se a tendência de crescimento, com pico no ano de 2021 e com um decréscimo no ano seguinte, mas sem regresso aos valores pré-pandemia. Esta tendência ocorre na Média Geral para todas as entidades do SNS, bem como em todas as ARS. A Média Geral de HTS por profissional do SNS cresceu cerca de 5,9 horas por ano no período.

Um aspeto digno de relevo é o facto de a disparidade regional da carga média de HTS por profissional ter crescido neste período: em 2018 a diferença entre as médias regionais era menor do que em 2022, tendo essa divergência aumentado a partir da pandemia.

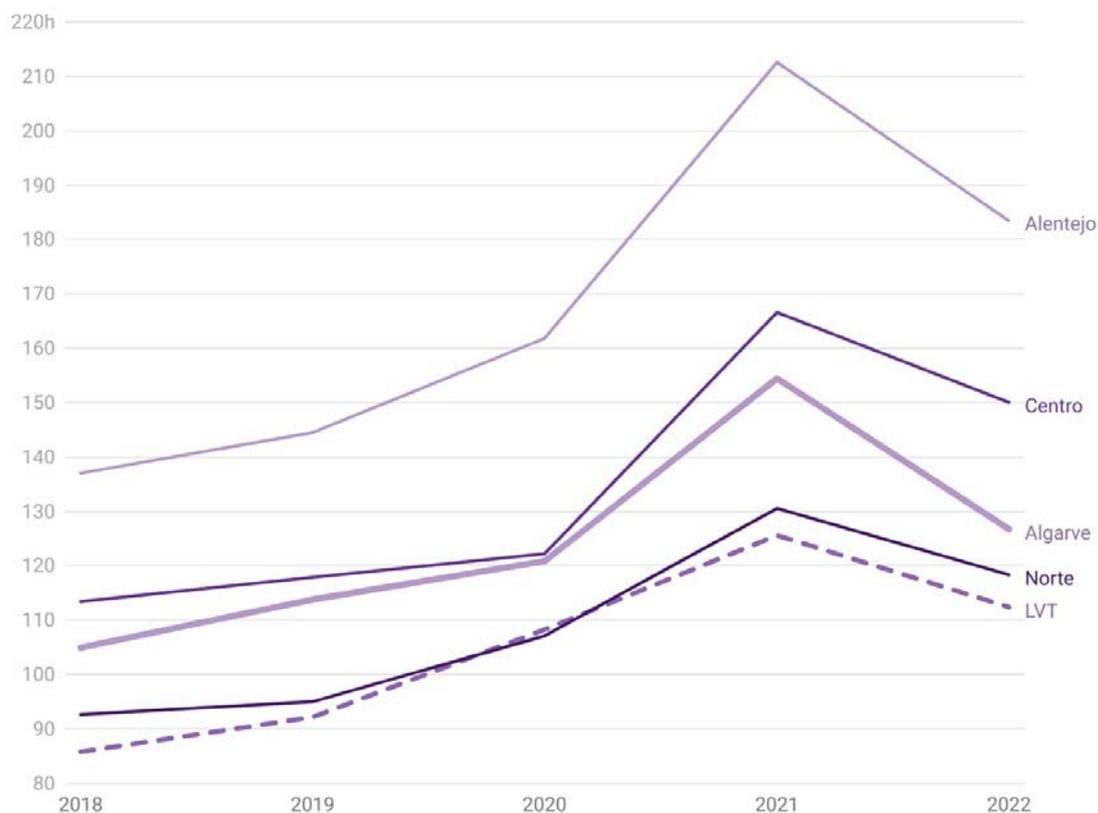
As regiões do Alentejo e do Centro tiveram, no período, um crescimento médio anual das HTS por trabalhador acima da média geral, com taxas de 7,6% e 7,2%, respetivamente. Entre as regiões com média de HTS por NP inferior à geral do SNS, o Algarve apresentou o menor crescimento médio no período, de cerca de 4,8%. Se tivermos presentes os dados apresentados no Estudo anterior (em especial no seu capítulo 6) sobre as disparidades regionais da densidade de profissionais do SNS por ARS, percebe-se que não existe nenhuma relação direta entre a abundância/carência relativa de profissionais face à população, por ARS, e a realização de HTS (média de HTS por NP), por ARS. Os

dados não evidenciam que as regiões com maior abundância relativa de RHS sejam as que realizam menor volume de HTS por profissional, nem o seu contrário. Não há relação direta entre estes agregados, o que, desde já, sugere uma grande margem para melhorias de eficiência relativa no planeamento e na gestão do trabalho suplementar autorizado, por *benchmarking* comparativo entre ARS.

Comparando-se as duas primeiras figuras, verifica-se que a região Norte, ao mesmo tempo que apresenta o maior crescimento de HTS em valores absolutos, mantém a menor relação de HTS por número de profissionais. Isto ocorre pelo facto de, tal como evidenciado no Estudo anterior, ter sido a região com o maior crescimento do número de profissionais nos quadros de pessoal das respetivas entidades, no período em análise. As HTS prestadas cresceram, ainda assim, mais do que (o aumento do) NP, também mais intenso naquela região.

Esta análise pode ser aprofundada tendo em conta a realidade apenas dos serviços/entidades que integram o “SNS Prestador”, das entidades dos CSP e dos CSH, mais diretamente envolvidas na prestação direta de cuidados à população do que tipicamente os SC (exceção porventura devida para o caso do INEM). Considerando a análise da decomposição das HTS por ARS apenas nos CSP e CSH, os dados da **Figura 3** evidenciam, agora, a mesma tendência geral, mas uma troca de posição entre a ARS Norte e a ARS LVT no que se prende com a média de HTS por NP.

Figura 3 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional do SNS prestador (CSP e CSH) por região (2018-2022)



Estão excluídos os Serviços Centrais

As regiões com maior volume de trabalho suplementar dos seus profissionais, ao longo do período de análise, são o Norte e LVT, associado ao facto de estas duas regiões concentrarem a maior parte da oferta de serviços de saúde no âmbito do SNS, e do universo de profissionais que lhe estão associados. Contudo, ao observarmos a distribuição do número de horas médias trabalhadas por profissional de saúde ao serviço das diversas regiões, verifica-se que é na Região Alentejo, principalmente, e na Região Centro que se regista o maior número médio de horas de trabalho suplementar realizadas por profissional, satisfazendo necessidades de cuidados de saúde não supridas pelo horário normal destes profissionais, e, por outro lado, é nas regiões Norte e LVT que se verifica a situação oposta.

Recorda-se que a ARS LVT é aquela que, nomeadamente em 2022, apresentava maior escassez de RHS face à população. Ainda assim, é a que concretiza menor volume de HTS por NP. As ARS do Centro e do Alentejo comportam-se no sentido oposto.

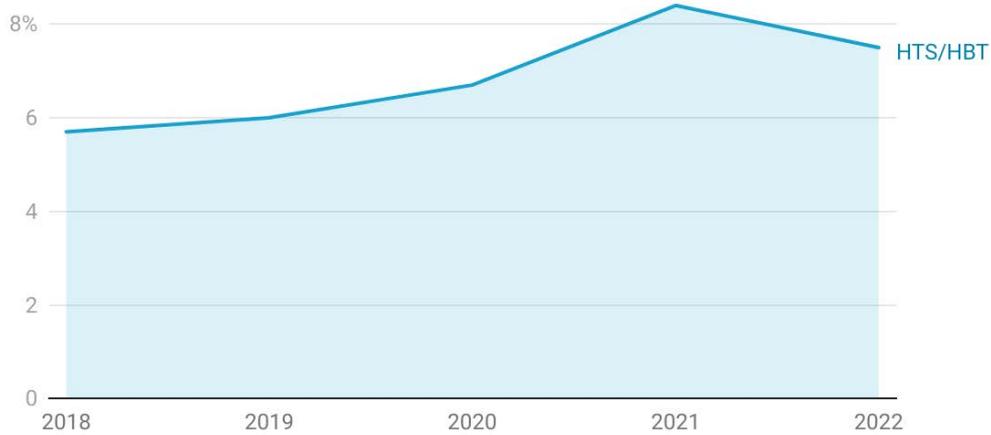
Neste contexto, resulta claro que a análise do recurso eficiente ao trabalho suplementar, que evidencia ser muito díspar entre ARS, mereceria maior investigação, para apurar os fundamentos para estas inconsistências.

Nesta nota analisar-se-á também o detalhe desta evolução das HTS por grupo profissional, e as discrepâncias por “dimensão ARS” dentro de cada grupo profissional serão, assim, aprofundadas.

Analisando de seguida a representatividade do volume global de HTS face às horas de trabalho contratualizadas com os profissionais do SNS, verifica-se, considerando os dados da **Figura 4**, que este valor tem vindo a subir ao longo do período compreendido entre 2018 e 2022 (+1,8 pp, ou seja, um aumento de 31% entre 2018 e 2022), excetuando a ligeira redução ocorrida no último ano considerado (mas ainda assim com valores relativamente superiores ao verificados no período pré-pandémico). Esta situação parece evidenciar que, apesar do crescimento efetivo registado do número de profissionais ao serviço do SNS, este não parece ter sido suficiente para dar uma resposta completa às necessidades de prestação de cuidados de saúde no SNS, tendo esta de ser suprida (parcialmente) pela realização crescente de trabalho suplementar²⁴. É de sublinhar que a eficiência relativa, entre regiões e setores, no recurso a HTS é muito díspar entre regiões, setores e grupos profissionais, conforme já notado.

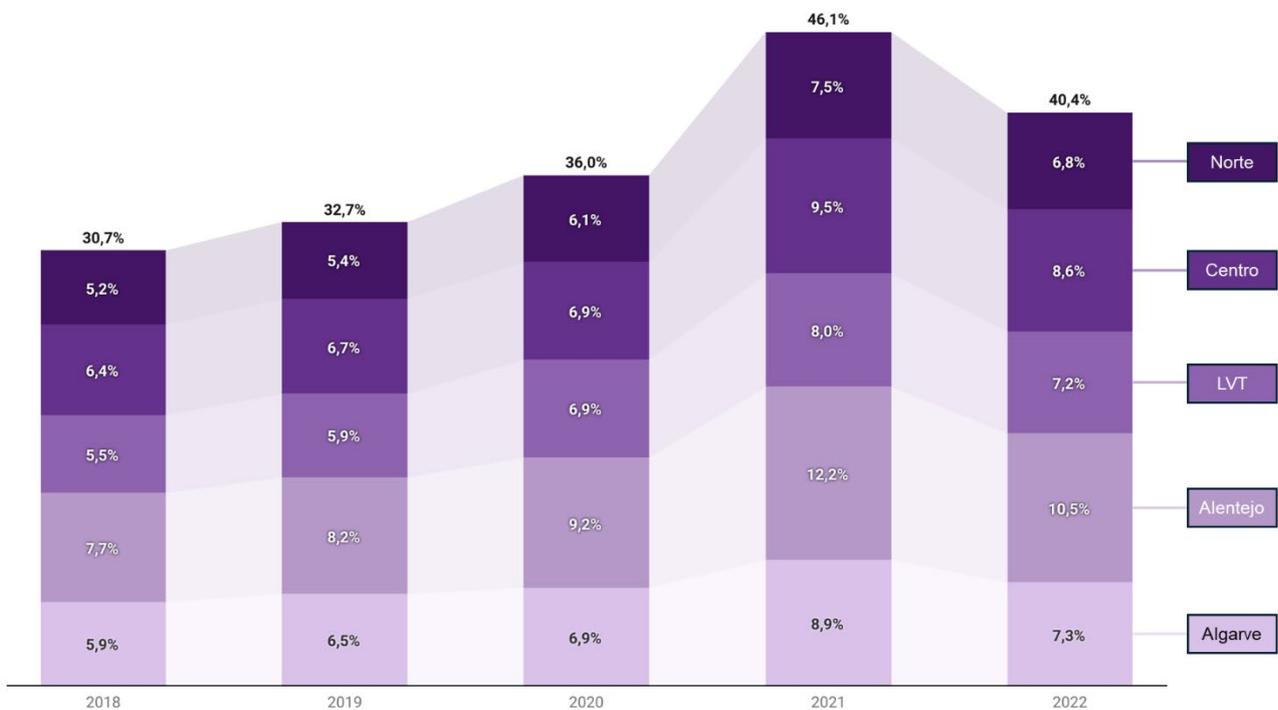
²⁴ A outra forma de supressão terá sido o recurso crescente a prestação de serviços, que também aumentou no período, como se poderá comprovar mais à frente, neste trabalho.

Figura 4 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por ano (2018-2022)



Por região, verifica-se pelos dados apresentados na **Figura 5** que é o território adstrito à ARS Alentejo que evidencia o maior peso das HTS face aos horários de trabalho dos seus profissionais. Destaca-se ainda a região Centro, com um peso significativo do trabalho suplementar na atividade, e por outro lado, a região Norte regista os menores valores de mobilização das horas de trabalho suplementar por parte dos seus profissionais de saúde. Todas as regiões evidenciaram uma dinâmica de crescimento do recurso às HTS, sendo a Região Alentejo e a Região Centro aquelas em que ocorreu um maior crescimento (+2,7 pp e +2,2 pp, respetivamente).

Figura 5 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por região (2018-2022)

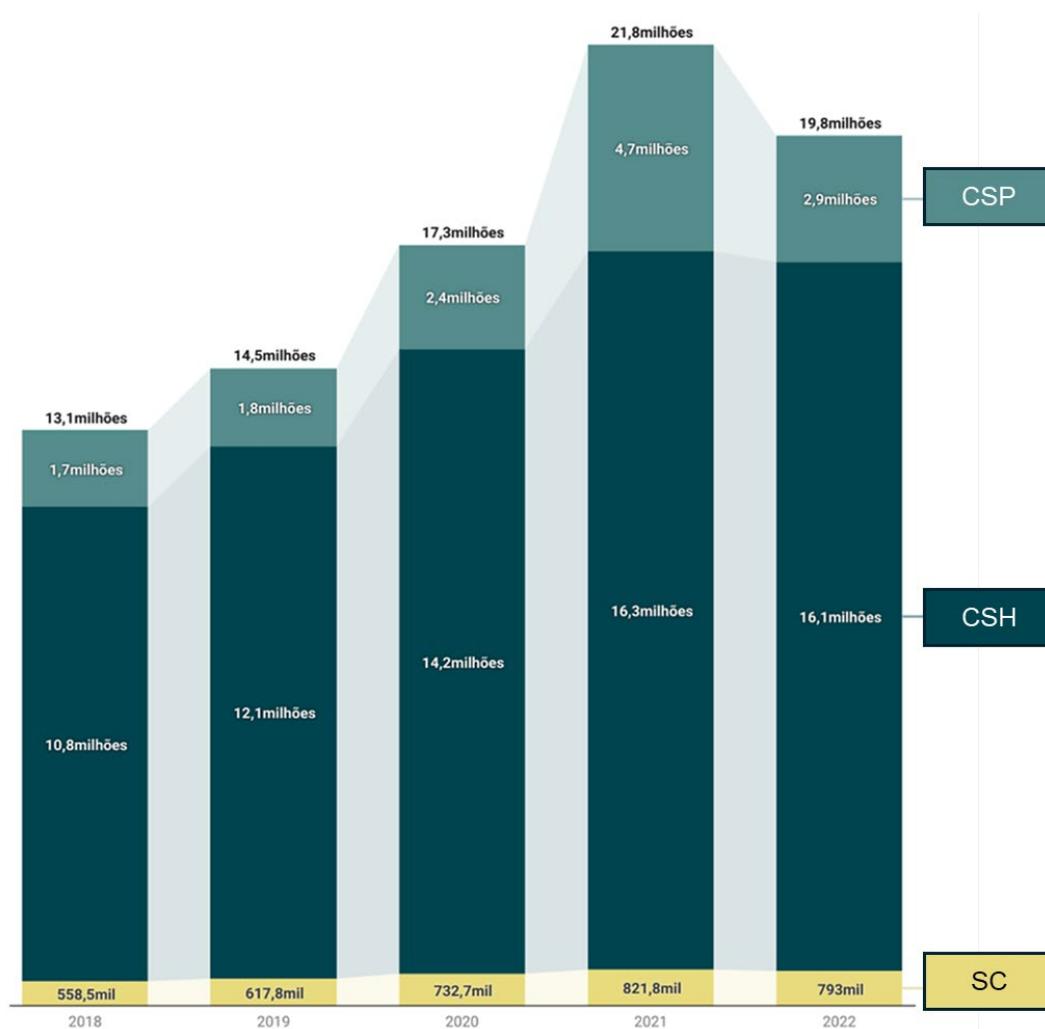


A ARS LVT contém os profissionais dos Serviços Centrais

2.2. Trabalho suplementar por setor produtivo

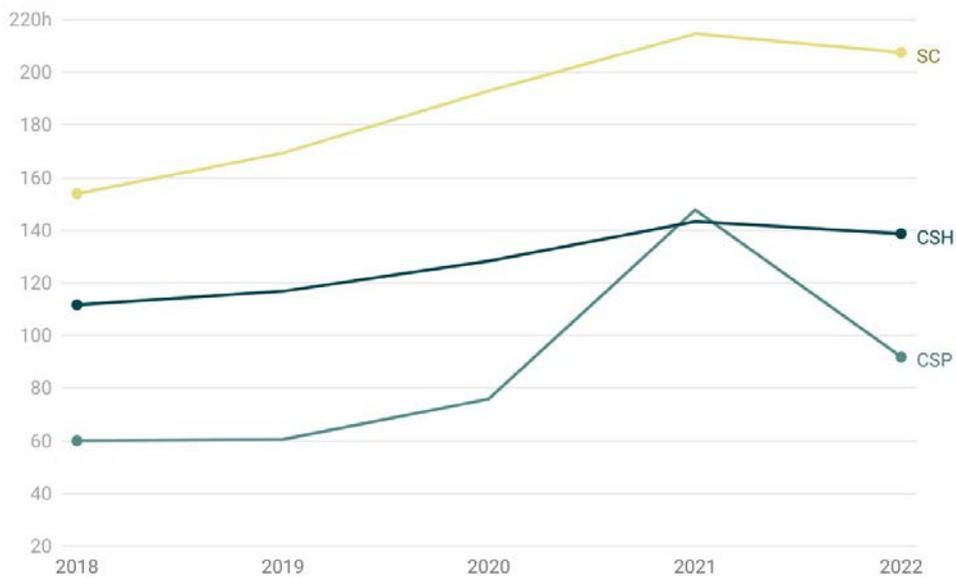
No que respeita aos setores produtivos do SNS no qual o trabalho suplementar é realizado, é no setor hospitalar que se concentra a vasta maioria do trabalho suplementar realizado pelos profissionais de saúde, conforme evidencia a **Figura 6**.

Figura 6 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por setor produtivo (2018-2022)



Saliente-se o ano de 2021 em que se verificou um crescimento significativo das HTS nos CSP, em grande medida na imprescindível resposta ao nível da saúde pública associada à pandemia, designadamente para a vigilância epidemiológica e seguimento de casos positivos e ou infetados ativos, bem como, mais tarde, na garantia de cobertura vacinal progressiva, para a qual foi essencial o setor dos cuidados de saúde primários. Esta situação também é visível no acréscimo verificado no número médio de horas de trabalho suplementar registado em 2021, ultrapassando os valores registados pelos profissionais do setor hospitalar, conforme se evidencia na **Figura 7**.

Figura 7 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por setor (2018-2022)



Da Figura 7 resulta também claro que, em termos médios são, todavia, e por grande margem, os SC que apresentam a maior sobrecarga de horas de trabalho suplementar por profissional de saúde. Este facto em grande medida é explicado pelo modelo de organização de serviços do INEM (responsável por cerca de 75% das HTS do setor dos SC, realizadas em especial por Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar) e também do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), entidades em que o trabalho está muito assente em escalas de prontidão e prevenção.

No que se prende com a importância relativa das HTS face ao tempo de trabalho normal dos profissionais, a **Figura 8** representa o peso ou contributo das HTS face ao tempo de trabalho decorrente do PNT dos profissionais em funções no SNS.

Figura 8 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por setor produtivo (2018-2022)



Verifica-se que entre 2018 e 2022 houve um crescimento da importância das HTS em proporção do tempo normal de trabalho em todos os setores considerados, e que é nos Serviços Centrais que as horas de trabalho suplementar dos profissionais de saúde assumem maior preponderância na

atividade desenvolvida, representando 12,2% em 2022, em grande medida advindo do modelo de organização de serviços do INEM e do IPST, muito assente na garantia de escalas de prontidão e de prevenção com recurso a HTS.

No setor hospitalar, onde se concentra a grande maioria do volume de trabalho suplementar realizado pelos profissionais de saúde, o contributo das HTS face ao tempo de trabalho garantido pelo HBT cresceu, de 6,2%, em 2018, para 7,9%, em 2022, aumentando o peso relativo do trabalho suplementar na atividade desenvolvida pelos profissionais do SNS.

Saliente-se o ano de 2021 em que se verificou um crescimento forte da significância global das HTS nos CSP, mais do dobro dos valores pré-pandemia, em grande medida pelo reforço da resposta às exigências de vigilância de saúde pública associadas à pandemia. Apesar desse pico e exceção em 2021, o “esforço” relativo com HTS face ao tempo de trabalho normal, tende a ser sempre bastante menor do que nos outros setores produtivos.

2.3. Trabalho suplementar por entidade

Em termos de volume de HTS realizadas no SNS, interessa perceber não só quais as entidades responsáveis pela autorização e realização do maior valor acumulado anual destas horas, mas também quais as que apresentam maior valor médio de HTS por profissional, o que constitui um indicador de sobrecarga da respetiva força de trabalho.

A base de dados deste Estudo possui 63 instituições do SNS referenciadas²⁵. Destas, apresentam-se de seguida as 10 instituições com maior mobilização absoluta de HTS no SNS, hierarquizadas tendo por base o valor no ano de 2022.

As três principais instituições são três dos maiores Centros Hospitalares do país e representam um quinto (20,1%) do total de horas de trabalho suplementar realizadas neste ano.

O conjunto das instituições identificadas no **Quadro 1** representam 43,1% do volume global de trabalho suplementar (medido em horas) do SNS em 2022. O trabalho suplementar está, portanto, muito concentrado em algumas entidades do SNS.

²⁵ Serviço Nacional de Saúde entendido em sentido lato e não apenas como as entidades diretamente prestadoras de cuidados de saúde. Consultar lista no Anexo I.

Quadro 1 – 10 entidades com maior volume de horas de trabalho suplementar (2018 e 2022)

	Instituição	2018	2022 ▼	Variação
1	CH e Universitário de Coimbra	1.044.505,33	1.686.149,9	61,4%
2	CH Universitário de Lisboa Norte	1.067.628,64	1.311.218,31	22,8%
3	CH Universitário de Lisboa Central	772.808,74	982.228,48	27,1%
4	ARS do Norte	512.991,99	867.120,54	69,0%
5	CH Universitário de S. João	651.383,77	665.988,42	2,2%
6	CH Universitário do Algarve	504.048,0	654.942,63	29,9%
7	ARS de Lisboa e Vale do Tejo	292.886,91	613.556,25	109,5%
8	INEM	381.686,7	590.961,16	54,8%
9	CH Universitário de Santo António	417.923,15	577.721,83	38,2%
10	ARS do Centro	413.198,18	572.063,59	38,4%

Recorda-se que as ARS eram, neste período, as entidades responsáveis pelo processamento das HTS realizadas nos CSP da respetiva região. Verifica-se que, em todas estas entidades, aumentou o recurso ao trabalho suplementar, embora com ritmos de crescimento distintos.

De referir, ainda, em termos da análise das Entidades do SNS em que o trabalho suplementar assume maior relevo, que, no período compreendido entre 2018 e 2022, o volume de trabalho suplementar mais do que duplicou (com variações superiores a 100%) num conjunto de outras entidades (11 entidades, de um total de 63 entidades do SNS que constavam nos ficheiros trabalhados), não coincidentes com as anteriores, à exceção da ARS LVT, e que se apresentam no **Quadro 2**, de seguida.

Quadro 2 – Entidades em que o total de horas de trabalho suplementar mais do que duplica entre 2018 e 2022

Instituições		Varição no Período
1	Hospital de Cantanhede	8928%
2	INSA	326%
3	Instituto de Oftalmologia Gama Pinto	250%
4	SPMS	172%
5	DGS	157%
6	CH do Tâmega e Sousa	136%
7	CH Psiquiátrico de Lisboa	131%
8	Hospital Doutor Francisco Zagalo - Ovar	113%
9	Hospital Santa Maria Maior	112%
10	ARS de Lisboa e Vale do Tejo	109%
11	ULS do Litoral Alentejano	100%

No que respeita à análise da sobrecarga dos profissionais do SNS, apresenta-se de seguida a lista das 10 instituições com um maior valor médio de HTS por profissional em 2018 e 2022 (**Quadro 3**). O INEM assume-se, marcadamente, nesse ano, como a instituição com maior sobrecarga, onde se verifica o maior volume médio de horas de trabalho suplementar por profissional de saúde. Esta situação advém do modelo de organização de serviços desta instituição, em grande medida baseado em escalas de prontidão e prevenção dos profissionais ao serviço, completadas com recurso ao trabalho suplementar sobretudo realizado pelos técnicos de emergência pré-hospitalar, refletindo a escassez de RH permanentes necessários no seu quadro de efetivos.

Quadro 3 – 10 entidades com maior média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) (2018 e 2022)

Instituições	2018	2022	Varição
1 INEM	285,9	428,5	49,9%
2 IPST	306,2	253,0	-17,4%
3 ULS do Nordeste	177,3	225,8	27,4%
4 ULS do Litoral Alentejano	114,5	199,9	74,6%
5 CH e Universitário de Coimbra	135,3	198,5	46,7%
6 CH Universitário de Lisboa Norte	169,4	198,0	16,9%
7 ULS do Baixo Alentejo	122,2	197,0	61,2%
8 ULS do Norte Alentejano	164,2	193,4	17,8%
9 CH do Tâmega e Sousa	99,0	174,8	76,6%
10 ULS de Castelo Branco	134,8	173,0	28,4%

Recorde-se que, por limitações originais dos dados disponibilizados pela ACSS, não foi possível distinguir as HTS realizadas em prevenção das que efetivamente foram prestadas em regime de presença física.

Quanto às instituições onde se verifica o maior contributo do trabalho suplementar face ao tempo de horário base dos respetivos profissionais, e naturalmente na linha do que decorre dos dados do quadro anterior, são o INEM e o IPST que assumem o principal protagonismo (principalmente no caso do INEM, em que as HTS representavam um quarto do tempo de trabalho normal da força de trabalho ao serviço, avaliada através das horas de trabalho do horário base dos seus profissionais). O **Quadro 4** apresenta estes dados. Relativamente às restantes unidades de saúde, entre as 10 com maior contributo do tempo de trabalho suplementar para o tempo de trabalho normal respetivo, de um modo geral, o quadro apresenta as mesmas entidades que o Quadro 3, apenas com uma alteração de *ranking* no caso do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte. Assumem também grande peso cinco ULS do interior do país e/ou do Alentejo (Nordeste, Litoral Alentejano, Baixo e Norte Alentejo, Castelo Branco). Em regra²⁶, todas elas apresentam uma trajetória de crescimento do contributo do trabalho suplementar, nalguns casos muito marcada.

Quadro 4 – 10 entidades com maior proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2018 e 2022)

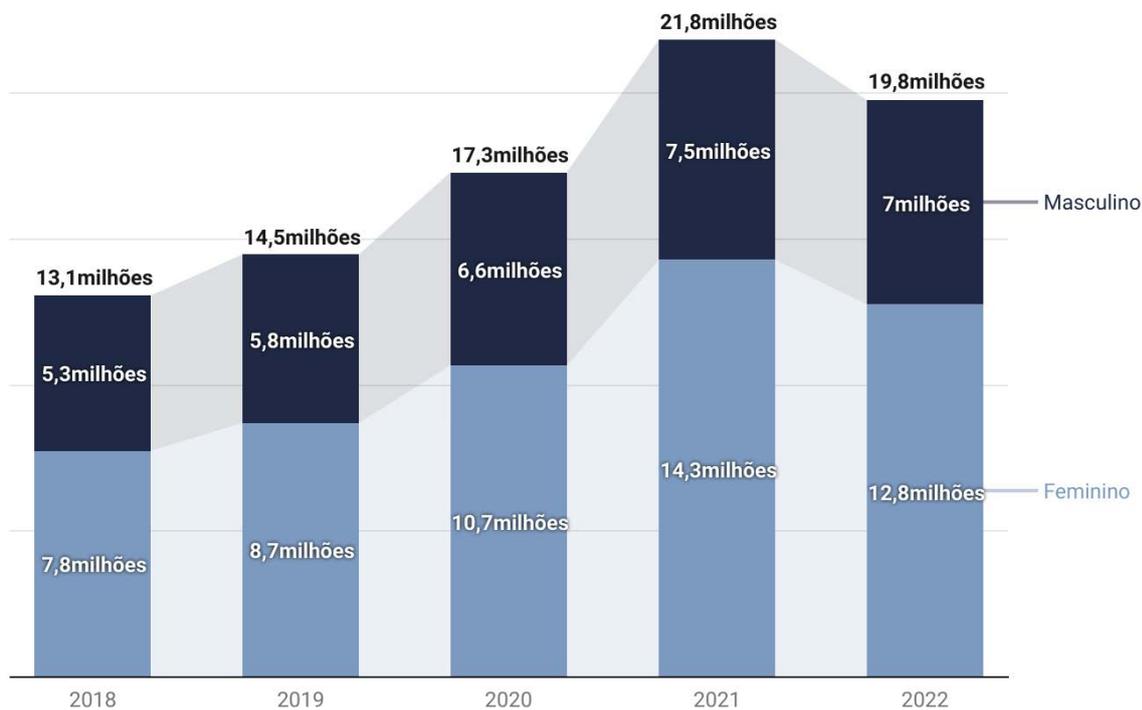
	Instituições	2018	2022	Varição
1	INEM	17,1%	25,5%	49,1%
2	IPST	17,9%	14,8%	-17,3%
3	ULS do Nordeste	9,9%	12,8%	29,3%
4	ULS do Litoral Alentejano	6,4%	11,5%	79,7%
5	CH e Universitário de Coimbra	7,6%	11,4%	50,0%
6	ULS do Baixo Alentejo	6,8%	11,3%	66,2%
7	CH Universitário de Lisboa Norte	9,4%	11,1%	18,1%
8	ULS do Norte Alentejano	9,3%	11,1%	19,4%
9	CH do Tâmega e Sousa	5,4%	10,0%	85,2%
10	ULS de Castelo Branco	7,4%	9,8%	32,4%

2.4. Trabalho suplementar por género e grupo etário

São as profissionais do género feminino quem assume a maioria das horas de trabalho suplementar no SNS, o que resulta em grande medida da elevada feminização que caracteriza a força de trabalho do SNS (**Figura 9**). Recordar-se que, em 2022, segundo os dados já trabalhados no Estudo anterior, 78,4% dos profissionais do SNS eram mulheres.

²⁶ A única entidade desta lista com dinâmica diferente foi o IPST.

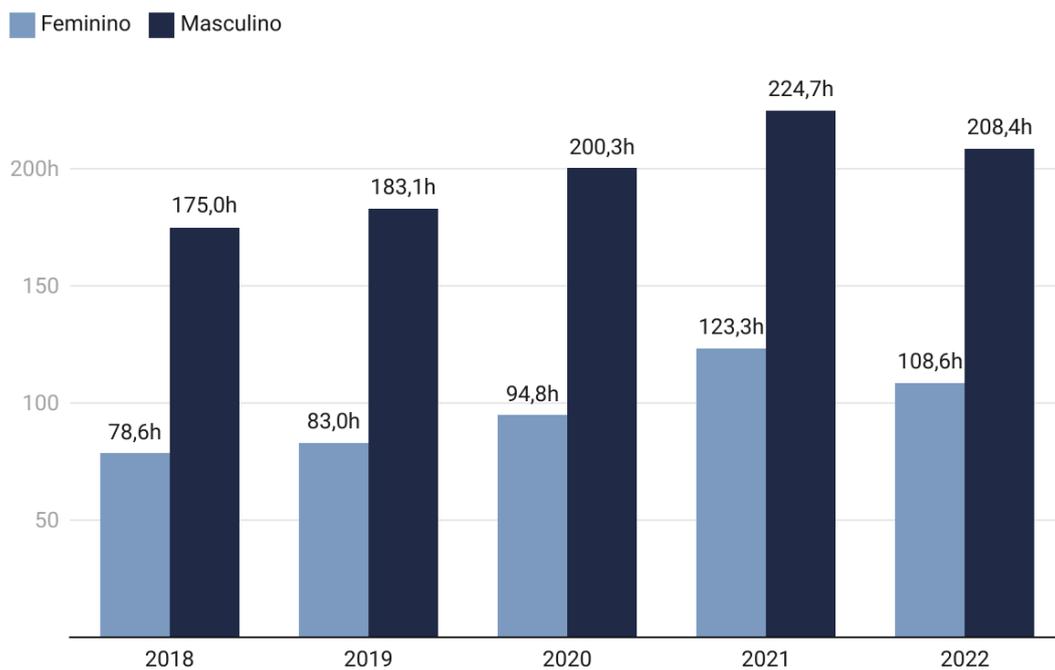
Figura 9 – Evolução das horas de trabalho suplementar por género (2018-2022)



Verifica-se, todavia, que a proporção de HTS realizada por mulheres é, regra geral, no período, inferior à da média da sua representação na população geral de profissionais do SNS, ou seja, os homens assumem uma proporção do trabalho suplementar superior à proporção média masculina no trabalho em horário normal, conforme demonstra a Figura 9. A percentagem de HTS realizadas por mulheres tem, no entanto, vindo a aumentar consistentemente ao longo do período, com um mínimo de 59% em 2018 e o máximo no ano de 2021 (66%).

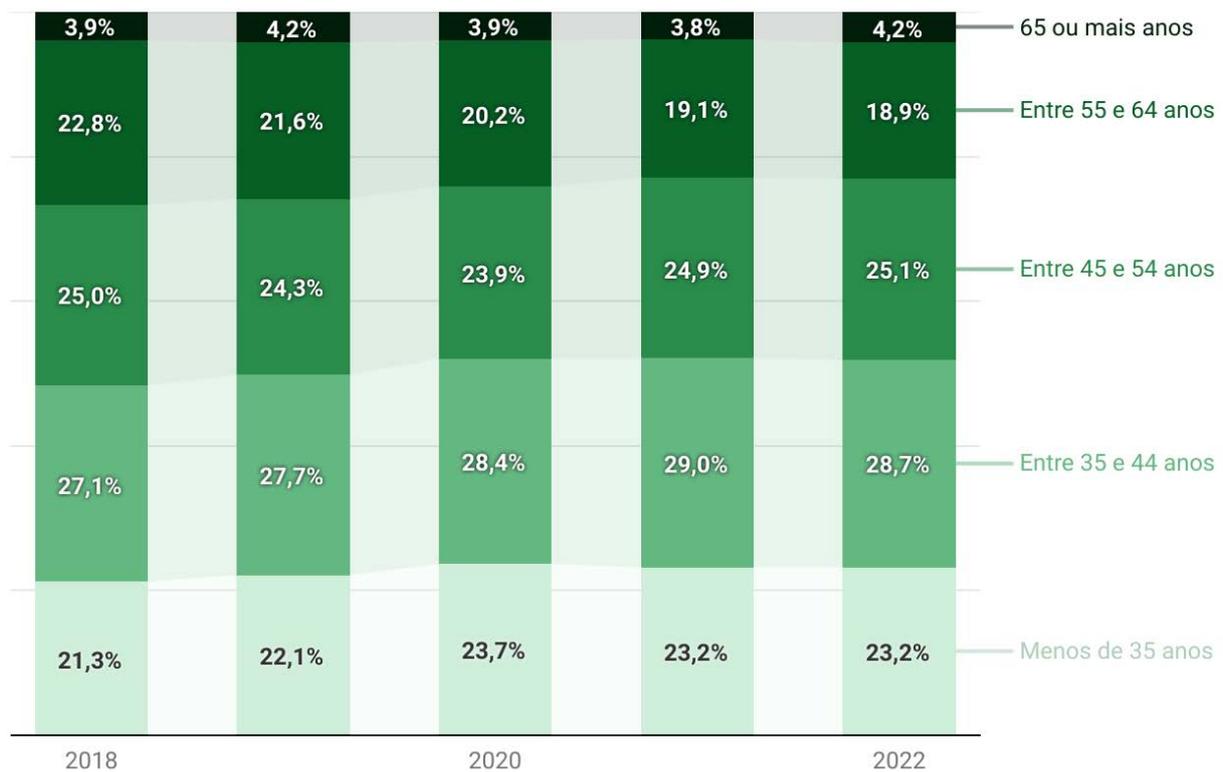
Contudo, ao analisar a distribuição do número médio de horas de trabalho suplementar por profissional (indicador da sobrecarga por trabalhador), conforme consta na **Figura 10**, verifica-se uma situação distinta, em que os profissionais do género masculino apresentam em média, ao longo de todo o período em análise, um diferencial acrescido, e consistente, de cerca de 100 horas de trabalho suplementar, comparativamente às profissionais do género feminino.

Esta realidade evidencia que a disponibilidade para a realização do trabalho suplementar é claramente distinta em função do género, o que parece corresponder a lógicas de organização familiar e de divisão de tarefas domésticas, que favorecem que os membros masculinos assumam um maior enfoque na disponibilidade para o trabalho no SNS em provável detrimento de outras tarefas do foro doméstico ou familiar, estas predominantemente ainda sob responsabilidade das mulheres.

Figura 10 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por género (2018-2022)

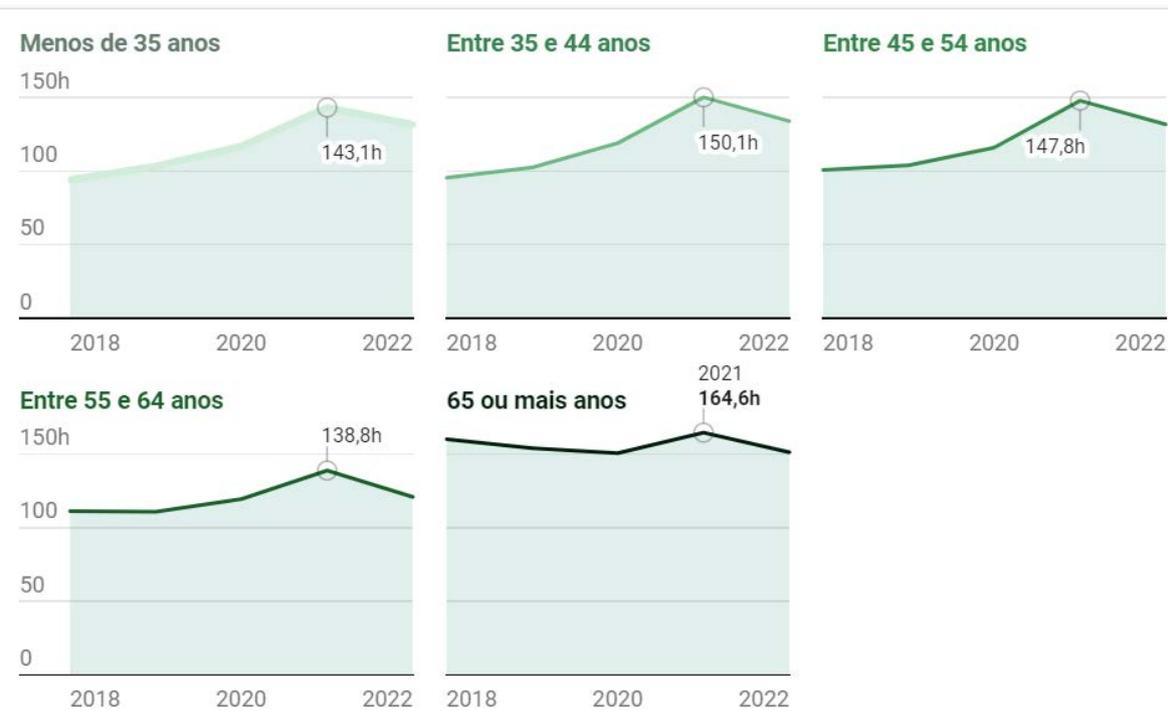
No que respeita à distribuição do trabalho suplementar por escalão etário dos trabalhadores do SNS, os dados apresentados na **Figura 11** permitem verificar que apesar dos escalões etários mais novos apresentarem uma maior proporção do volume absoluto de horas de trabalho suplementar — com as faixas etárias com menos de 35 anos e entre 35 e 44 anos a realizarem, em conjunto, mais da metade do total de HTS —, é no escalão etário de topo, de idade superior ou igual a 65 anos, que se verifica a maior carga média de trabalho suplementar por profissional do SNS. Estes profissionais mais envelhecidos asseguravam mais de 4% do total de HTS do SNS em 2022. De salientar também que, descendo a idade para 55 anos ou mais — faixa etária de profissionais que seria expectável que já não realizassem um volume significativo de HTS —, verifica-se, todavia, que os profissionais com mais de 55 anos asseguram, em regra, perto de um quarto do total de trabalho suplementar do SNS.

Figura 11 – Evolução das horas de trabalho suplementar por grupo etário (2018-2022)



A **Figura 12** evidencia também que existe maior disponibilidade para a realização de mais HTS por profissional, por parte do grupo dos profissionais mais envelhecidos, realidade que, por ser contraintuitiva, mereceria maior investigação.

Vale a pena referir que no caso dos médicos, a partir dos 50 anos pode ser pedida dispensa de realização de urgência noturna e, a partir dos 55 anos, de toda a urgência, e que, para os demais grupos profissionais, o pedido de dispensa de realização de serviço de urgência, sujeito nestes casos a autorização, pode ser feito a partir dos 50 anos. Uma hipótese passa por a senioridade destes recursos humanos nas respetivas instituições de algum modo evidenciar maior compromisso com o serviço público, ou maior responsabilidade assumida atenta a sua eventual posição no serviço ou na carreira, nomeadamente face à imprescindibilidade da sua presença para a organização dos serviços de saúde prestados.

Figura 12 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por grupo etário (2018-2022)

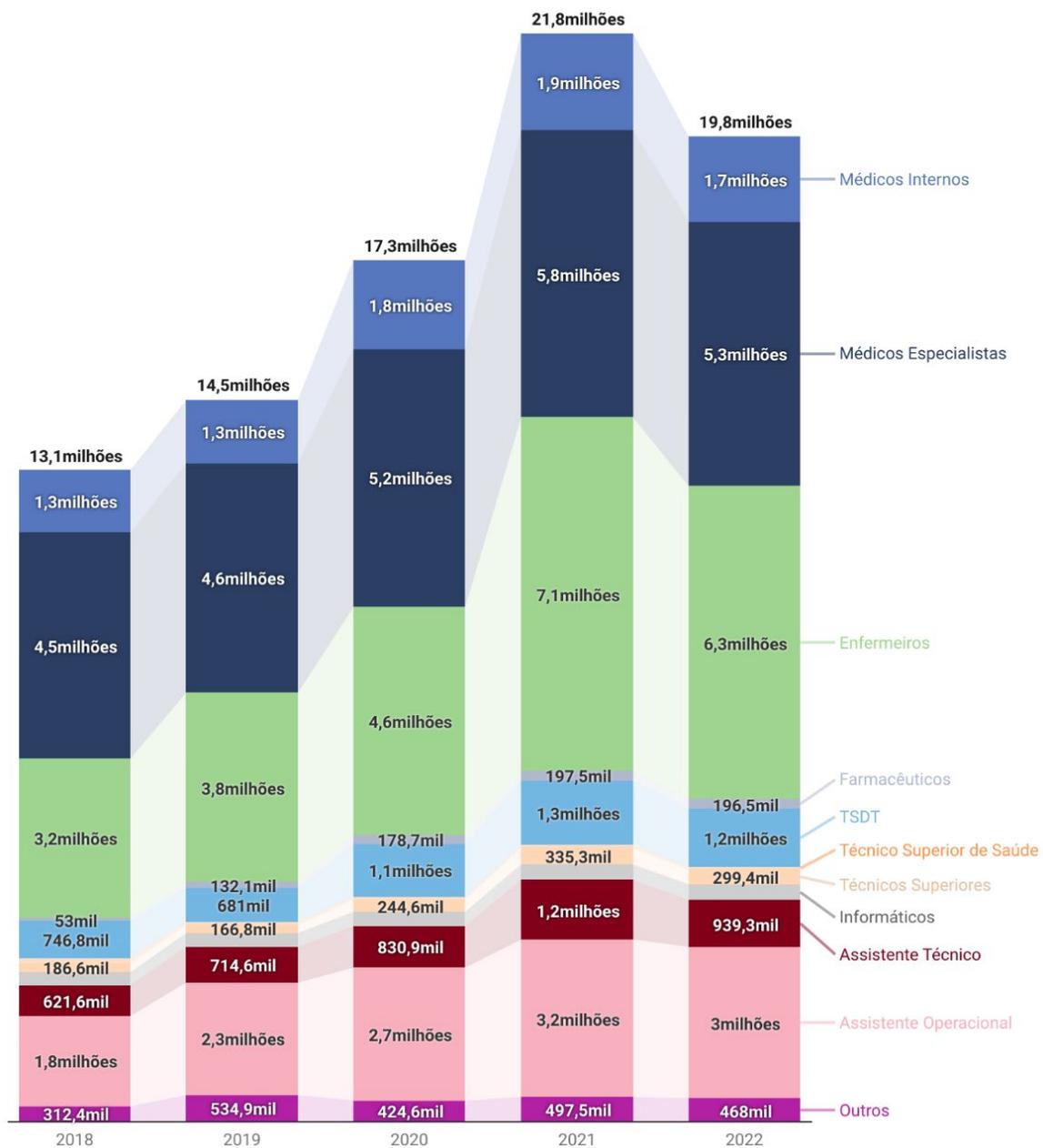
2.5. Trabalho suplementar por grupo profissional

Neste subcapítulo procede-se à análise da evolução geral das HTS por grupo profissional e, num segundo ponto, detalha-se essa análise para os quatro grupos que asseguram o maior volume de trabalho suplementar no SNS.

2.5.1. Evolução geral e estrutura do trabalho suplementar por profissão

Relativamente à desagregação das horas de trabalho suplementar por grupo profissional no SNS, os dados sintetizados na **Figura 13** evidenciam que quatro grupos profissionais concentram mais de 80% do volume de horas de trabalho suplementar, no período analisado.

Figura 13 – Evolução das horas de trabalho suplementar – total e por grupo profissional²⁷ (2018-2022)

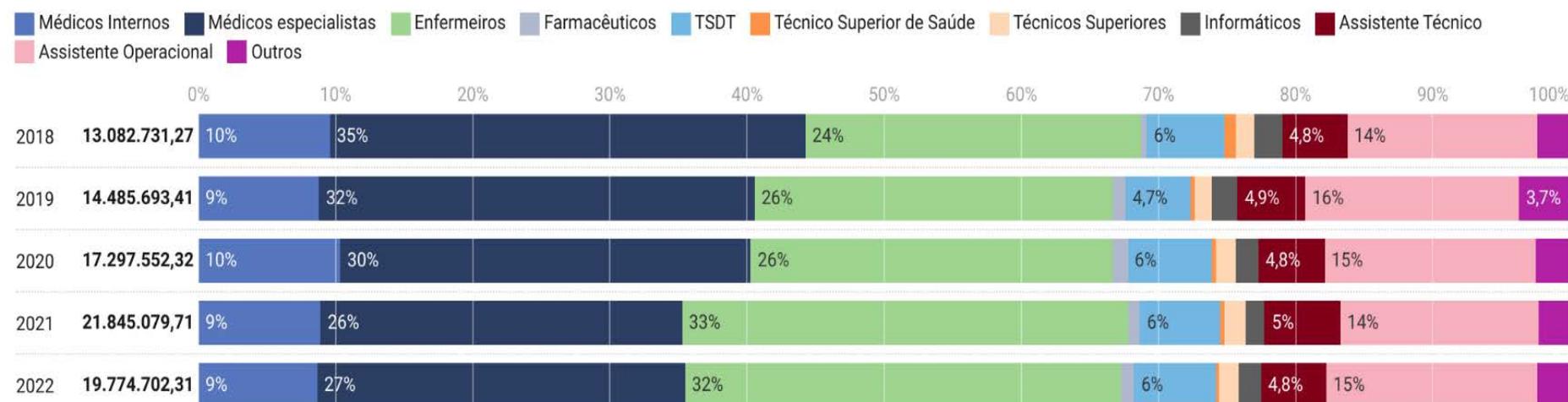


Os quatro grupos profissionais mais representativos dizem respeito, por ordem decrescente (ano 2022), aos Enfermeiros, Médicos Especialistas, Assistentes Operacionais e Médicos Internos. Entre o início e o final do período, e em geral, as HTS crescem em todos os grupos profissionais, embora com intensidades distintas, destacando-se o caso dos Enfermeiros, em que o volume de HTS quase duplica no período. Quanto à categoria “Outros”, há que referir a expressividade dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM (responsáveis por 90% das HTS deste grupo).

²⁷ Os valores para os grupos profissionais dos Informáticos e Técnicos Superiores de Saúde não são apresentados por limitações de espaço, estando disponíveis no *Dashboard* que acompanha a publicação. A dimensão das HTS nestes grupos, nomeadamente quando se considera a Média de HTS por NP, aconselhou, todavia, a sua individualização.

Em termos da estrutura das HTS, cuja evolução se resume na **Figura 14**, resulta evidente, para além da importância central dos quatro grupos profissionais já referidos para assegurar o volume de HTS necessário ao SNS, que existe, no período, uma alteração no principal grupo profissional responsável pelo trabalho suplementar realizado no SNS. Até 2020 os Médicos Especialistas assumiam-se como o grupo profissional mais importante em termos do volume de horas de trabalho suplementar assegurado, mas, a partir desse ano, o papel principal passou a ser assumido pelo grupo profissional dos Enfermeiros.

Figura 14 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar por grupo profissional (2018-2022)

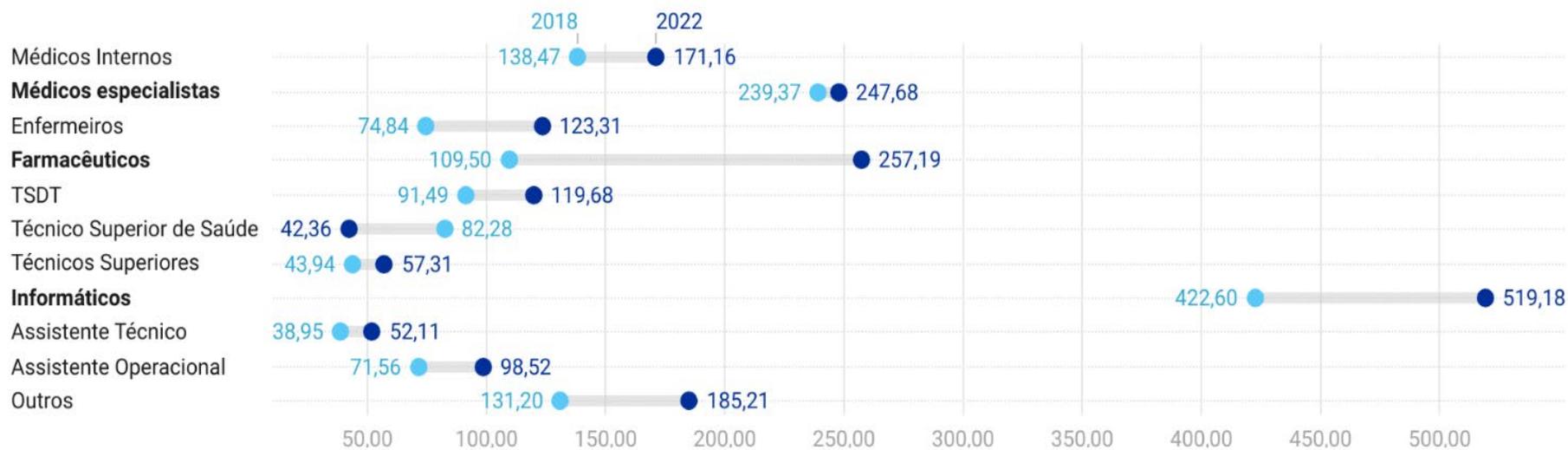


Os dados, em volume e percentagem por grupo profissional evidenciam também que, ao longo do período — em que o Estudo anterior demonstrou que o total de profissionais do SNS aumentou —, as contratações efetuadas não só não conduziram a uma redução do total de HTS, como o recurso a estas, afinal, aumentou. O facto de não terem aumentado de forma homogénea em todos os grupos profissionais pode também ser um indicador de maior carência relativa de certos grupos profissionais, em especial, pela expressividade do aumento, no caso dos Enfermeiros.

Neste contexto, e pelas suas implicações para a política de planeamento e gestão de RH do SNS, os dados sugerem que a relação entre a densidade de profissionais do SNS, avaliados em ETC, face à população residente, por grupo profissional (e eventualmente por setor) — analisados no Estudo anterior —, e o volume e valor médio de HTS por profissional, em cada região, e a evolução destes agregados, agora detalhada, mereceria maior investigação. Seria importante compreender que dinâmicas, para além de eventual escassez relativa de profissionais do SNS face à população, que se verificou no Estudo anterior ser muito díspar entre as regiões, justificam a autorização e realização de trabalho suplementar nos vários setores produtivos e entidades, bem como quais os casos e realidades que podem constituir referência para *benchmarking* interno no SNS.

No que respeita à caracterização da média de HTS por trabalhador, por grupo profissional do SNS, os dados resumidos são apresentados na **Figura 15**.

Figura 15 – Média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) por grupo profissional (2018 e 2022)



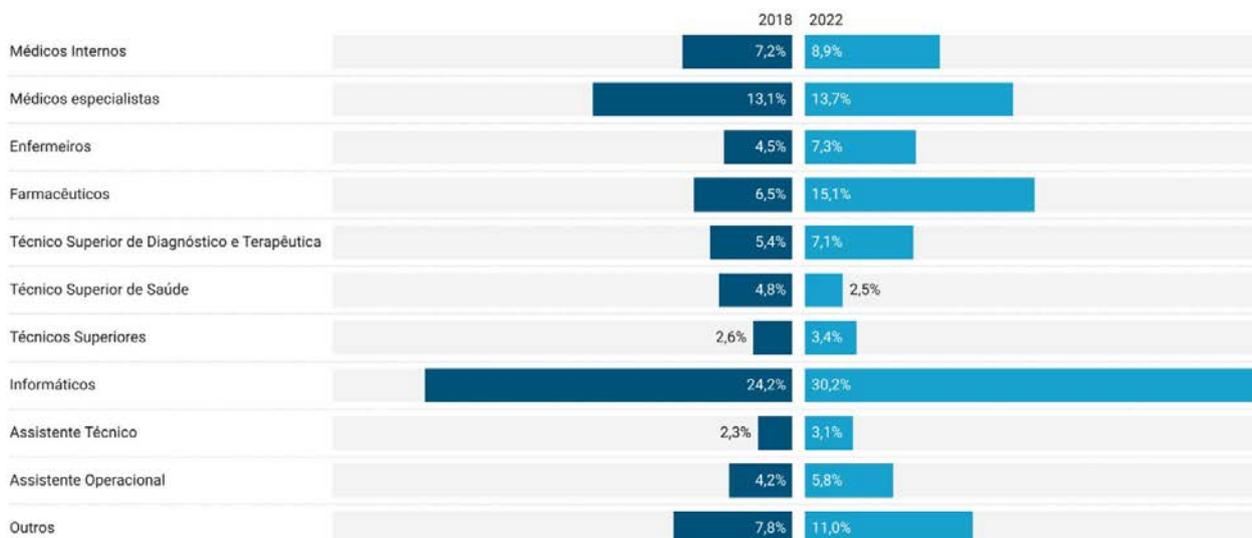
Nota: a figura destaca os três grupos profissionais com maior média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) em 2022, indicador da maior sobrecarga com trabalho suplementar em 2022.

Verifica-se que os informáticos se assumem como o grupo profissional com o maior valor médio prestado de horas de trabalho suplementar por profissional de saúde em todo o período de análise. Esta situação explica-se em parte pelo facto conjugado de ser um efetivo de profissionais em número muito reduzido (em que toda a AP manifesta lacunas e dificuldades de contratação), com um papel nuclear no suporte ao funcionamento dos sistemas de informação, peça basilar do funcionamento dos sistemas de saúde atualmente, com necessidades de resposta 24/7.

É ainda de salientar, em 2022, o número médio de HTS prestado pelos farmacêuticos, o qual mais do que duplicou face a 2018, bem como dos médicos especialistas, que apesar de não terem registado uma trajetória de crescimento muito relevante, apresentam cargas médias de trabalho suplementar bastante acentuadas e insustentáveis.

O crescimento da relevância do trabalho suplementar no tempo de trabalho base dos profissionais do SNS é, com exceção dos Técnicos Superiores de Saúde (o que é, em parte, explicado pelo desmembramento da categoria dos Farmacêuticos que passou a ser registada de modo independente, no RHV, apenas a partir de 2018), transversal aos restantes grupos profissionais existentes, conforme representado na **Figura 16**.

Figura 16 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) por grupo profissional (2018 e 2022)

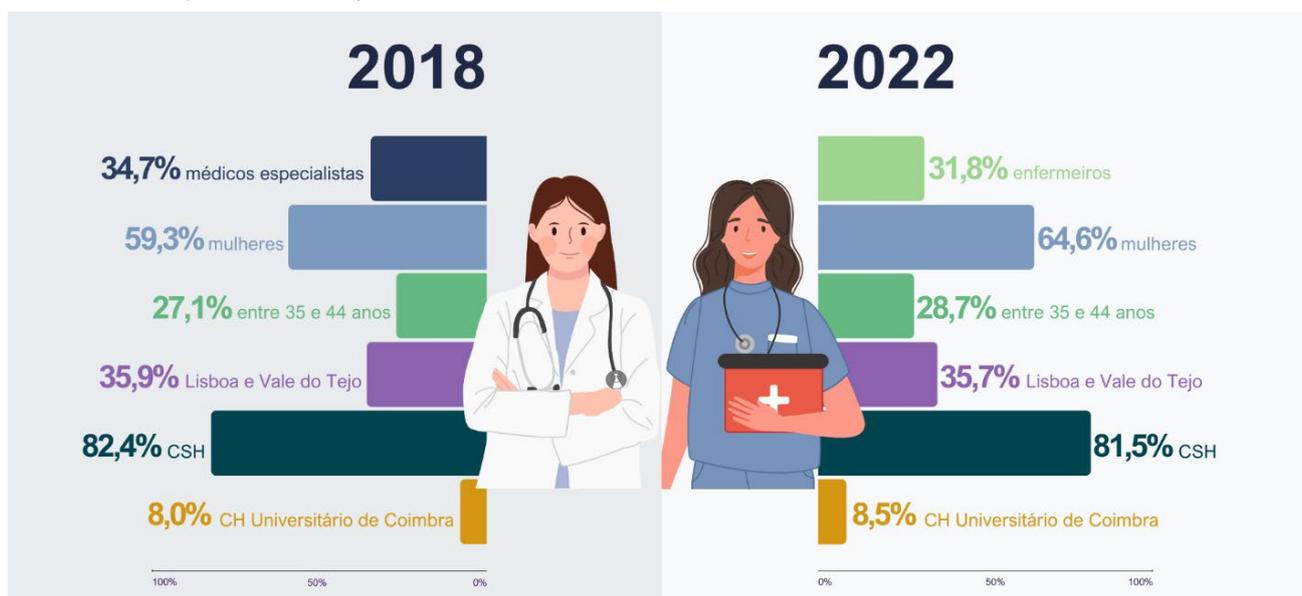


Destaca-se claramente o papel assumido pelas HTS no tempo de trabalho do grupo profissional dos Informáticos (em 2022 as HTS representavam mais de 30% do tempo dos horários de trabalho normais existentes), com necessidades de resposta 24/7, em regime de prevenção constante. Sublinha-se ainda a relevância assumida pelo tempo de trabalho suplementar no horário base dos Farmacêuticos (a qual mais que duplicou entre 2018 e 2022), Médicos Especialistas (em que com exceção de 2021, se manteve estável em torno dos 13-14%) e da categoria Outros (associada à expressividade dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM e às necessidades associadas ao modelo de prestação de serviços de emergência médica).

Pode concluir-se que, em geral, a sobrecarga dos RH do SNS com a realização de um volume crescente de trabalho suplementar aumentou inequivocamente no período. É de ressaltar que em alguns grupos profissionais e situações, como será o caso dos Informáticos, as HTS são efetuadas em regime de prevenção, porventura menos penoso do que o regime de presença física. Todavia, na generalidade dos grupos profissionais a situação típica é a de exigência de presença física, com um crescimento forte do tempo de trabalho que cada profissional dedica em média à sua atividade no SNS, em prejuízo evidente do tempo dedicável a outras dimensões das suas vidas e, possivelmente, da sua satisfação com o exercício da sua profissão no SNS.

2.5.2. Perfil-tipo do profissional do SNS que realiza trabalho suplementar

Figura 17 – Evolução do perfil-tipo do/a profissional do SNS que realiza trabalho suplementar



A **Figura 17** indica que, na maior parte das categorias utilizadas para descrever o perfil predominante²⁸ dos profissionais do SNS que realizam HTS, não houve grande alteração entre os anos de 2018 e 2022, à exceção do aumento de 5,3 pp na participação de mulheres entre os profissionais que realizam HTS. Para efeitos comparativos, pode-se ter em conta que a taxa de feminização no SNS no mesmo período cresceu apenas 1,3 pp.²⁹ Isso indica uma tendência crescente de mulheres assumindo horas de trabalho suplementar, ainda que esta trajetória deva ser analisada à luz das diferenças do uso do HTS por grupo profissional e quanto à média de HTS por NP, pois estas métricas atribuem maior profundidade a esta análise.

²⁸ Equivale ao conceito estatístico de moda: valor mais frequente nas categorias selecionadas.

²⁹ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

A maior mudança no perfil-tipo, contudo, ocorre no grupo profissional que mais realiza HTS. Em 2018, 34,7% do total de HTS era realizado por médicos especialistas, contudo, ao longo do período, o uso do trabalho suplementar por este grupo teve uma redução de aproximadamente 22,8%, passando a representar 26,8% do total das HTS em 2022. Ao mesmo tempo, os enfermeiros tiveram no mesmo período um aumento de aproximadamente 29,8%, passando a responder por 31,8% da soma das HTS (Ver **Figura 14**).

2.5.3. Evolução do trabalho suplementar nos quatro grupos profissionais mais representativos

Enfermeiros

Este grupo profissional foi responsável, em 2022, pelo maior volume de trabalho suplementar no SNS. A análise da informação disponível sobre HTS dos enfermeiros (**Figura 18**), permite destacar que:

- o número de horas de trabalho suplementar dos enfermeiros quase duplicou entre 2018 e 2022, com uma taxa de variação global de 96,1% (tendo atingido o seu valor máximo no ano de 2021, durante a pandemia por COVID-19);
- verifica-se um aumento do número médio anual de HTS por profissional de enfermagem bastante relevante (+48h por profissional, em média, e um crescimento total de 64% no período), não obstante o crescimento do número de profissionais de enfermagem registado no período³⁰,
- no decorrer do referido anteriormente, verifica-se um crescimento da importância do trabalho suplementar face ao tempo de trabalho normal - no qual deveria estar suportada a atividade desenvolvida pelos profissionais de enfermagem -, com a representatividade das HTS no horário base de trabalho (HBT)³¹ destes profissionais, a crescer de 4,5% em 2018 para 7,3% em 2022. Tal evidencia ter havido, no período, um contributo crescente do trabalho suplementar para assegurar todas as atividades da responsabilidade dos profissionais de enfermagem.

³⁰ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

³¹ Recordar-se que o HBT abrange o tempo de trabalho normal, associado ao PNT destes profissionais, de acordo com o seu contrato.

Figura 18 – Enfermeiros – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)

Ano	Total de HTS	HTS/NP	HTS/HBT
2018	3 204 808	75	4,5%
2019	3 789 159	83	5,0%
2020	4 576 534	94	5,6%
2021	7 099 748	142	8,4%
2022	6 284 315	123	7,3%

No que respeita à caracterização por género do trabalho suplementar realizado pelos enfermeiros (**Quadro 5**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais de enfermagem do sexo feminino, parcialmente alinhada com a elevada taxa de feminização verificada neste grupo profissional;
- contudo, e em linha com o identificado globalmente para o SNS, ao analisarmos a distribuição do número médio de horas de trabalho suplementar verificamos uma situação distinta, em que os profissionais do sexo masculino apresentam em média, um maior valor de horas de trabalho suplementar por profissional, por comparação com as enfermeiras mulheres;
- para ambos os sexos, o volume médio de trabalho suplementar cresceu significativamente, embora de forma mais marcada no caso dos enfermeiros homens (+47 horas nas mulheres e +61 horas nos homens);
- Esta situação, já anteriormente identificada, parece corresponder a lógicas de organização familiar e divisão de tarefas domésticas em que os membros masculinos assumem uma maior disponibilidade e enfoque no trabalho, em detrimento de outras tarefas do foro familiar e doméstico, que continuam a recair predominantemente sobre as mulheres. Face à diferença de comportamento evidenciada pelos profissionais de saúde em função do género, esta realidade deverá ser tida em conta e assumir relevo em qualquer exercício de planeamento e de afetação dos RHS no SNS.

Quadro 5 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por género

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Feminino	2 375 439	2 807 129	3 420 488	5 538 728	4 814 689	↑ 102,7%
Masculino	829 369	982 030	1 156 046	1 561 020	1 469 625	↑ 77,2%
HTS/NP						
Feminino	66	74	84	132	113	↑ 71,2%
Masculino	117	132	145	192	178	↑ 52,1%
HTS/HBT						
Feminino	4,0%	4,4%	5,0%	7,9%	6,7%	↑ 67,5%
Masculino	7,0%	7,8%	8,6%	11,4%	10,6%	↑ 51,4%

Quanto à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos enfermeiros por grupo etário (**Quadro 6**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais de enfermagem nos escalões etários mais jovens, com particular incidência no grupo etário com idades compreendidas entre os 35 e os 44 anos;
- os enfermeiros enquadrados nos escalões etários compreendidos entre os 45 e os 64 anos são os que apresentam maiores valores médios anuais de horas trabalho suplementar por profissional (em qualquer um dos 5 anos);
- verificou-se um crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar relativamente homogéneo para todos os escalões etários considerados, ao longo do período;
- o contributo do trabalho suplementar face ao tempo de trabalho normal aumenta, no período, em todos os grupos etários, sendo mais intenso (8,6% em 2022) no caso dos enfermeiros entre os 45 e os 54 anos — e este facto sucede em todos os anos do período.

Quadro 6 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por grupo etário

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Menos de 35 anos	734 023	924 714	1 085 004	1 550 054	1 466 608	↑ 99,8%
Entre 35 e 44 ano	1 035 142	1 254 898	1 539 352	2 355 947	2 052 026	↑ 98,2%
Entre 45 e 54 ano	1 045 521	1 117 944	1 291 833	2 007 888	1 649 224	↑ 57,7%
Entre 55 e 64 ano	380 877	480 367	647 490	1 152 562	1 067 071	↑ 180,2%
65 ou mais anos	9 245	11 235	12 855	33 297	49 386	↑ 434,2%
HTS/NP						
Menos de 35 anos	60	74	78	114	111	↑ 85,0%
Entre 35 e 44 ano	70	79	92	136	117	↑ 67,1%
Entre 45 e 54 ano	95	99	114	175	144	↑ 51,6%
Entre 55 e 64 ano	79	83	98	154	128	↑ 62,0%
65 ou mais anos	66	66	54	105	107	↑ 62,1%
HTS/HBT						
Menos de 35 anos	3,6%	4,4%	4,6%	6,8%	6,6%	↑ 83,3%
Entre 35 e 44 ano	4,2%	4,7%	5,5%	8,1%	7,0%	↑ 66,7%
Entre 45 e 54 ano	5,7%	5,9%	6,8%	10,4%	8,6%	↑ 50,9%
Entre 55 e 64 ano	4,7%	4,9%	5,8%	9,2%	7,6%	↑ 61,7%
65 ou mais anos	3,9%	3,9%	3,2%	6,3%	6,4%	↑ 64,1%

No que se refere à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos enfermeiros por setor produtivo (**Quadro 7**), verifica-se que;

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais de enfermagem que trabalham no setor hospitalar;
- os enfermeiros afetos aos SC são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional, com um total muito elevado de 446 horas por ano por enfermeiro, em 2022, em média, facto em grande medida advindo do modelo de organização de serviços do INEM e do IPST, muito assente em escalas de prontidão e prevenção;
- esta situação é particularmente visível através da representatividade que o tempo de trabalho suplementar tem no volume global de horas trabalho dos profissionais de enfermagem dos SC, superando os 26% no ano de 2022;

- verificou-se um crescimento muito significativo do número médio anual de horas de trabalho suplementar de enfermagem no período, principalmente nos SC (+136 horas) e nos CSP (+69 horas).

Quadro 7 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por setor produtivo

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Variação
CSP	464 726	499 071	690 663	2 082 055	1 181 549	↑ 154,2%
CSH	2 659 523	3 189 651	3 767 440	4 891 830	4 968 213	↑ 86,8%
SC	80 559	100 437	118 431	125 862	134 553	↑ 67,0%
HTS/NP						
CSP	52	56	73	215	121	↑ 132,7%
CSH	79	88	96	122	122	↑ 54,4%
SC	310	379	403	407	446	↑ 43,9%
HTS/HBT						
CSP	3,1%	3,3%	4,4%	12,8%	7,2%	↑ 132,3%
CSH	4,7%	5,2%	5,7%	7,3%	7,2%	↑ 53,2%
SC	18,5%	22,6%	24,0%	24,4%	26,6%	↑ 43,8%

Relativamente à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos enfermeiros por região (**Quadro 8**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais de enfermagem que trabalham nas Regiões Norte e LVT, em parte relacionada com o facto destas regiões concentrarem a atividade das principais e maiores instituições de prestação de cuidados de saúde no SNS;
- todavia, são os enfermeiros afetos principalmente à região do Alentejo, e também do Centro, que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional em todo o período de análise considerado (170 HTS em média anual, em 2022, no caso da ARS do Alentejo);
- também foi nestas regiões que se verificou o maior crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar, nomeadamente no Alentejo (+80 horas) e no Centro (+54 horas). É ainda de referir um acréscimo de 52 horas na Região do Algarve do volume médio de trabalho suplementar realizado pelos profissionais aí sedeados;
- no final do período, o peso das HTS face ao tempo de trabalho do HBT dos enfermeiros, que cresceu em todas as regiões no período em análise, já ultrapassava os 10% no Alentejo;
- tendo em conta a densidade de enfermeiros do SNS face à população, analisada em detalhe no Estudo anterior, é interessante perceber que este número elevado de HTS de enfermagem tanto será um sinal indubitável de escassez de recursos face às necessidades, como poderá indiciar alguma ineficiência na alocação de recursos (nos casos, incomuns mas existentes, de instituições em regiões que, apesar de terem níveis mais elevados de enfermeiros no SNS do que as demais regiões, apresentam ainda assim, valores desproporcionadamente elevados de HTS por profissional de enfermagem).

Quadro 8 – Trabalho suplementar dos Enfermeiros por região

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Norte	1 149 525	1 365 831	1 629 346	2 394 530	2 123 505	↑ 84,7%
Centro	743 434	830 097	886 274	1 652 286	1 464 944	↑ 97,1%
LVT	967 135	1 153 971	1 518 849	2 175 830	1 977 621	↑ 104,5%
Alentejo	203 262	252 633	314 851	520 105	429 933	↑ 111,5%
Algarve	141 452	186 628	227 213	356 997	288 312	↑ 103,8%
HTS/NP						
Norte	78	84	90	130	113	↑ 44,9%
Centro	84	90	90	164	145	↑ 72,6%
LVT	65	74	94	129	115	↑ 76,9%
Alentejo	90	108	127	208	170	↑ 88,9%
Algarve	70	88	102	152	122	↑ 74,3%
HTS/HBT						
Norte	4,6%	5,0%	5,4%	7,8%	6,8%	↑ 47,8%
Centro	5,0%	5,4%	5,3%	9,8%	8,6%	↑ 72,0%
LVT	3,9%	4,4%	5,6%	7,7%	6,8%	↑ 74,4%
Alentejo	5,4%	6,4%	7,6%	12,4%	10,1%	↑ 87,0%
Algarve	4,2%	5,3%	6,1%	9,1%	7,3%	↑ 73,8%

No que respeita à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos enfermeiros nas 10 instituições em que este assume maior relevância (**Quadro 9**), verifica-se que;

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais de enfermagem afetos às instituições de maior dimensão, com especial destaque para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), para os dois Centros Hospitalares Universitários de Lisboa e para as ARS Norte, Centro e LVT. Destaca-se ainda o elevado volume no Hospital do Algarve e no Centro Hospitalar e Universitário de São João, relativamente ao trabalho suplementar desenvolvido pelos seus profissionais de enfermagem;
- quando analisamos a dimensão da sobrecarga relativa dos enfermeiros, é curioso notar que as entidades mais relevantes variam: os profissionais afetos ao INEM são, destacadamente, os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por cada profissional, em termos de média anual, em todo o período de análise considerado, o que parece remeter para uma situação crónica de escassez de recursos de enfermagem;
- é ainda de realçar o elevado número médio de horas de trabalho suplementar praticado pelos enfermeiros nas ULS do Litoral Alentejano e do Baixo Alentejo. É também nestas instituições que se verificou o maior incremento do número médio de horas de trabalho suplementar entre 2018 e 2022, com crescimentos médios relativamente superiores a 100h por profissional de enfermagem;
- em termos do contributo das HTS de enfermagem face ao tempo de trabalho normal desta profissão, nas entidades do SNS, são também o INEM e as ULS referidas que mais sobressaem, ascendendo mesmo o INEM, em 2022, a uma percentagem muito elevada de cerca de 37% - ou seja, as HTS representam cerca de 1/3 do tempo de trabalho normal dos profissionais de enfermagem daquela entidade em 2022;
- de notar por fim, e todavia, que, excetuando 2 casos, nas restantes entidades do quadro 9 o indicador HTS/HBT (%) apresentou crescimentos muito marcados entre 2018 e 2022, nalguns casos mais do que duplicando ou mesmo triplicando, no que aparenta evidenciar uma trajetória

de insustentabilidade, pelo sobre esforço que pode significar, por parte dos profissionais de enfermagem.

Quadro 9 - Trabalho suplementar dos Enfermeiros - 10 entidades mais relevantes

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CH e Universitário de Coimbra	265 407	296 978	340 305	548 662	617 592	↑ 132,7%
ARS do Norte	154 774	176 104	252 489	640 680	360 947	↑ 133,2%
CH Universitário de Lisboa Norte	252 559	275 041	315 787	363 077	321 984	↑ 27,5%
CH Universitário de Lisboa Central	175 200	195 541	220 145	281 412	285 977	↑ 63,2%
ARS do Centro	116 779	111 284	112 590	453 200	264 768	↑ 126,7%
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	79 610	87 221	159 797	500 164	261 681	↑ 228,7%
CH Universitário do Algarve	118 024	157 000	177 485	214 012	209 874	↑ 77,8%
CH Universitário de S. João	203 085	204 213	182 039	176 945	204 726	↑ 0,8%
Hospital Garcia de Orta	74 540	104 971	163 956	184 420	190 472	↑ 155,5%
CH Universitário de Santo António	136 886	145 881	158 595	203 689	182 843	↑ 33,6%
HTS/NP						
INEM	395	515	555	562	618	↑ 56,5%
ULS do Litoral Alentejano	67	86	127	241	212	↑ 216,4%
ULS do Baixo Alentejo	83	136	157	255	206	↑ 148,2%
CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	99	123	101	130	203	↑ 105,1%
CH e Universitário de Coimbra	92	99	105	165	188	↑ 104,3%
ARS do Centro	87	83	81	326	185	↑ 112,6%
CH de Entre o Douro e Vouga	182	205	179	178	181	↓ -0,5%
ULS do Norte Alentejano	116	118	138	216	179	↑ 54,3%
Hospital Garcia de Orta	79	104	152	170	178	↑ 125,3%
IPST	187	170	154	165	177	↓ -5,3%
HTS/HBT						
INEM	23,5%	30,7%	33,0%	33,5%	36,8%	↑ 56,6%
ULS do Litoral Alentejano	4,0%	5,1%	7,6%	14,4%	12,6%	↑ 215,0%
ULS do Baixo Alentejo	4,9%	8,1%	9,3%	15,1%	12,3%	↑ 151,0%
CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde	5,9%	7,3%	6,0%	7,7%	12,1%	↑ 105,1%
CH e Universitário de Coimbra	5,5%	5,9%	6,3%	9,9%	11,2%	↑ 103,6%
ARS do Centro	5,2%	4,9%	4,9%	19,4%	11,1%	↑ 113,5%
CH de Entre o Douro e Vouga	10,8%	12,2%	10,7%	10,7%	10,8%	⇒ 0,0%
ULS do Norte Alentejano	6,9%	7,0%	8,2%	12,9%	10,7%	↑ 55,1%
Hospital Garcia de Orta	4,7%	6,2%	9,0%	10,1%	10,6%	↑ 125,5%
IPST	11,1%	10,1%	9,2%	9,8%	10,6%	↓ -4,5%

Médicos Especialistas

No que respeita à caracterização global do trabalho suplementar dos médicos especialistas ao serviço do SNS, resumida na **Figura 19**, verifica-se globalmente que:

- o número de horas de trabalho suplementar dos médicos especialistas cresceu entre 2018 e 2022, com uma taxa de variação global de 16,8% (tendo atingido o seu valor máximo no ano de 2021, provavelmente associado à pandemia);
- verifica-se um aumento ligeiro do número médio de HTS por médico especialista (+9h por profissional, por ano, em média), mas há que realçar que este já era, à partida, um dos grupos profissionais com maior carga de trabalho suplementar média por trabalhador;
- no decorrer do referido anteriormente, constata-se que a importância assumida pelo trabalho suplementar na atividade desenvolvida pelos médicos especialistas é relevante, mas estável ao longo do período, representando, em 2022, cerca de 13% do tempo normal de trabalho desenvolvido por estes profissionais. Isto significa que por cada 100 horas de trabalho médico

(de horário base), são necessárias, em média, mais 13 horas adicionais de trabalho suplementar para colmatar as necessidades assistenciais imediatas nas instituições.

Figura 19 - Médicos Especialistas – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)

Ano	HTS	HTS/NP	HTS/HBT
2018	4 536 458	239	12,5%
2019	4 598 712	233	12,1%
2020	5 175 246	254	13,2%
2021	5 754 590	274	14,3%
2022	5 300 387	248	12,9%

No que respeita à caracterização por género do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas, apresentada no **Quadro 10**, verifica-se que:

- o volume de horas de trabalho suplementar está maioritariamente afeto aos profissionais médicos especialistas do sexo feminino, parcialmente alinhada com a taxa de feminização verificada neste grupo profissional;
- contudo, e em linha com o identificado globalmente para o SNS, ao analisarmos a distribuição do número médio de horas de trabalho suplementar por género, verificamos uma situação distinta, em que os profissionais do sexo masculino apresentam em média, um número muito mais significativo de horas de trabalho suplementar por profissional do que as mulheres médicas (em média superior a 100 horas de trabalho suplementar adicionais, por trabalhador, no período considerado);
- o volume médio de trabalho suplementar cresceu ligeiramente no caso dos homens e das mulheres, mas com intensidades distintas (+9 horas nas mulheres e +18 horas nos homens), não obstante, e conforme referido anteriormente, este ser um dos grupos profissionais com maior sobrecarga de trabalho suplementar, de partida;
- verifica-se que a importância do tempo de trabalho suplementar na atividade base desenvolvida pelos médicos especialistas do sexo masculino, cresceu e representa, em 2022, quase 18% do volume global de trabalho desenvolvido por estes estes profissionais (em 2021 este valor chegou aos 19,1%), ao passo que no caso das médicas se situa à volta dos 11% no período (com pico próximo dos 13% em 2021, mas maior estabilidade).
- Esta situação, já anteriormente identificada, evidencia que a disponibilidade para a realização do trabalho suplementar é distinta em função do género, o que parece corresponder a lógicas de organização familiar e de divisão de tarefas domésticas, que favorecem que os membros masculinos assumam um maior enfoque na disponibilidade para o trabalho suplementar no SNS em provável detrimento de outras tarefas do foro doméstico ou familiar, estas predominantemente ainda sob responsabilidade das mulheres. Como já sublinhado, a

diferença de comportamento evidenciada pelos profissionais de saúde em função do género deverá ser tida em conta e assumir relevo em qualquer exercício de planeamento e de afetação dos RHS no SNS.

Quadro 10 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por género

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Feminino	2 297 303	2 345 634	2 736 280	3 116 565	2 866 609	↑ 24,8%
Masculino	2 239 155	2 253 078	2 438 967	2 638 024	2 433 778	↑ 8,7%
HTS/NP						
Feminino	200	193	214	235	209	↑ 4,5%
Masculino	299	296	319	342	317	↑ 6,0%
HTS/HBT						
Feminino	10,9%	10,5%	11,6%	12,8%	11,4%	↑ 4,6%
Masculino	16,6%	16,4%	17,7%	19,1%	17,8%	↑ 7,2%

No que se refere à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas, por grupo etário (**Quadro 11**), verifica-se que:

- existe uma elevada heterogeneidade da distribuição do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais médicos especialistas, recaindo sobretudo nos escalões etários compreendidos entre 35 e 44 anos e entre os 55 e os 64 anos;
- não obstante este último escalão ter manifestado uma tendência regressiva do número de horas realizadas de -23,7% entre 2018 e 2022, é de realçar ser um dos que apresenta maior sobrecarga de HTS por profissional ao serviço (267h em 2022), logo a seguir ao grupo etário dos 45 aos 54 anos, o mais sobrecarregado;
- os médicos especialistas enquadrados nos escalões etários compreendidos entre os 45 e os 54 anos são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional (sempre superior a 300 horas médias de trabalho por profissional);
- verificou-se um crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar heterogéneo para os escalões etários considerados. Enquanto os profissionais mais jovens tiveram um crescimento médio de +50 horas por médico especialista, os profissionais mais velhos evidenciaram uma diminuição do número horas médias de trabalho suplementar (-38 horas);
- o peso das HTS no tempo de trabalho base dos médicos aumentou, em regra, ao longo do período, em todos os escalões etários, sendo de realçar, uma vez mais, o grupo dos 45 aos 54 anos.

Quadro 11 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por grupo etário

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022		
Menos de 35 anos	333 788	435 828	563 149	666 564	597 288	↑	0,2%
Entre 35 e 44 anos	1 196 523	1 240 816	1 541 768	1 849 217	1 743 138	↑	45,7%
Entre 45 e 54 anos	961 760	908 673	1 010 460	1 136 373	1 116 116	↑	16,0%
Entre 55 e 64 anos	1 640 177	1 547 357	1 545 192	1 484 199	1 250 672	↓	-23,7%
65 ou mais anos	404 210	466 037	514 677	618 238	593 173	↑	46,7%
HTS/NP							
Menos de 35 anos	133	157	178	207	180	↑	35,3%
Entre 35 e 44 anos	243	227	258	280	241	↓	-0,8%
Entre 45 e 54 anos	303	287	318	343	314	↑	3,6%
Entre 55 e 64 anos	240	241	266	285	267	↑	11,3%
65 ou mais anos	266	240	226	235	228	↓	-14,3%
HTS/HBT							
Menos de 35 anos	7,0%	8,3%	9,4%	10,9%	9,5%	↑	35,7%
Entre 35 e 44 anos	13,3%	12,4%	14,1%	15,3%	13,2%	↓	-0,8%
Entre 45 e 54 anos	16,9%	15,9%	17,6%	19,1%	17,5%	↑	3,6%
Entre 55 e 64 anos	13,1%	13,2%	14,6%	15,6%	14,7%	↑	12,2%
65 ou mais anos	15,0%	13,5%	12,8%	13,5%	13,4%	↓	-10,7%

Quanto à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas, por setor produtivo (**Quadro 12**), verifica-se que:

- existe uma concentração hegemónica do volume de horas de trabalho suplementar nos médicos especialistas que trabalham no setor hospitalar;
- os médicos especialistas afetos aos SC são, no entanto, os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional, sobrecarga em grande medida advindo do modelo de organização de serviços do INEM e do IPST, muito assente em escalas de prontidão e prevenção;
- esta situação é particularmente visível através da representatividade que o trabalho suplementar tem no volume global de trabalho dos profissionais médicos especialistas dos SC (HTS/HBT, em percentagem), superior a 24% em 2022. De salientar ainda neste indicador o elevado volume de trabalho suplementar evidenciado pelos médicos especialistas afetos ao sector hospitalar (cerca de 17% em 2022);
- verificou-se um crescimento muito significativo do número médio de horas de trabalho suplementar dos médicos especialistas dos SC (+95 horas), por contraponto de uma relativa estabilização dos valores evidenciados pelos remanescentes setores produtivos do SNS (excetuando os valores registados em anos críticos de pandemia — 2020 e 2021).

Quadro 12 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por setor produtivo

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CSP	618 523	601 733	734 881	1 015 513	681 179	↑ 10,1%
CSH	3 896 309	3 973 627	4 415 797	4 712 831	4 586 917	↑ 17,7%
SC	21 626	23 352	24 569	26 246	32 292	↑ 49,3%
HTS/NP						
CSP	99	95	113	156	107	↑ 8,1%
CSH	308	297	319	327	306	↓ -0,6%
SC	360	377	372	410	455	↑ 26,4%
HTS/HBT						
CSP	5,4%	5,2%	6,2%	8,6%	6,0%	↑ 11,1%
CSH	16,9%	16,3%	17,4%	17,9%	16,8%	↓ -0,6%
SC	19,3%	20,4%	20,6%	22,4%	24,4%	↑ 26,4%

Relativamente à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas por região (**Quadro 13**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos médicos especialistas que trabalham nas Regiões Norte e LVT, em parte relacionada com o facto de estas regiões concentrarem a atividade das principais e maiores instituições de prestação de cuidados de saúde no SNS, embora com densidades de médicos face à população muito distintas, conforme analisado no Estudo anterior;
- todavia, os médicos especialistas afetos principalmente à região do Alentejo, mas também do Centro e do Algarve são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional, em todo o período de análise considerado. Atenta a diversidade de densidades de RH médicos face à população, esta realidade tanto pode ser uma *proxy* de escassez relativa de recursos médicos, como pode indiciar distintos níveis de eficiência na alocação de trabalho suplementar³²;
- saliente-se a representatividade das horas de trabalho suplementar no volume global de horas de trabalho base afetas aos médicos especialistas verificada na Região Alentejo (sempre superior a 24% e com uma tendência crescente passando de 24,1% em 2018 para 27,5% em 2022), evidenciando a sobrecarga intensa que, em média, recai sobre estes profissionais nesta região;
- também é em parte nestas regiões que se verificou o maior crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar no período, nomeadamente no Alentejo (+44 horas) e no Centro (+17 horas). Verifica-se, aliás, que o número médio de HTS/NP cresceu em todas as regiões à exceção da Região do Algarve em que se mantém praticamente constante entre o início e o final do período.

³² Hipóteses que seria útil investigar em detalhe, por parte do Ministério da Saúde.

Quadro 13 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas por região

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Norte	1 366 901	1 395 722	1 677 449	1 895 000	1 738 833	↑ 27,2%
Centro	1 152 287	1 168 796	1 245 505	1 372 302	1 271 841	↑ 10,4%
LVT	1 457 819	1 490 690	1 683 643	1 817 743	1 686 586	↑ 15,7%
Alentejo	323 218	317 639	337 276	384 266	353 639	↑ 9,4%
Algarve	236 232	225 865	231 373	285 278	249 489	↑ 5,6%
HTS/NP						
Norte	193	180	207	226	202	↑ 4,7%
Centro	314	314	329	358	331	↑ 5,4%
LVT	216	218	240	250	227	↑ 5,1%
Alentejo	451	444	463	526	495	↑ 9,8%
Algarve	318	303	301	362	317	↓ -0,3%
HTS/HBT						
Norte	10,5%	9,8%	11,3%	12,4%	11,1%	↑ 5,7%
Centro	16,8%	16,8%	17,7%	19,3%	17,9%	↑ 6,5%
LVT	12,1%	12,1%	13,3%	13,9%	12,7%	↑ 5,0%
Alentejo	24,1%	24,0%	25,3%	28,8%	27,5%	↑ 14,1%
Algarve	17,2%	16,4%	16,5%	20,0%	17,7%	↑ 2,9%

Detalhando de seguida a caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas pelas 10 instituições mais relevantes (**Quadro 14**), de acordo com as mesmas três métricas de análise que têm sido usadas, verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais médicos especialistas afetos às instituições de maior dimensão, com especial destaque para o CH e Universitário de Coimbra e para os restantes CH Universitários, bem como para a ARS Norte. Recorda-se que as ARS surgem enquanto “empregadoras” dos RHS dos CSP (e das próprias ARS). Destacam-se ainda os números evidenciados de HTS da ULS do Nordeste e do Hospital Fernando da Fonseca relativamente ao trabalho suplementar desenvolvido pelos seus profissionais médicos especialistas;
- em termos da distribuição média do trabalho suplementar por profissional, verifica-se uma completa distinção das instituições face às que se destacam nos valores absolutos apresentados antes, à exceção da ULS do Nordeste. Assim, verifica-se que as cargas médias de trabalho suplementar dos médicos especialistas são bastante mais significativas nas ULS existentes no período (em especial no Alentejo), em unidades hospitalares de menor dimensão e do interior, bem como numa instituição afeta aos SC — no caso do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) (associado ao modelo de atividade desta instituição, como já antes referido, sendo, provavelmente, em grande medida, horas de prevenção);
- há que notar um elevado número médio anual de horas de trabalho suplementar, superior a 700 HTS, praticado pelos médicos especialistas na ULS do Nordeste, IPST e CH Universitário da Cova da Beira, que se afigura insustentável;
- quanto à dinâmica evolutiva no período das horas médias de trabalho suplementar, esta é bastante distinta por instituição, sendo de destacar os crescimentos ocorridos na ULS do Litoral Alentejano (154 horas) e no IPO de Coimbra (+119 horas).

- saliente-se a representatividade das horas de trabalho suplementar no volume global de horas de trabalho base afetas aos médicos especialistas verificada na ULS do Nordeste (em 2022 era superior a 40%, tendo incrementado 2,8 pp entre 2018 e 2022), mas com proporções anormalmente elevadas em todas as 10 instituições, sempre acima dos 26% em 2022, realidade que sugere uma sobrecarga insustentável e provável subdotação de RH médicos, mantida ao longo dos anos.

Quadro 14 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas – 10 entidades mais relevantes

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CH e Universitário de Coimbra	415 101	422 255	435 323	467 455	466 182	↑ 12,3%
CH Universitário de Lisboa Norte	304 648	318 772	349 909	340 448	328 008	↑ 7,7%
CH Universitário de Lisboa Central	250 617	256 046	275 575	282 885	273 125	↑ 9,0%
ARS do Norte	164 989	165 127	229 867	298 261	209 457	↑ 27,0%
CH Universitário do Algarve	194 792	188 044	188 054	210 303	205 674	↑ 5,6%
CH Universitário de S. João	167 276	165 683	186 349	194 948	180 558	↑ 7,9%
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	137 933	142 838	140 504	162 305	166 856	↑ 21,0%
ULS do Nordeste	151 125	148 438	161 280	167 859	160 297	↑ 6,1%
Hospital Fernando da Fonseca	141 844	134 365	147 692	155 705	147 943	↑ 4,3%
CH de Lisboa Ocidental	128 222	127 593	141 335	151 502	146 747	↑ 14,4%
HTS/NP						
ULS do Nordeste	727	724	775	819	778	↑ 7,0%
IPST	674	676	551	602	729	↑ 8,2%
CH Universitário Cova da Beira	701	665	766	694	700	↓ -0,1%
ULS do Litoral Alentejano	494	540	549	674	648	↑ 31,2%
ULS da Guarda	686	616	606	690	609	↓ -11,2%
ULS de Castelo Branco	602	626	633	646	606	↑ 0,7%
ULS do Norte Alentejano	604	579	574	634	597	↓ -1,2%
ULS do Baixo Alentejo	495	514	536	609	566	↑ 14,3%
IPO de Coimbra	410	437	448	466	529	↑ 29,0%
CH do Médio Tejo	464	456	473	489	487	↑ 5,0%
HTS/HBT						
ULS do Nordeste	37,7%	37,4%	40,1%	42,5%	40,5%	↑ 7,4%
CH Universitário Cova da Beira	38,6%	36,4%	42,5%	38,3%	39,0%	↑ 1,0%
IPST	34,6%	35,3%	29,4%	31,1%	37,5%	↑ 8,4%
ULS do Litoral Alentejano	26,4%	29,1%	30,0%	36,8%	35,1%	↑ 33,0%
ULS do Norte Alentejano	31,4%	30,2%	30,3%	34,1%	32,9%	↑ 4,8%
ULS da Guarda	36,3%	32,9%	32,2%	36,6%	32,2%	↓ -11,3%
ULS de Castelo Branco	31,4%	32,8%	33,4%	34,0%	31,9%	↑ 1,6%
ULS do Baixo Alentejo	26,1%	27,4%	29,1%	32,7%	31,2%	↑ 19,5%
IPO de Coimbra	21,9%	23,3%	24,0%	25,0%	28,5%	↑ 30,1%
CH do Médio Tejo	24,6%	24,3%	25,3%	26,3%	26,3%	↑ 6,9%

No que respeita à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos especialistas por especialidades médicas, o **Quadro 15** identifica as 10 mais relevantes (de acordo com as mesmas 3 métricas de análise que têm sido usadas), verificando-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nas especialidades médicas “nucleares” na atividade e na prestação de serviços médicos de primeira linha no SNS, nomeadamente, a Medicina Interna, a Medicina Geral e Familiar (MGF), a Cirurgia Geral, a Anestesiologia, a Pediatria, e com menor relevo, a Ortopedia e a Ginecologia/Obstetrícia. No caso dos CSH, realça-se que são as especialidades básicas para garantir o funcionamento dos serviços de Urgência de forma permanente e contínua;

- destaca-se ainda os números evidenciados pela Imuno-hemoterapia e Patologia Clínica, relativamente ao trabalho suplementar desenvolvido pelos seus profissionais médicos especialistas, nestes casos provavelmente com maior peso de regimes de prevenção do que de presença física, embora, conforme reiterado ao longo desta Nota, os dados disponibilizados pela ACSS não permitam distinguir as duas situações;
- em termos da distribuição média do trabalho suplementar por médico, verifica-se uma distinção das especialidades médicas face aos valores absolutos apresentados. Assim, verifica-se que as cargas médias de trabalho suplementar dos médicos especialistas são bastante mais significativas nas especialidades cirúrgicas (associadas em parte, nestes casos concretos, a regimes de prevenção obrigatórios e frequentes – como o caso da Cirurgia Cardiorácica com escalas de prevenção para transplantes, bem como à prestação de cuidados em escala de Urgência), embora também na Imuno-hemoterapia e Medicina Intensiva (neste caso cruzando-se a necessidade permanente de presença destes profissionais com a existência de um número reduzido dos mesmos no SNS);
- quanto à dinâmica evolutiva das horas médias de trabalho suplementar por médico, ela é bastante distinta de acordo com cada especialidade, sendo de destacar por um lado, os crescimentos ocorridos na Cirurgia Plástica (+119 horas) e na Medicina Interna (+71 horas), e por outro os decréscimos ocorridos na Cardiologia Pediátrica (-111 horas) e na Anestesiologia (-83 horas). De referir ainda a evolução registada na Medicina Intensiva, a qual se deveu à juventude desta especialidade enquanto especialidade médica autónoma, obrigando a uma imensa sobrecarga dos primeiros profissionais médicos detentores desta especialidade;
- saliente-se, por fim, a representatividade das horas de trabalho suplementar médicas no volume global de horas de trabalho (horário base) afetas aos médicos especialistas em Cirurgia Cardiorácica e em Imuno-hemoterapia, que, em ambos os casos, era superior a 50% em 2022 (63,4% e 50,3%, respetivamente), apesar de significarem provavelmente HTS em regime de prevenção, mais do que em presença física. De entre as especialidades que agregam mais médicos (em ETC), há a notar o peso que o trabalho suplementar assume face ao horário base dos cirurgiões gerais, internistas e dos anestesiólogos — na ordem dos 25% em 2022, evidenciando a sobrecarga relativa que recai sobre estes especialistas.

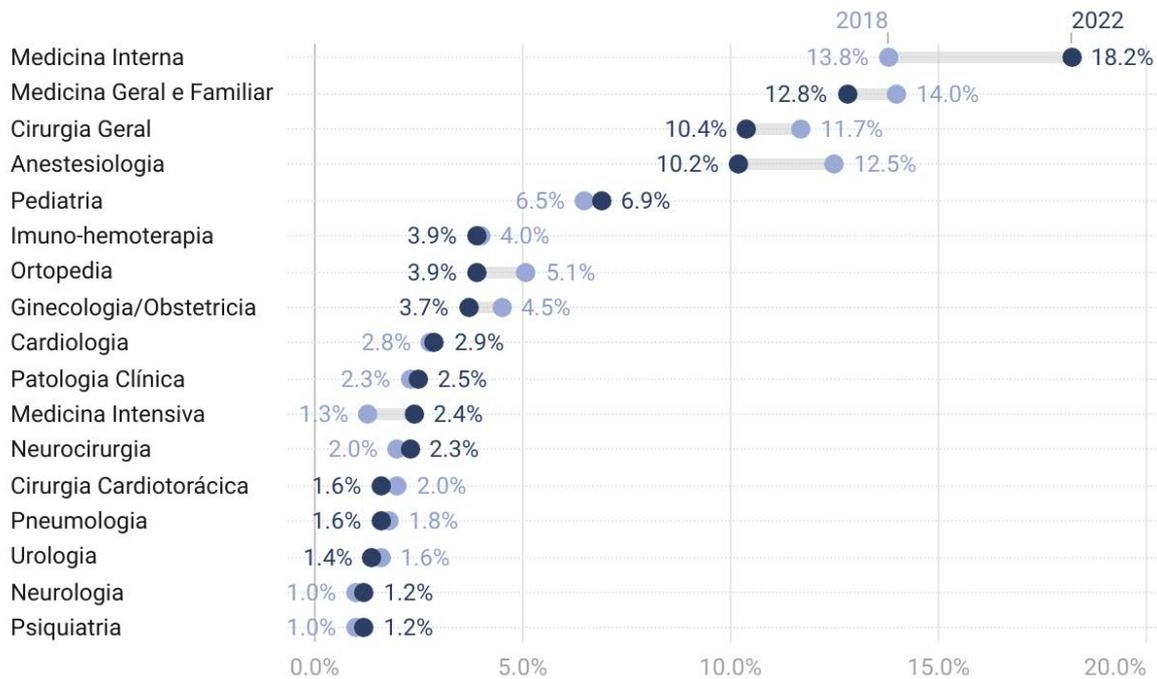
Quadro 15 – Trabalho suplementar dos Médicos Especialistas – 10 especialidades médicas mais relevantes

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Medicina Interna	624 163	681 699	862 118	1 002 003	963 482	↑ 54,4%
Medicina Geral e Familiar	633 365	615 871	706 086	934 893	678 193	↑ 7,1%
Cirurgia Geral	528 802	543 466	556 152	566 439	553 073	↑ 4,6%
Anestesiologia	565 740	554 330	587 502	586 438	543 182	↓ -4,0%
Pediatria	294 516	297 973	330 870	332 672	363 287	↑ 23,4%
Imuno-hemoterapia	180 955	199 186	194 332	208 831	209 108	↑ 15,6%
Ortopedia	230 384	214 995	205 577	211 092	207 616	↓ -9,9%
Ginecologia/Obstetricia	205 340	198 947	205 764	206 285	197 933	↓ -3,6%
Cardiologia	127 472	121 408	138 191	157 246	153 622	↑ 20,5%
Patologia Clínica	103 315	105 911	121 313	128 888	132 433	↑ 28,2%
HTS/NP						
Cirurgia Cardiotorácica	1 163	1 193	1 202	1 153	1 192	↑ 2,5%
Imuno-hemoterapia	1 000	1 027	977	994	973	↓ -2,7%
Medicina Intensiva	3 290	1 557	1 927	1 026	803	↓ -75,6%
Neurocirurgia	711	694	718	815	800	↑ 12,5%
Cirurgia Geral	542	531	539	533	518	↓ -4,4%
Cirurgia Pediátrica	555	473	504	568	515	↓ -7,2%
Cirurgia Plástica*	408	493	488	504	508	↑ 24,5%
Medicina Interna	368	375	441	502	453	↑ 23,1%
Anestesiologia	517	482	497	483	434	↓ -16,1%
Cardiologia Pediátrica	478	451	425	420	367	↓ -23,2%
HTS/HBT						
Cirurgia Cardiotorácica	62,9%	64,3%	64,8%	61,4%	63,4%	↑ 0,8%
Imuno-hemoterapia	51,0%	52,8%	50,8%	51,5%	50,3%	↓ -1,4%
Neurocirurgia	39,6%	38,4%	39,9%	45,7%	44,2%	↑ 11,6%
Medicina Intensiva	172,8%	80,3%	102,3%	54,0%	42,0%	↓ -75,7%
Cirurgia Plástica*	23,1%	27,8%	27,2%	28,0%	28,5%	↑ 23,4%
Cirurgia Pediátrica	30,3%	25,6%	28,0%	31,3%	28,3%	↓ -6,6%
Cirurgia Geral	28,4%	27,9%	28,3%	28,1%	27,4%	↓ -3,5%
Medicina Interna	19,3%	19,6%	23,1%	26,3%	23,8%	↑ 23,3%
Anestesiologia	27,2%	25,5%	26,3%	25,7%	23,2%	↓ -14,7%
Cardiologia Pediátrica	27,1%	25,3%	23,6%	23,3%	20,8%	↓ -23,2%

Nota: *O nome completo da especialidade é Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética.

A **Figura 20** representa, em ETC, as horas de trabalho suplementar dos médicos especialistas, ordenadas de forma decrescente pela sua representatividade em 2022. Verifica-se que o número de “especialistas médicos em ETC” representados pelas HTS realizadas por especialidade cresce em 8 das 17 especialidades representadas, destacando-se claramente as especialidades já antes sublinhadas e o aumento da sobrecarga relativa na Medicina Interna, Medicina Intensiva e na Pediatria. Há que recordar que a qualidade dos dados nem sempre permite detalhar a especialidade médica associada ao trabalho suplementar³³, e nunca permite distinguir o realizado em presença física ou prevenção para todos os grupos profissionais. Esta realidade também pode evidenciar, à luz dos dados e métricas já apresentados neste Estudo, que, de certa forma, o tempo de trabalho suplementar médico atingiu um limite e não haverá disponibilidade por parte destes profissionais para o incrementar, de forma generalizada, em especial em certos setores e regiões do SNS.

³³ Nos dados disponibilizados ao PLANAPP encontram-se situações de HTS atribuídas a médicos especialistas cuja especialidade não se encontra identificada.

Figura 20 – Proporção (%) das horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC_HTS) por especialidade médica (2018 e 2022)

Nota: Foram apresentadas as especialidades com representação superior a 1% no total de ETC_HTS.

Assistentes Operacionais

No que se refere à caracterização global do trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais (AO), através da análise dos dados da **Figura 21** verifica-se globalmente que:

- o n.º de horas de trabalho suplementar dos assistentes operacionais cresceu de forma bastante significativa entre 2018 e 2022, com uma taxa de variação global de 68,1% (tendo atingido o seu valor máximo no ano de 2021, coincidindo com um pico da pandemia);
- não obstante o crescimento do número de assistentes operacionais registado no período considerado,³⁴ verifica-se um aumento significativo do número médio de HTS por AO (+27h por profissional em média anual).
- neste contexto, verifica-se um crescimento da importância do trabalho suplementar face ao tempo de trabalho base dos AO (tendo a sua representatividade no volume global de trabalho destes profissionais passado de 4,3% em 2018 para 5,9% em 2022 — o que indicia que a sua atividade “regular” está mais dependente das HTS, apesar de bastante menos do que no caso dos outros grupos profissionais já analisados).

³⁴ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

Figura 21 – Assistentes Operacionais – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)

Ano	HTS	HTS/NP	HTS/HBT
2018	1 809 916	72	4,3%
2019	2 257 572	83	4,9%
2020	2 669 859	88	5,2%
2021	3 160 490	101	6,0%
2022	3 042 847	99	5,9%

No que respeita à caracterização por género do trabalho suplementar realizado pelos assistentes operacionais (**Quadro 16**), verifica-se que;

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nas profissionais do sexo feminino, parcialmente alinhada com a elevada taxa de feminização verificada neste grupo profissional;
- contudo, e em linha com o identificado globalmente para o SNS, ao analisarmos a distribuição do número médio de HTS por AO, verificamos uma situação distinta, em que os profissionais do sexo masculino apresentam em média, um maior valor de horas de trabalho suplementar por profissional (em média, para o período considerado, os homens fizeram mais 80 HTS, por ano, em média, do que as mulheres). Para ambos os sexos o volume médio de trabalho suplementar aumentou claramente (+28 horas nas mulheres e +29 horas nos homens);
- tal realidade evidencia que a disponibilidade para a realização do trabalho suplementar é, também no caso deste grupo profissional, distinta em função do género, correspondendo a lógicas de organização familiar e de divisão de tarefas domésticas, que favorecem que os membros masculinos assumam uma maior disponibilidade para o trabalho suplementar no SNS em provável detrimento de outras tarefas do foro doméstico ou familiar, estas predominantemente ainda sob responsabilidade das mulheres. Efetivamente, a proporção das HTS face ao HBT representada na parte final do quadro, demonstra que os AO homens apresentam cerca do dobro da “disponibilidade” das AO mulheres, face ao seu tempo de horário base, para realizar trabalho suplementar.

Quadro 16 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por género

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Feminino	1 058 883	1 361 990	1 640 404	2 030 034	1 982 824	↑ 87,3%
Masculino	751 033	895 582	1 029 455	1 130 456	1 060 023	↑ 41,1%
HTS/NP						
Feminino	54	64	69	83	82	↑ 51,9%
Masculino	131	150	155	168	160	↑ 22,1%
HTS/HBT						
Feminino	3,2%	3,8%	4,1%	4,9%	4,8%	↑ 50,0%
Masculino	7,8%	8,9%	9,2%	10,0%	9,5%	↑ 21,8%

Quanto ao trabalho suplementar realizado pelos assistentes operacionais por grupo etário, a análise dos dados do **Quadro 17**, evidencia que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos assistentes operacionais situados nos escalões etários compreendidos entre 45 e os 64 anos, com particular incidência nos profissionais com idades entre os 45 e os 54 anos, que realizaram mais de um milhão de HTS em 2022;
- os assistentes operacionais enquadrados nos escalões etários compreendidos entre os 35 e os 54 anos são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por AO;
- verificou-se um crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar para todos os escalões etários considerados, embora mais intenso nos grupos mais jovens;
- o contributo das HTS face ao tempo de trabalho base dos AO é mais marcado no grupo entre os 45 e 54 anos (6,4% em 2022). Embora tenha aumentado, no período, para os AO de todas as idades.

Quadro 17 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por grupo etário

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Variação
Menos de 35 anos	175 878	262 840	343 677	470 977	437 448	↑ 148,7%
Entre 35 e 44 anos	384 605	486 724	579 758	677 700	639 428	↑ 66,3%
Entre 45 e 54 anos	609 969	737 398	888 201	1 033 103	1 035 859	↑ 69,8%
Entre 55 e 64 anos	584 658	685 576	770 685	890 987	835 976	↑ 43,0%
65 ou mais anos	54 806	85 034	87 537	87 723	94 136	↑ 71,8%
HTS/NP						
Menos de 35 anos	57	75	71	92	90	↑ 57,9%
Entre 35 e 44 anos	67	80	86	103	103	↑ 53,7%
Entre 45 e 54 anos	77	88	96	109	108	↑ 40,3%
Entre 55 e 64 anos	75	83	89	99	92	↑ 22,7%
65 ou mais anos	68	89	87	89	88	↑ 29,4%
HTS/HBT						
Menos de 35 anos	3,4%	4,4%	4,2%	5,4%	5,3%	↑ 55,9%
Entre 35 e 44 anos	4,0%	4,7%	5,1%	6,1%	6,1%	↑ 52,5%
Entre 45 e 54 anos	4,6%	5,2%	5,7%	6,5%	6,4%	↑ 39,1%
Entre 55 e 64 anos	4,4%	4,9%	5,3%	5,9%	5,4%	↑ 22,7%
65 ou mais anos	4,1%	5,3%	5,2%	5,3%	5,2%	↑ 26,8%

No que respeita à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos assistentes operacionais por setor produtivo do SNS (**Quadro 18**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de HTS do grupo profissional nos AO do setor hospitalar, em linha com a maior proporção de AO existentes neste setor produtivo do SNS;
- todavia, os assistentes operacionais afetos aos serviços centrais são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional, seguidos dos AO afetos aos CSP. Neste indicador, os AO do setor hospitalar são, contrariamente ao que sucede com outros grupos profissionais, os que apresentam menor sobrecarga relativa de HTS por profissional;
- esta situação é particularmente visível através da representatividade que o trabalho suplementar assume no volume global de tempo de trabalho dos AO dos serviços centrais, e

que ascende a cerca de 13% em 2022. Refira-se todavia, que nos dados trabalhados sobre HTS, os AO identificados no setor dos SC são apenas 208;

- observou-se um crescimento do número médio de HTS por AO, por ano, ao longo do período, principalmente nos CSH (+28 horas) e nos CSP (+20 horas).

Quadro 18 — Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por setor produtivo

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CSP	225 599	227 277	259 012	393 386	281 526	↑ 24,8%
CSH	1 540 641	1 987 735	2 364 516	2 717 979	2 716 918	↑ 76,3%
SC	43 676	42 561	46 331	49 125	44 404	↑ 1,7%
HTS/NP						
CSP	85	87	82	127	105	↑ 23,5%
CSH	69	81	87	98	97	↑ 40,6%
SC	200	217	222	236	213	↑ 6,5%
HTS/HBT						
CSP	5,1%	5,2%	4,9%	7,6%	6,3%	↑ 23,5%
CSH	4,1%	4,8%	5,2%	5,8%	5,7%	↑ 39,0%
SC	11,9%	13,0%	13,2%	14,1%	12,7%	↑ 6,7%

Relativamente à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos assistentes operacionais por região (**Quadro 19**), verifica-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar dos profissionais que trabalham nas ARS Norte e LVT, relacionada com o facto de estas regiões concentrarem a atividade das principais (e maiores) instituições de prestação de cuidados de saúde no SNS;
- contudo, os assistentes operacionais afetos à região Alentejo são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional em todo o período de análise considerado, facto que, como já antes realçado, mereceria maior investigação. De notar que na ARS LVT a média de HTS realizada por AO é, ao contrário, a menor do país;
- foi também na ARS Alentejo que se verificou o maior crescimento do número médio de horas de trabalho suplementar por profissional no período analisado (+49 horas), sendo ainda de sublinhar o acréscimo registado na Região Centro (+36 horas);
- em termos do peso das HTS face ao HBT dos AO destaca-se ainda a ARS Alentejo (8,2% em 2022) e, por outro lado, a ARS Norte, com 6,3%. O contributo das HTS face ao horário base dos AO cresceu, no período, em todas as ARS.

Quadro 19 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais por região

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Norte	641 672	812 756	984 769	1 092 182	1 114 343	↑ 73,7%
Centro	329 334	418 257	463 240	651 513	588 228	↑ 78,6%
LVT	617 137	747 259	900 558	1 022 935	974 494	↑ 57,9%
Alentejo	124 860	153 440	188 757	258 198	224 562	↑ 79,9%
Algarve	96 915	125 861	132 535	135 662	141 220	↑ 45,7%
HTS/NP						
Norte	78	86	91	101	105	↑ 34,6%
Centro	64	77	77	108	100	↑ 56,3%
LVT	66	77	85	91	86	↑ 30,3%
Alentejo	89	105	115	154	138	↑ 55,1%
Algarve	80	102	94	92	100	↑ 25,0%
HTS/HBT						
Norte	4,6%	5,1%	5,4%	6,0%	6,3%	↑ 37,0%
Centro	3,8%	4,6%	4,6%	6,4%	5,9%	↑ 55,3%
LVT	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,0%	↑ 28,2%
Alentejo	5,3%	6,3%	6,9%	9,2%	8,2%	↑ 54,7%
Algarve	4,8%	6,1%	5,6%	5,5%	5,9%	↑ 22,9%

No que respeita à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos AO nas 10 instituições em que o mesmo assume maior relevância (**Quadro 20**), verifica-se que:

- existe, de modo expectável, uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais afetos às instituições de maior dimensão, com especial destaque para os CH e Universitários de Coimbra, de Lisboa Norte, de São João, Lisboa Central, de Santo António e do Algarve. Destacam-se ainda o volume de HTS de AO no CH do Tâmega e Sousa, tendo quadruplicado o número global de HTS realizadas pelos assistentes operacionais, e em Hospitais de menor dimensão, como o CH do Tâmega e Sousa, ou o Hospital Garcia de Orta, na cintura de Lisboa, todos com marcados crescimentos nas HTS de AO;
- todavia, são os assistentes operacionais afetos ao INFARMED, ACSS e SGMS que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional, por ano, em todo o período de análise considerado, e em nenhum destes casos estarão envolvidos na prestação direta de cuidados de saúde. Pode ser o caso de exercerem funções distintas de apoio à gestão, incluindo como motoristas, mas os dados disponibilizados ao PLANAPP não permitem confirmar nem excluir esta hipótese;
- à exceção dos AO ao serviço da ARS Alentejo, que exibem um elevado número médio anual de horas de trabalho suplementar praticado por profissional, e uma clara dinâmica de crescimento, nesta métrica de carga de trabalho dos AO são os serviços centrais — todos, em geral —, e não os serviços clínicos de primeira linha, que mais se destacam;
- há que referir que foi no CH do Tâmega e Sousa e no INFARMED que se verificou o maior incremento do número médio de horas de trabalho suplementar dos assistentes operacionais entre 2018 e 2022, com crescimentos médios relativamente superiores a 100h por profissional (no caso do INFARMED superior a 200h, ascendendo a um valor de 679 horas médias de trabalho suplementar por AO, por ano) e terminando o período com o total de HTS por AO a

representar mais de 40% do tempo de trabalho base³⁵. Pela dimensão relativa deste sobre esforço, em especial em entidades como o INFARMED ou a ACSS e a Secretaria-Geral, estas entidades poderão detalhar os factos na origem destes valores.

Quadro 20 – Trabalho suplementar dos Assistentes Operacionais – 10 entidades mais relevantes

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CH e Universitário de Coimbra	110 978	124 695	145 617	229 756	232 253	↑ 109,3%
CH Universitário de Lisboa Norte	135 894	161 961	162 084	197 783	188 095	↑ 38,4%
CH Universitário de S. João	154 052	172 297	152 837	126 294	133 095	↓ -13,6%
CH do Tâmega e Sousa	30 848	51 917	81 377	93 542	127 618	↑ 313,7%
CH Universitário de Lisboa Central	95 783	121 676	137 105	128 620	119 129	↑ 24,4%
CH de Lisboa Ocidental	52 137	70 092	115 077	130 039	118 674	↑ 127,6%
CH de Entre o Douro e Vouga	75 851	102 462	113 273	105 022	116 219	↑ 53,2%
CH Universitário de Santo António	64 816	96 864	87 585	95 303	113 015	↑ 74,4%
CH Universitário do Algarve	73 661	102 323	102 799	88 335	110 211	↑ 49,6%
Hospital Garcia de Orta	48 002	62 309	87 679	98 629	93 989	↑ 95,8%
HTS/NP						
Infarmed	465	443	770	867	679	↑ 46,0%
ACSS	366	405	393	411	390	↑ 6,6%
SGMS	355	421	429	445	377	↑ 6,2%
SICAD	254	292	314	270	270	↑ 6,3%
ARS do Alentejo	171	186	150	186	267	↑ 56,1%
IPST	255	273	217	256	247	↓ -3,1%
DGS	271	284	508	305	239	↓ -11,8%
INEM	224	183	144	184	229	↑ 2,2%
CH do Tâmega e Sousa	64	96	129	140	183	↑ 185,9%
Hospital da Sra. da Oliveira - Guimarães	136	144	141	159	171	↑ 25,7%
HTS/HBT						
Infarmed	27,7%	26,4%	45,8%	51,6%	40,4%	↑ 45,8%
ACSS	21,8%	24,1%	23,4%	24,5%	23,2%	↑ 6,4%
SGMS	21,1%	25,1%	25,6%	26,5%	22,4%	↑ 6,2%
SICAD	15,1%	17,4%	18,7%	16,1%	16,1%	↑ 6,6%
ARS do Alentejo	10,7%	11,7%	9,4%	11,4%	15,9%	↑ 48,6%
IPST	15,4%	16,4%	13,0%	15,4%	14,8%	↓ -3,9%
DGS	16,1%	16,9%	30,2%	18,2%	14,2%	↓ -11,8%
INEM	13,4%	10,9%	8,6%	11,0%	13,6%	↑ 1,5%
CH do Tâmega e Sousa	3,6%	5,5%	7,4%	8,1%	10,9%	↑ 202,8%
Hospital da Sra. da Oliveira - Guimarães	8,1%	8,6%	8,4%	9,5%	10,2%	↑ 25,9%

Médicos Internos

Relativamente à caracterização do trabalho suplementar dos médicos internos do SNS (Figura 22), verifica-se globalmente que:

- o n.º de horas de trabalho suplementar dos médicos internos cresceu entre 2018 e 2022, a uma taxa de variação global de 36,7%, apresentando o seu valor máximo no ano de 2021 (aspeto relacionado, seguramente, com a pandemia);

³⁵ Tal como já referido, os AO que, no setor dos serviços centrais surgem na base de dados disponibilizada pela ACSS ao PLANAPP são 208. No caso dos serviços com maior sobrecarga avaliada em função do nº de HTS/NP e da % de HTS/HBT (Quadro 20), são os seguintes: ACSS: 8; Direção-Geral da Saúde: 10; Infarmed: 6; INEM: 8; IPST: 82; Secretaria-Geral do Ministério da Saúde: 15; SICAD: 3. É de supor que em vários destes casos, estes AO com volume elevado de HTS sejam motoristas, ou, eventualmente em entidades como o IPST, AO em escalas de prevenção “permanentes”.

- não obstante o crescimento do número de internos registado no período³⁶, verifica-se um aumento significativo do número médio de HTS por interno (+33h por profissional, em média anual);
- neste contexto, observa-se um ligeiro crescimento da importância do tempo de trabalho suplementar no tempo de trabalho base de atividade regular desenvolvida pelos médicos internos (a representatividade das HTS no volume de horas trabalho base destes profissionais, cresceu de 7,2% em 2018 para 8,9% em 2022).

Figura 22 – Médicos Internos – resumo dos indicadores-chave do trabalho suplementar (2018-2022)

Ano	HTS	HTS/NP	HTS/HBT
2018	1 253 125	138	7,2%
2019	1 274 815	133	6,9%
2020	1 789 768	190	9,9%
2021	1 946 910	200	10,4%
2022	1 712 976	171	8,9%

No que respeita à caracterização por género do trabalho suplementar realizado pelos médicos internos (**Quadro 21**), verifica-se que:

- o volume de horas de trabalho suplementar é maioritariamente assegurado pelas profissionais médicas internas (do género feminino), realidade parcialmente alinhada com a taxa de feminização verificada neste grupo profissional;
- contudo, e em linha com o identificado globalmente para o SNS, ao analisarmos a distribuição do número médio de HTS anuais por trabalhador, verificamos uma situação distinta, em que os profissionais do género masculino realizam em média, um número mais elevado de horas de trabalho suplementar por profissional do que as do género feminino (diferencial em média superior a 50 HTS por ano, no período considerado);
- tal realidade reflete-se também nos valores da métrica HTS/HBT, com o significado do contributo das HTS face ao horário base a ser, sempre, mais elevado no caso dos internos homens do que o das suas colegas do género feminino;
- mais uma vez, e apesar de estarmos perante outro grupo profissional de idade média menor do que os anteriores, e integrante de gerações mais jovens, os dados demonstram que a disponibilidade para a realização do trabalho suplementar é, também no caso dos médicos internos, distinta em função do género, correspondendo a lógicas de organização da vida profissional e da vida privada / familiar tendencialmente diferenciadas em função do género,

³⁶ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

com os elementos masculinos a assumirem uma maior disponibilidade média para o trabalho suplementar no SNS do que as jovens mulheres internas;

- esta situação, já anteriormente identificada, parece corresponder a lógicas de organização familiar e divisão de tarefas domésticas em que os membros masculinos assumem uma maior disponibilidade e enfoque no trabalho, em detrimento de outras tarefas do foro familiar e doméstico, que continuam a recair predominantemente sobre as mulheres. Face à diferença de comportamento evidenciada pelos profissionais de saúde em função do género, esta realidade deverá ser tida em conta e assumir relevo em qualquer exercício de planeamento e de afetação dos RHS no SNS, como já sublinhado;
- para ambos os sexos o volume médio anual das HTS dos internos cresce mais de 30 HTS/ano, no período (+34 HTS nas mulheres e +32 HTS nos internos homens), evidenciando o aumento da sobrecarga com trabalho suplementar no período.

Quadro 21 — Trabalho suplementar dos Médicos Internos por género

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Feminino	738 952	761 140	1 100 835	1 207 478	1 066 827	↑ 44,4%
Masculino	514 173	513 675	688 932	739 431	646 149	↑ 25,7%
HTS/NP						
Feminino	121	117	171	181	155	↑ 28,1%
Masculino	175	167	229	242	207	↑ 18,3%
HTS/HBT						
Feminino	6,3%	6,1%	8,9%	9,4%	8,1%	↑ 28,6%
Masculino	9,1%	8,7%	12,0%	12,6%	10,8%	↑ 18,7%

Quanto à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos internos por grupo etário (**Quadro 22**), verifica-se que:

- existe uma clara e inevitável concentração da distribuição do volume de HTS nos profissionais médicos internos mais jovens, associado à matriz formativa e de continuidade de estudos que caracteriza este grupo profissional, e à sua expectável passagem para a categoria de especialistas, a par com o aumento da idade. Todavia, os dados disponibilizados pela ACSS ao PLANAPP apresentam HTS de médicos internos identificados com mais de 45 ou mais de 55 anos (e até, residualmente, mais de 65 anos)³⁷;
- os médicos internos mais jovens são os que apresentam maiores valores médios de trabalho suplementar por profissional (atingindo as 174 horas por profissional em 2022);
- verificou-se um crescimento do número médio de HTS no período, homogéneo para os escalões etários considerados, com exceção do escalão etário de topo, o qual assume valores residuais em termos de significância dos seus valores.

³⁷ Destaca-se que no ano de 2022, nos dados do RHV, constavam 85 médicos internos com idade superior aos 45 anos, dos quais há uma pessoa com mais de 65 anos. Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

Quadro 22 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por grupo etário

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Menos de 35 anos	1 163 235	1 182 349	1 654 347	1 762 405	1 561 257	↑ 34,2%
Entre 35 e 44 anos	84 814	88 479	126 549	173 205	143 679	↑ 69,4%
Entre 45 e 54 anos	4 884	3 420	7 969	10 656	7 488	↑ 53,3%
Entre 55 e 64 anos	192	568	903	547	528	↑ 175,0%
65 ou mais anos				96	24	
HTS/NP						
Menos de 35 anos	141	136	193	202	175	↑ 24,1%
Entre 35 e 44 anos	115	112	160	192	145	↑ 26,1%
Entre 45 e 54 anos	66	54	126	122	97	↑ 47,0%
Entre 55 e 64 anos	14	47	64	78	53	↑ 278,6%
65 ou mais anos				32	24	
HTS/HBT						
Menos de 35 anos	7,4%	7,1%	10,0%	10,5%	9,1%	↑ 23,0%
Entre 35 e 44 anos	6,0%	5,8%	8,4%	10,0%	7,6%	↑ 26,7%
Entre 45 e 54 anos	3,4%	2,8%	6,6%	6,4%	5,1%	↑ 50,0%
Entre 55 e 64 anos	0,7%	2,5%	3,4%	4,1%	2,7%	↑ 285,7%
65 ou mais anos				1,7%	1,3%	

No que se refere à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos internos por setor produtivo (**Quadro 23**), verifica-se que:

- o volume de horas de trabalho suplementar é quase exclusivamente realizado pelos médicos internos que trabalham no setor hospitalar;
- os médicos internos afetos aos CSH são os que apresentam maiores valores médios anuais de trabalho suplementar por profissional (212 HTS em 2022);
- esta situação é particularmente visível através da representatividade que o trabalho suplementar tem no tempo global de trabalho base dos profissionais médicos internos dos CSH (apenas 1,2% em 2022, praticamente 10 vezes inferior à dos internos dos CSH);
- verificou-se também um crescimento mais significativo do número médio de HTS de internos nos CSH (+34 horas), conjugado com um ligeiro acréscimo dos valores evidenciados pelos CSP (ressalvando os valores registados em anos críticos de pandemia — 2020 e 2021).

Quadro 23 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por setor produtivo

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CSP	27 902	28 395	141 322	141 588	51 745	↑ 85,5%
CSH	1 225 224	1 246 420	1 648 446	1 805 321	1 661 231	↑ 35,6%
HTS/NP						
CSP	13	14	69	67	24	↑ 84,6%
CSH	178	167	223	237	212	↑ 19,1%
HTS/HBT						
CSP	0,7%	0,7%	3,6%	3,5%	1,2%	↑ 71,4%
CSH	9,2%	8,7%	11,6%	12,4%	11,0%	↑ 19,6%

No que respeita à caracterização do trabalho suplementar realizado pelos médicos internos por região (**Quadro 24**), verifica-se que:

- existe uma concentração muito elevada, e desproporcionada, do volume de horas de trabalho suplementar nos médicos internos que trabalham na região de LVT, e, mas em menor escala, na região Norte;
- Os médicos internos afetos principalmente a entidades da ARS LVT, mas também do Alentejo, são os que apresentam maior sobrecarga com trabalho suplementar (dados os valores médios anuais de HTS por interno e por região), e em todo o período de análise considerado, o que parece indiciar a disparidade relativa entre regiões na desigualdade de médicos do SNS face à população já estudada pelo PLANAPP;
- é de salientar a conseqüente desigual representatividade das horas de trabalho suplementar, no volume global de horas de trabalho base dos médicos internos, verificadas na Região de LVT e do Alentejo em 2022 (12,1% e 11,4%, respetivamente);
 - também foi nestas regiões que se verificou o maior crescimento do número médio anual de HTS de internos, no período, mais 54 horas em LVT e mais 47 horas no Alentejo. É ainda de referir um acréscimo de 35 horas na Região Algarve do volume médio de trabalho suplementar realizado pelos internos aí sedeados;
 - esta realidade evidencia um agravamento das desigualdades entre regiões quanto à sobrecarga de médicos internos com HTS, o que poderá ter conseqüências na capacidade das entidades dessas mesmas regiões os conseguirem reter a posteriori, aquando da sua passagem a especialistas — hipótese que parece merecer investigação por parte do Ministério da Saúde, dada a criticidade deste grupo profissional.

Quadro 24 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos por região

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
Norte	351 717	355 190	519 987	531 996	467 094	↑ 32,8%
Centro	213 511	188 923	251 082	302 696	259 267	↑ 21,4%
LVT	606 188	643 981	870 113	960 976	868 969	↑ 43,3%
Alentejo	51 302	51 629	93 299	88 811	67 953	↑ 32,5%
Algarve	30 407	35 091	55 286	62 430	49 693	↑ 63,4%
HTS/NP						
Norte	107	98	144	147	127	↑ 18,7%
Centro	123	105	139	168	139	↑ 13,0%
LVT	178	185	257	265	232	↑ 30,3%
Alentejo	171	174	308	296	218	↑ 27,5%
Algarve	89	96	162	169	124	↑ 39,3%
HTS/HBT						
Norte	5,6%	5,1%	7,5%	7,6%	6,6%	↑ 17,9%
Centro	6,4%	5,5%	7,2%	8,8%	7,2%	↑ 12,5%
LVT	9,3%	9,7%	13,4%	13,8%	12,1%	↑ 30,1%
Alentejo	8,9%	9,1%	16,0%	15,4%	11,4%	↑ 28,1%
Algarve	4,6%	5,0%	8,4%	8,8%	6,5%	↑ 41,3%

No que respeita ao trabalho suplementar realizado pelos médicos internos nas 10 instituições mais relevantes quanto a esta linha de análise, o **Quadro 25** sintetiza a informação, verificando-se que:

- existe uma elevada concentração do volume de horas de trabalho suplementar nos profissionais médicos internos afetos aos grandes CH e Universitários de Lisboa Norte, Lisboa Central e Coimbra. Os CH e Universitários de São João e Santo António, da ARS Norte, também constam no *ranking*, mas com menor expressividade;
- em termos da distribuição média da carga de trabalho suplementar por profissional, verificam-se algumas diferenças nas instituições, por comparação com os valores absolutos apresentados. Assim, apesar de se verificar que a carga média anual de trabalho suplementar dos internos se mantém bastante elevada nos CH Universitários de Lisboa Norte e Lisboa Central, e no Hospital Fernando da Fonseca, a sobrecarga por interno surge agora como muito significativa em unidades hospitalares de menor dimensão e localizadas em zonas fora das grandes áreas metropolitanas, em especial no caso do CH do Oeste (com 474 HTS por médico interno, em média, no ano de 2022), nas ULS do Baixo Alentejo e do Litoral Alentejano, e no Hospital Garcia de Orta;
- quanto à dinâmica evolutiva das horas médias de trabalho suplementar, esta é bastante distinta de acordo com cada instituição (não obstante se verificar aumento em todas as instituições), sendo de destacar os crescimentos fortes ocorridos no CH do Oeste, CH e Universitário de Lisboa Norte e Hospital Fernando da Fonseca (respetivamente, +369h, +124h e +102h de trabalho suplementar por médico interno, no período);
- saliente-se o contributo elevado das HTS face ao volume global de horas de trabalho base dos médicos internos, verificada no CH e Universitário de Lisboa Norte e no CH do Oeste (em 2022 era superior a 20%, tendo incrementado perto de 20 pp no caso do CH do Oeste), ambas situadas na ARS LVT;
- à luz destes dados seria muito importante o Ministério da Saúde estudar detalhadamente a relação entre recurso a TS de médicos internos com o número dos ETC de médicos especialistas, começando pelos grandes Centros Universitários, e aprofundando nestes outros casos de hospitais com grande sobrecarga. As disparidades verificadas parecem apontar para grandes desigualdades na escassez relativa de ETC de médicos, à partida, entre as diferentes instituições do SNS.

Quadro 25 – Trabalho suplementar dos Médicos Internos – 10 entidades mais relevantes

Total de HTS	2018	2019	2020	2021	2022	Varição
CH Universitário de Lisboa Norte	213 114	235 861	299 425	328 903	284 763	↑ 33,6%
CH Universitário de Lisboa Central	142 983	141 998	152 229	150 354	147 994	↑ 3,5%
CH e Universitário de Coimbra	104 623	86 632	107 027	133 653	130 313	↑ 24,6%
Hospital Fernando Fonseca	58 269	60 928	89 977	94 976	87 657	↑ 50,4%
CH de Lisboa Ocidental	70 614	69 685	82 119	94 240	87 114	↑ 23,4%
CH Universitário de S. João	78 285	76 341	98 634	87 223	79 767	↑ 1,9%
CH Universitário de Santo António	57 317	55 678	67 377	80 395	70 977	↑ 23,8%
Hospital Garcia de Orta	38 819	41 385	52 244	53 881	55 723	↑ 43,5%
CH do Oeste	10 336	23 000	45 991	69 811	52 576	↑ 408,7%
CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	49 265	43 524	39 392	47 456	49 517	↑ 0,5%
HTS/NP						
CH Universitário de Lisboa Norte	362	385	508	535	486	↑ 34,3%
CH do Oeste	105	213	505	623	474	↑ 351,4%
Hospital Fernando Fonseca	239	244	350	374	341	↑ 42,7%
ULS do Baixo Alentejo	249	263	315	312	281	↑ 12,9%
ULS do Litoral Alentejano	224	236	422	491	268	↑ 19,6%
CH Universitário de Lisboa Central	253	244	283	267	266	↑ 5,1%
Hospital Garcia de Orta	204	206	265	262	263	↑ 28,9%
Hospital de Vila Franca de Xira				158	260	
CH de Entre o Douro e Vouga	221	225	224	262	258	↑ 16,7%
Hospital do Espírito Santo de Évora	170	171	322	306	232	↑ 36,5%
HTS/HBT						
CH Universitário de Lisboa Norte	18,8%	20,0%	26,5%	27,9%	25,3%	↑ 34,6%
CH do Oeste	5,5%	11,1%	26,3%	32,5%	24,7%	↑ 349,1%
Hospital Fernando Fonseca	12,4%	12,7%	18,3%	19,5%	17,8%	↑ 43,5%
ULS do Baixo Alentejo	13,0%	13,8%	16,4%	16,3%	14,6%	↑ 12,3%
ULS do Litoral Alentejano	11,7%	12,3%	22,0%	25,6%	14,0%	↑ 19,7%
CH Universitário de Lisboa Central	13,2%	12,7%	14,8%	13,9%	13,8%	↑ 4,5%
Hospital Garcia de Orta	10,6%	10,7%	13,8%	13,6%	13,7%	↑ 29,2%
Hospital de Vila Franca de Xira				8,2%	13,6%	
CH de Entre o Douro e Vouga	11,5%	11,7%	11,7%	13,6%	13,4%	↑ 16,5%
Hospital do Espírito Santo de Évora	8,9%	8,9%	16,8%	16,0%	12,1%	↑ 36,0%

2.6. Contributo do trabalho suplementar avaliado em número de Equivalentes a Tempo Completo (ETC)

No âmbito da análise efetuada, considera-se relevante proceder a uma equiparação (teórica) do número de horas de trabalho suplementar à quantificação do número de profissionais que as mesmas representam, por conversão das HTS no número de profissionais correspondente (em ETC).

Esta conversão pode ser encarada, com as devidas ressalvas, como uma *proxy* da escassez, ou das necessidades adicionais de profissionais, aferidas precisamente através dos ETC representados pelo tempo de trabalho suplementar em que as entidades do SNS investem. Esta avaliação só não será uma medida de escassez e de necessidade de RH adicionais, se o recurso ao trabalho suplementar, em certas entidades específicas, não estiver a ser, por algum motivo, otimizado — o que, em todo o caso, e com base na muita informação já disponível, pode sempre ser analisado e aferido por comparação entre entidades concretas com quadros de profissionais díspares à partida e *benchmarking* entre instituições e regiões com densidades de RH distintas face à população servida.

Todavia, há que ter presente que não é expectável, nem sequer porventura desejável, a eliminação por completo do trabalho suplementar num setor como o SNS. Para além da existência de picos de atividade, relacionados com a sazonalidade da mesma (por exemplo, como o impacto dos fenómenos gripais na atividade de serviços de internamento no inverno), o mesmo estará sempre inevitavelmente associado a períodos de férias dos profissionais, que exigem e implicam o recurso a HTS para a sua intersubstituição. Ressalvados estes aspetos gestionários normais, é, no entanto, um facto que o recurso sistemático, crescente e generalizado a HTS deixou de ser “normal”, ao indicar que existem necessidades permanentes que estão a ser “colmatadas”, de uma forma insustentável, pela sobrecarga excessiva e continuada de trabalho dos profissionais das entidades do SNS com este tipo de “solução extraordinária”, mesmo se, como vimos, em certos grupos profissionais setores e regiões e de forma díspar no SNS. Tal facto, por sua vez, terá consequências na satisfação e saúde dos próprios profissionais, evidenciando, por outro lado, ausência de planeamento adequado de necessidades de RH, ao nível nacional e regional.

Em 2022, concretamente, e tal como evidenciado na **Figura 23**, o número de HTS equipara-se assim ao trabalho de 11 248,8 ETC de profissionais adicionais, com especial destaque para os grupos profissionais dos enfermeiros (3 740,7 ETC), dos médicos especialistas (2 760,6 ETC), dos AO (1 811,2 ETC) e dos médicos internos (892,2 ETC).

Figura 23 – Horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC_HTS) por grupo profissional (2018-2022)



A figura evidencia também que a valorização em ETC do total de HTS (ETC-HTS) sofreu, para o total dos profissionais do SNS, um crescimento muito marcado de 7 357 para 11 249 ETC-HTS, cerca de 53% no período.

Entre os distintos grupos profissionais, destacam-se os Enfermeiros, com um crescimento de aproximadamente 96% (quase duplicando) na métrica ETC-HTS, no período, seguidos pelos Assistentes Operacionais com um crescimento de cerca de 68% e, seguidamente, os Médicos Especialistas, com um crescimento médio de 17% de ETC-HTS adicionais entre 2018 e 2022. A situação dos TSDT, com um crescimento de 57% entre 2018 e 2022, relaciona-se, sobretudo, com a tendência de crescimento deste grupo profissional no SNS³⁸.

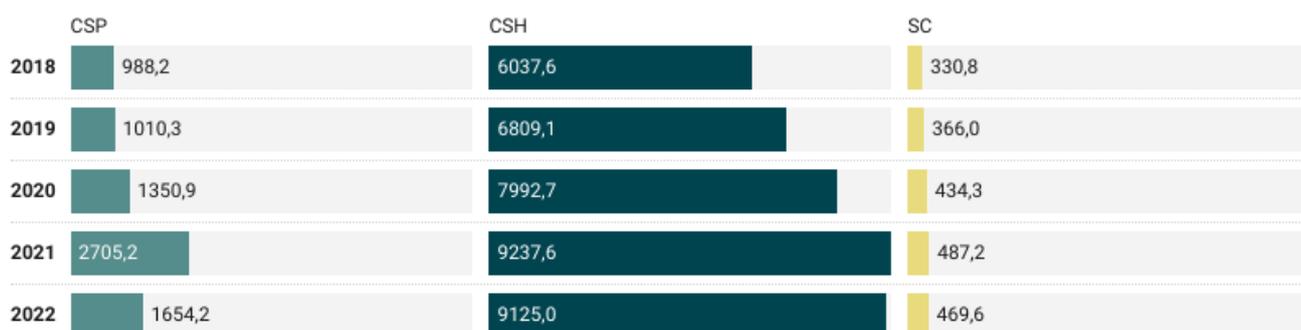
A este tipo de análise acresce a das necessidades (tendencialmente permanentes) que têm sido supridas pelo recurso às prestações de serviços clínicos, por profissionais (“tarefeiros”) externos às instituições, matéria sobre a qual incide o capítulo seguinte deste Estudo.

Em termos de distribuição por setores, a **Figura 24** evidencia que é efetivamente o setor hospitalar aquele em que o recurso a trabalho suplementar representa mais ETC, dando nota da eventual escassez relativa de RH mais intensa neste domínio. Em 2022, as HTS realizadas nos CSH representavam cerca de 81% do total de HTS do SNS.

No caso dos CSP verifica-se claramente o impacto da pandemia, com um pico no ano de 2021.

Já no setor dos Serviços Centrais, embora com menor “volume”, o número de ETC que as HTS representam é significativo, face à reduzida dimensão relativa do setor, e exhibe também uma forte tendência de crescimento nos cinco anos em análise.

Figura 24 – Horas de trabalho suplementar convertidas em ETC (ETC-HTS) por setor (2018-2022)



³⁸ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

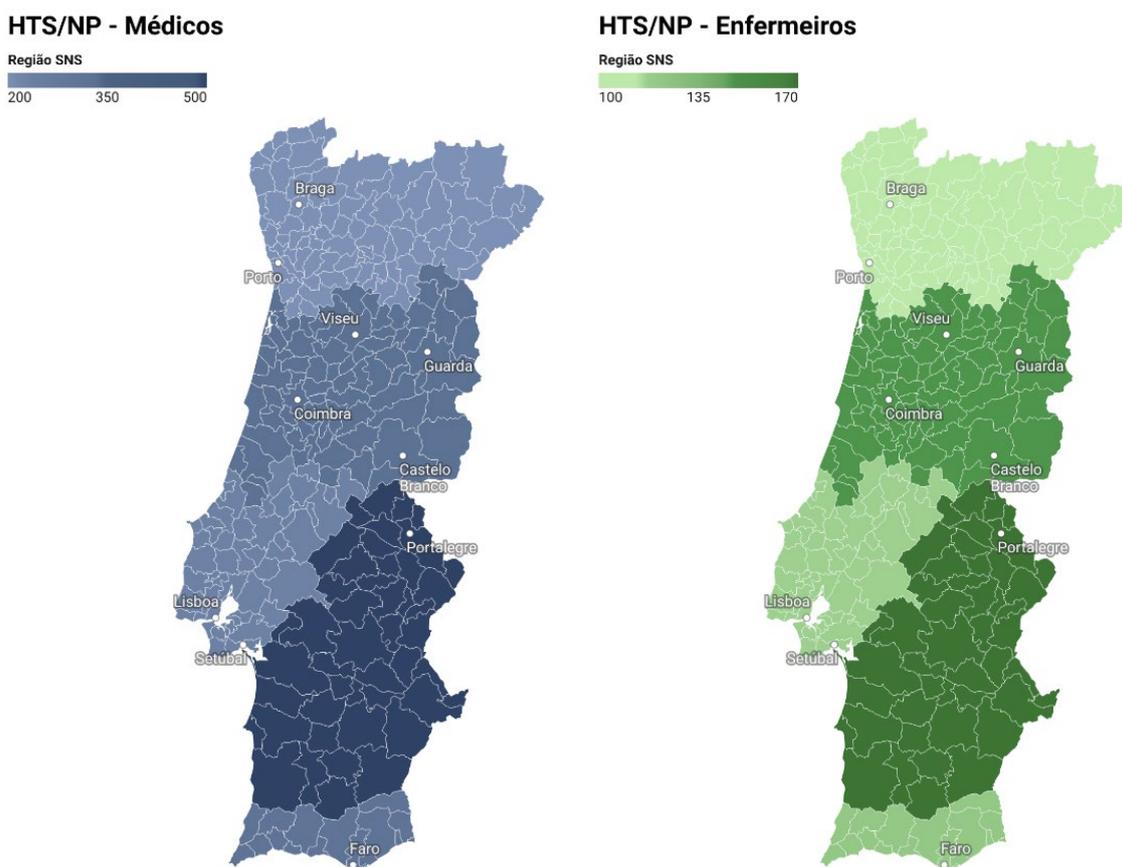
2.7. Análise da dimensão regional – disparidades no território nacional

Tal como destacado anteriormente nas Figuras 3 e 5, verifica-se uma grande heterogeneidade nos recursos às HTS por parte das entidades do SNS, quando analisadas com base na ARS a cujo território pertencem.

2.7.1. Mapeamento da sobrecarga de trabalho suplementar por região

A **Figura 25** adiciona uma nova dimensão a esta análise ao mapear, por região, a sobrecarga por profissional (HTS/NP), quanto às HTS que realizam, em média anual. A análise foi efetuada para todos os médicos e enfermeiros do SNS, no último ano disponível, e considerando as “fronteiras” das ARS então legalmente vigentes.

Figura 25 – Representação por ARS da média de horas de trabalho suplementar por profissional (HTS/NP) – Médicos³⁹ e Enfermeiros (2022)



A média anual de HTS por NP constitui, como já explicado, um indicador de pressão ou sobrecarga de trabalho sobre os profissionais do SNS. Ainda que o recurso a HTS seja sempre expectável entre os profissionais, para responderem a alguma sazonalidade epidemiológica ou períodos de férias, a

³⁹ Este grupo profissional agrega os Médicos Especialistas e Médicos Internos.

elevada concentração de HTS em determinados grupos profissionais, por longo período de tempo, tende a ocasionar problemas de desgaste e *burnout* na força de trabalho do SNS.

Os mapas apresentados evidenciam que o grupo dos médicos efetua médias de HTS, por ano e por profissional, significativamente mais altas em comparação com os enfermeiros, em todas as regiões. Recorde-se, todavia, que os dados da ACSS não permitem distinguir HTS de prevenção das realizadas em presença física e, por este motivo, não se consegue descortinar se, eventualmente, o regime de prevenção assume maior importância relativa no caso dos médicos, face ao dos enfermeiros.

A região do Alentejo destaca-se por apresentar as médias de HTS por profissional mais elevadas, tanto para médicos (494,6 HTS/NP) quanto para enfermeiros (169,60 HTS/NP), indiciando uma possível necessidade de análise detalhada de carga de trabalho e escassez de recursos humanos nessa região. Em contraste, a ARS Norte exibe a média mais baixa de HTS por médicos (201,70 HTS/NP) e por enfermeiros (113,50 HTS/NP), apresentando as menores sobrecargas relativas dos seus profissionais, por comparação com as demais ARS. Isto significa que, em média, um médico que trabalhe numa instituição do SNS na ARS Alentejo fará o dobro de horas suplementares do seu homólogo da ARS Norte; enquanto no caso dos enfermeiros, um enfermeiro do SNS que trabalhe na região do Alentejo realizará, em média, cerca de 50% mais trabalho suplementar do que os seus colegas da ARS Norte. Estes factos evidenciam desigualdades regionais marcadas no esforço e sobrecarga de médicos e enfermeiros do SNS e têm implicações na (in)capacidade de recrutamento e retenção dos mesmos, exigindo políticas públicas customizadas em função destas condicionantes.

As outras regiões (Centro, LVT e Algarve) apresentam valores intermediários de HTS, com ligeiras diferenças entre os grupos de médicos e enfermeiros.

Em todos estes casos, procurar alcançar um maior equilíbrio entre regiões em termos do recurso a HTS, e sobrecarga que daí resulta, é, para além de uma boa orientação do ponto de vista de gestão, uma medida que influencia e condiciona a qualidade e a disponibilidade dos próprios serviços do SNS.

2.7.2. Importância do trabalho suplementar face às densidades de RH do SNS por região e setor

Uma análise das disparidades regionais que completa a anterior, resulta de mapearmos a posição de cada ARS, por setor produtivo (cuidados de saúde primários vs. hospitalares), segundo a proporção (%) de HTS no horário base de trabalho (HTS/HBT) *vis-à-vis* a densidade dos respetivos profissionais do SNS na população da ARS, uma medida desenvolvida no Estudo anterior desta série⁴⁰.

Num cenário de alocação “ideal” dos Recursos Humanos do SNS, as HTS deveriam ser utilizadas para colmatar lacunas e contribuir para a harmonização da resposta assistencial dos RH do SNS, entre as

⁴⁰ Ver Estudo “Os profissionais do SNS - Retrato e Evolução” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/estudo-sobre-profissionais-sns/>).

diferentes Regiões. Neste contexto, as regiões com menor densidade de profissionais do SNS por cada 1 000 residentes, deveriam ser aquelas que mais recorrem a trabalho suplementar, e vice-versa.

A **Figura 26** apresenta os dados para esta análise, colocando cada dimensão num dos eixos e apresentando os resultados em termos de setores (CSH e CSP) e por ARS. Inicialmente, para o total de profissionais do SNS e, de seguida, para os grupos específicos dos médicos e dos enfermeiros.

Figura 26 – Densidade do total de profissionais do SNS face à população (‰) versus proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)



A figura evidencia que os setores de CSP e CSH exibem níveis distintos na respetiva distribuição pelos dois eixos, com os CSP apresentando menor densidade dos profissionais do SNS na população e, também, em regra, menor utilização de HTS face ao tempo da jornada regular de trabalho dos respetivos profissionais. Os CSH, com maiores densidades regionais de RH face à população do que os CSP, apresentam, em geral, maior sobrecarga com o recurso ao trabalho suplementar, avaliado pela métrica HTS/HBT.

Todavia, mesmo dentro de cada um dos dois setores, identificam-se contradições com o que seria teoricamente expetável: no setor dos CSP, ainda que a região de Lisboa (LVT) tenha a menor densidade de profissionais das cinco ARS, é igualmente a que menos utiliza HTS em comparação com as jornadas regulares de trabalho (HTS/HBT). Em contraste e no polo oposto, o Alentejo, que possui a maior densidade de profissionais do SNS face à população, é o que mais recorre às HTS em relação ao horário base de trabalho.

No setor dos CSH, destaca-se a região Centro, que embora seja a região com maior densidade de profissionais SNS na população, recorre às horas de trabalho suplementar em proporção muito superior à das regiões Norte, LVT e Algarve, facto que merece investigação pormenorizada, por parte do Ministério da Saúde, por ser aparentemente contraditório com as expectáveis necessidades da população servida pelo SNS.

A **Figura 27** aprofunda esta análise para o grupo profissional dos médicos.

Figura 27 – Densidade de Médicos⁴¹ do SNS face à população (‰) versus proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)



Nos CSP, a quantidade de médicos por mil habitantes é menos díspar do que no setor hospitalar, mas ainda assim, evidencia um grau de amplitude de cerca de 30% entre as cinco ARS, entre 0,75‰ na ARS LVT e 0,96‰ na ARS Centro. Todavia, o cruzamento deste facto com a percentagem HTS/HBT mostra, mais uma vez, algo não totalmente expetável nem desejável: LVT é a ARS cujos médicos dos CSP menos HTS realizam por comparação com o seu HBT, apesar de ter a menor densidade de médicos de CSP face à população, ao passo que o Alentejo apresenta, com similar densidade destes médicos, o maior recurso relativo a HTS neste setor (11,9%). Na ARS Centro, apesar de ser a região com mais médicos no setor dos CSP, o recurso relativo ao trabalho suplementar não é o menor.

⁴¹ O grupo profissional dos Médicos agrega, nesta figura, os grupos dos Médicos Especialistas e Médicos Internos.

Em geral, a percentagem de HTS/HBT é menor que no CSH, com a exceção notável dos médicos dos CSP do Alentejo, que ultrapassam a percentagem de HTS/HBT dos médicos hospitalares da ARS Norte.

Nos CSH, a densidade de RH médicos é significativamente maior, especialmente no Norte (2,47‰) e Centro (2,45‰), indicando uma maior concentração relativa, já conhecida, dos médicos nos hospitais. A amplitude no CSH é de cerca de 74%, entre 1,42‰ na ARS Alentejo até 2,47‰ na ARS Norte. O recurso ao trabalho suplementar face ao horário base, indicador de sobrecarga para os profissionais, é bastante mais alto neste setor, com destaque para o Alentejo (27,8%), seguido pelo Centro (17,4%) e Algarve (16,8%). O Alentejo apresenta as maiores percentagens de HTS/HBT tanto nos CSP quanto nos CSH, aliada a uma baixa densidade dos profissionais na população, o que retrata conjuntamente a carência de recursos médicos e uma possível sobrecarga de trabalho nos hospitais dessa região.

Em geral, e em termos de comportamentos mais desalinados face ao expectável, destacam-se os médicos dos CSP da ARS LVT, escassos, mas que realizam uma comparativamente reduzida proporção de trabalho suplementar, e os da ARS Centro, comparativamente mais abundantes face à população servida, mas que, ainda assim, apresentam a segunda maior proporção de HTS/HBT em 2022.

Por fim, a **Figura 28** aprofunda esta análise para o grupo profissional dos enfermeiros.

Figura 28 – Densidade de Enfermeiros do SNS face à população (‰) *versus* proporção (%) de horas de trabalho suplementar face ao horário base de trabalho (HTS/HBT) (2022)



Para este grupo profissional, e no setor dos CSP, a quantidade de enfermeiros por mil habitantes varia entre 0,74‰ (LVT) e, quase o dobro, 1,47‰ (Alentejo), mostrando uma distribuição menos uniforme

em comparação com os médicos. Já a percentagem de HTS/HBT varia de 5,6% em LVT até, também quase o dobro, 10,2% mas na região Centro. Nos CSH, a densidade de RH face à população é maior especialmente no Centro (5,01‰) e Norte (4,05‰), indicando uma muito maior concentração de enfermeiros nos hospitais, à semelhança do observado para os médicos.

A percentagem de HTS/HBT de enfermagem é, em geral, menor do que no caso dos RH médicos. Em todo o caso, para o grupo dos enfermeiros, esta proporção é mais alta neste setor dos CSH do que no dos CSP, indiciando possivelmente maior carência relativa de RH de enfermagem hospitalar — hipótese que deve ser investigada em profundidade pelo Ministério da Saúde — destacando-se o Alentejo (10,7%), seguido pelo Centro (8,3%).

Independentemente da identificação das necessidades de recursos de enfermagem na região do Alentejo, à semelhança do diagnóstico com o grupo dos médicos, destacam-se ainda a região LVT que, nos CSP, embora possuam a menor densidade de enfermeiros, também possuem o menor recurso proporcional, e comparativo, a HTS face ao tempo normal da jornada de trabalho. Em contraste, a região Centro, embora possua a melhor densidade de enfermeiros no setor de CSH, é a segunda região que mais recorre a horas de trabalho suplementar, facto em aparente contradição com o que se verifica nas demais regiões e com aquilo que seria teoricamente expetável.

A reter neste capítulo...

- Entre 2018 e 2022, cresceu o recurso a horas de trabalho suplementar (HTS) no SNS, com um pico em 2021 devido à pandemia de COVID-19, seguido por uma redução em 2022, mas atingindo valores bastante superiores aos níveis pré-pandémicos.
- Em 2022, foram prestadas cerca de 20 milhões de horas suplementares no SNS, com um aumento de 51,2% em relação a 2018.
- O recurso a HTS cresceu em todas as Administrações Regionais de Saúde (ARS), com a maior variação na região Norte (+12% ao ano, em média) e a menor no Algarve (+9% ao ano, em média).
- Em termos de sobrecarga dos profissionais do SNS pelo recurso ao trabalho suplementar, a região do Alentejo apresentou, em 2022, (e genericamente em todo o período) a maior média de HTS por profissional de saúde, enquanto a região Norte e LVT apresentaram as menores sobrecargas relativas. A média geral de HTS por profissional cresceu cerca de 5,9 horas por ano no período e a disparidade regional na sobrecarga média de HTS dos profissionais de saúde aumentou, sobretudo a partir da pandemia. Também cresce a proporção do tempo despendido com HTS face ao tempo de trabalho inerente aos horários base dos profissionais, ao longo do período. A sobrecarga dos RH do SNS com a realização de um volume crescente de trabalho suplementar aumentou inequivocamente no período considerado.
- O setor hospitalar concentrou a vasta maioria das HTS, com um aumento significativo em 2021 devido à pandemia, mas é nos Serviços Centrais, como, marcadamente, o INEM, que se verificou a maior sobrecarga de HTS por profissional. Os dados disponibilizados ao PLANAPP não permitem, todavia, distinguir que parte do trabalho suplementar é realizado em presença física ou em prevenção.
- Em termos de entidades mais dependentes do recurso a HTS, verifica-se que estas se concentravam em poucas entidades, com os três maiores Centros Hospitalares do país a representar um quinto do total de HTS em 2022. Contudo, em termos da maior sobrecarga de HTS por profissional, o INEM destaca-se fortemente, refletindo a escassez de recursos humanos permanentes, e apresentando o maior contributo do tempo de HTS face ao do horário base de trabalho. Em regra, este contributo, ou dependência, cresce na generalidade das entidades.

A reter neste capítulo...

- No que respeita ao género, as mulheres realizaram a maioria das HTS do SNS (parcialmente em linha com a elevada taxa de feminização do SNS), mas são os homens que assumem maior sobrecarga individual quando comparamos a média de HTS por profissional em função do género (cerca de +100 HTS por profissional masculino, em média, do que por profissional feminina), realidade que evidencia que a disponibilidade para a realização de trabalho suplementar é claramente distinta neste âmbito.
- Numa análise do trabalho suplementar por grupo etário, verificou-se que os profissionais mais jovens (<35 anos e 35-44 anos) realizaram a maior parte das HTS, mas os profissionais com mais de 55 anos asseguraram, em regra, perto de um quarto do total de trabalho suplementar no SNS e os trabalhadores com 65 anos ou mais apresentavam a maior sobrecarga média de HTS por profissional, facto bastante contraintuitivo. A análise por grupo etário levanta questões relativas à sustentabilidade do recurso sistemático a HTS, em especial para certos grupos profissionais com tendência para o envelhecimento.
- Relativamente à desagregação das horas de trabalho suplementar por grupo profissional, quatro grupos concentravam mais de 80% do volume de horas de trabalho suplementar, no período. Por ordem decrescente de representatividade (ano 2022), eram eles os Enfermeiros, Médicos Especialistas, Assistentes Operacionais e Médicos Internos. No período, e em geral, as HTS crescem em todos os grupos profissionais, mas com intensidades distintas, destacando-se o caso dos Enfermeiros, em que o volume de HTS quase duplica no período. Na categoria “Outros profissionais”, há que referir a expressividade das HTS dos Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar do INEM (responsáveis por 90% das HTS deste grupo).
- Houve alteração no perfil-tipo do/a profissional que realiza trabalho suplementar no SNS, entre 2018 e 2022: para além da sua crescente feminização, até 2020 os Médicos Especialistas assumiam-se como o grupo profissional que assegurava o maior volume de HTS, mas, a partir desse ano, passou a ser o dos Enfermeiros.
- Em 2022, o volume de HTS equiparou-se ao trabalho de 11 248,8 profissionais adicionais, em ETC, com especial destaque para os grupos profissionais dos enfermeiros (3 740,7 ETC), dos médicos especialistas (2 760,6 ETC), dos AO (1 811,2 ETC) e dos médicos internos (892,2 ETC). Os ETC representados pelas HTS realizadas no SNS sofreram, para o total dos profissionais do SNS, um crescimento muito marcado de 7 357 para 11 249 ETC, cerca de +53% no período.

A reter neste capítulo...

- Uma análise das desigualdades regionais da sobrecarga dos profissionais com HTS, evidencia que a região do Alentejo se destaca pelas médias de HTS por profissional mais elevadas, tanto para médicos (494,6 HTS/NP) quanto para enfermeiros (169,60 HTS/NP). Em contraste, a ARS Norte exibe a média mais baixa de HTS por médicos (201,70 HTS/NP) e por enfermeiros (113,50 HTS/NP), apresentando as menores sobrecargas relativas dos seus profissionais, por comparação com as demais ARS. Os médicos efetuam médias de HTS por ano e por profissional, significativamente mais altas em comparação com os enfermeiros, em todas as regiões.
- Os setores de cuidados de saúde primários (CSP) e cuidados de saúde hospitalares (CSH) exibem níveis de sobrecarga relativa com HTS distintos e desiguais a nível regional, com os CSP apresentando em regra, menor utilização de HTS face ao tempo do HBT dos respetivos profissionais, ao passo que os CSH, com maiores densidades regionais de RH face à população do que os CSP, apresentavam, em geral, maior sobrecarga no recurso a HTS.
- Todavia, identificam-se contradições com o que seria expetável, nomeadamente, no setor dos CSP, ainda que a região de LVT tenha a menor densidade de profissionais das cinco ARS, é igualmente a que menos utiliza HTS em comparação com o HBT, ao passo que, em contraste e no polo oposto, o Alentejo, que possui a maior densidade de profissionais do SNS face à população, é o que mais recorre às HTS em relação ao horário base de trabalho; no setor dos CSH, destaca-se a região Centro, que ainda que seja a região com maior densidade de profissionais SNS na população, recorre a HTS em proporção muito superior à das regiões Norte, LVT e Algarve.

3. Análise e evolução do tempo de trabalho concretizado através da Prestação de Serviços Clínicos

Neste capítulo analisa-se o volume de horas de prestação de serviços clínicos (HPS) realizado no SNS entre 2018 e 2022, tendo presente as limitações dos dados disponíveis, identificadas no capítulo de enquadramento, nomeadamente no que se prende com a categorização e caracterização das mesmas e dos profissionais de saúde que as fornecem. Tratando-se de informação mais agregada, é inviabilizada a análise das características sociodemográficas e funcionais dos profissionais “tarefeiros”, e impossibilitada uma visão fina dos grupos profissionais previamente trabalhados. A afetação unívoca das HPS aos setores produtivos dos cuidados primários e hospitalares do SNS, antes trabalhada, também se revela inviável, dado não termos informação por centro de custo de origem, mas apenas por entidade agregada, enquadrável em quatro grandes grupos de setores institucionais: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CSH), serviços centrais (SC) e, agora, as Unidades Locais de Saúde (ULS), de forma autónoma, agregando os respetivos CSP e CSH que incluem.

Neste contexto, tendo por base a categorização de origem da informação disponível (a qual garante, ainda assim, uma visão abrangente do trabalho assegurado por prestação de serviços no SNS), a mesma servirá como referência do trabalho analítico a desenvolver neste capítulo, bem como no capítulo subsequente, consolidando a informação trabalhada numa leitura conjunta sobre a organização do tempo e da carga de trabalho dos RH do SNS, entre 2018 e 2022, no que respeita às horas de trabalho suplementar e às horas de prestação de serviços financiadas pelas entidades do SNS — o que, neste Estudo, se designou como “trabalho complementar”⁴². Neste capítulo, a análise centra-se na importância relativa e no contributo das HPS.

3.1. Prestação de serviços clínicos (2018-2022)

Relativamente à caracterização geral do trabalho dos profissionais de saúde realizado em regime de prestação de serviços entre 2018 e 2022, nas entidades que constituem o SNS, a **Figura 29** resume a sua evolução quanto ao volume de horas anuais prestadas e quanto à sua proporção face ao tempo de horário base dos profissionais das entidades, ou setores, onde as HPS são efetivamente prestadas (HPS/HBT). Entendeu-se não fazer sentido usar a métrica HPS/NP, uma vez que as HPS são prestadas por tarefeiros externos às instituições que os contratam e esta métrica não configuraria nenhum indicador de sobrecarga face aos profissionais do SNS dessas mesmas entidades.

Importa realçar que, apesar do facto do número de horas de trabalho em regime de prestação de serviços ter aumentado no período em análise (observando-se um crescimento global de +8,5% entre

⁴² Ver secção 1.2.3.

2018 e 2022), esta evolução é bastante menos acentuada comparativamente à verificada no trabalho suplementar realizado pelos profissionais de saúde do SNS.

Este facto parece evidenciar uma orientação de gestão que privilegie, como recurso adicional de tempo de trabalho, a realização de trabalho suplementar em detrimento do recurso à prestação de serviços, que aliás se encontra expressa na Lei de Bases do SNS em vigor. Contudo, também pode indiciar dificuldades, bem conhecidas nalgumas entidades do SNS, que mesmo com elevada sobrecarga dos respetivos profissionais em termos do volume de trabalho suplementar que lhes é pedido, não conseguem resposta adicional de disponibilidades de tempo de trabalho por parte do limitado (e dispendioso) mercado de prestadores de serviços em termos da oferta disponível — mercado no qual também concorrem com o setor privado, sobretudo em certas zonas (e regiões) específicas do território, recomendando-se aprofundamento da investigação destes aspetos.

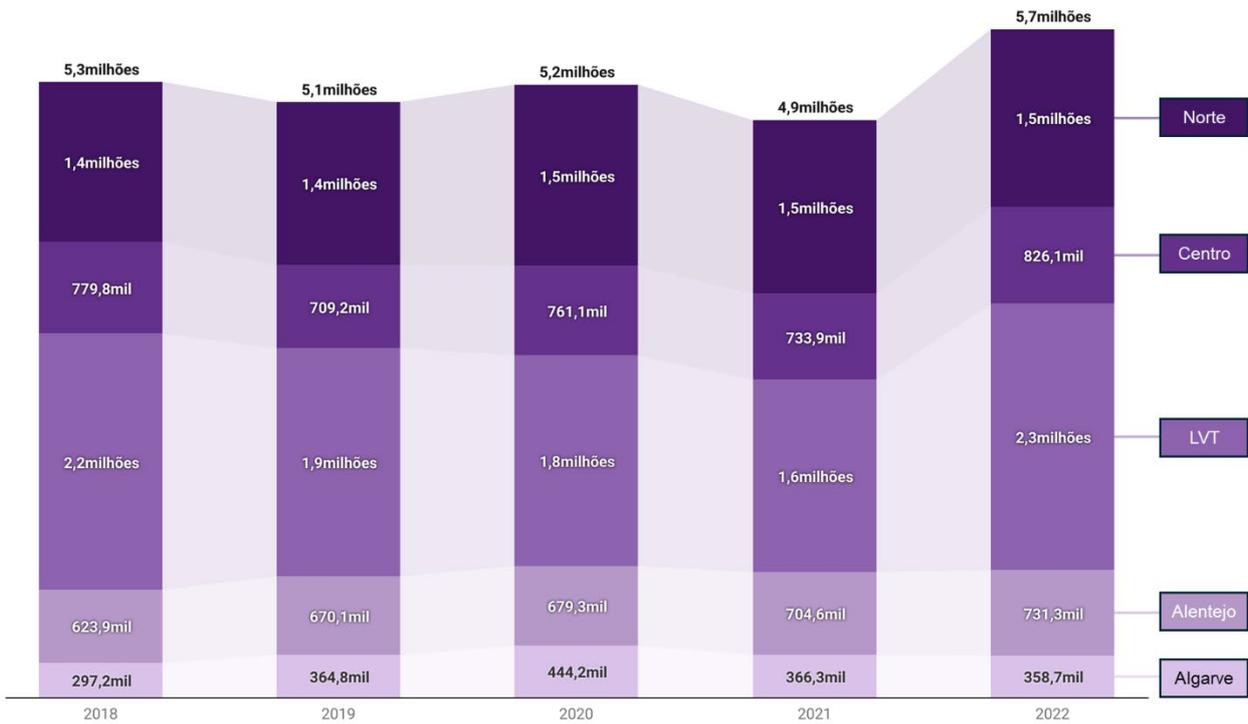
Figura 29 – Profissionais do SNS – resumo dos indicadores-chave da prestação de serviços clínicos (2018-2022)

Ano	HPS	HPS/HBT
2018	5 252 384	2,2%
2019	5 079 883	2,0%
2020	5 227 378	1,9%
2021	4 923 543	1,7%
2022	5 699 023	2,0%

Quanto à análise da representatividade do volume global de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em HBT com os profissionais do SNS, verifica-se que este valor se tem mantido relativamente estável em torno dos 2% (com uma descida residual ao longo do período compreendido entre 2018 e 2022 de -0,2 pp), apesar de diminuição relativa no período pandémico.

3.2. Prestação de serviços clínicos por região

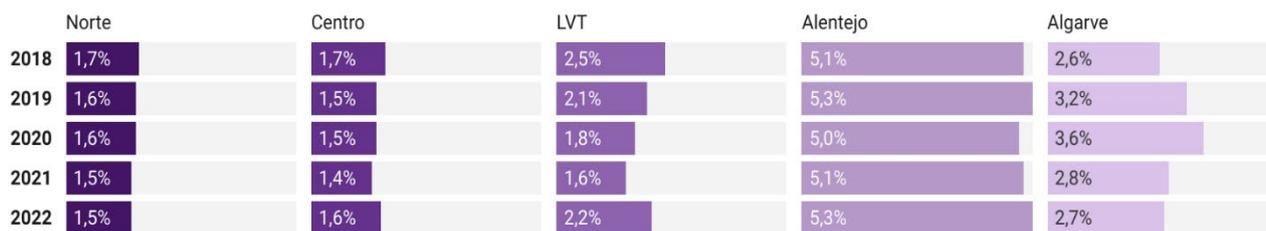
No que respeita à análise regional da distribuição das HPS, verifica-se que a ARS na qual se verificou o maior volume de trabalho realizado por recurso a tarefeiros foi, em todo o período, a região de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo-se a região do Norte e a região do Centro. Estas três regiões foram responsáveis por mais de três quartos do volume de todas as prestações de serviços clínicos no SNS entre 2018 e 2022.

Figura 30 – Horas de prestação de serviços por região (2018-2022)

Todavia, ao analisar-se a representatividade das horas de prestação de serviços contratadas, face ao volume global de horas contratualizadas com os profissionais de saúde do SNS em termos de horário base, identifica-se um cenário distinto do da anterior caracterização da distribuição do volume global de HPS. Verifica-se que é nas entidades do território adstrito à ARS Alentejo, com maior relevo, e também à ARS Algarve que se evidencia o maior contributo (ou dependência) do recurso às HPS, face aos horários de trabalho normais dos seus profissionais — facto que também parece indicar uma situação de maior défice de RHS face às necessidades de RH permanentes. No Alentejo, esta proporção é sempre superior a 5% e situa-se próxima dos 3% no Algarve (sensivelmente o dobro do que, em termos relativos, as ARS Norte e Centro despendem com o recurso a tarefeiros, face ao tempo de trabalho dos horários base dos seus profissionais de saúde permanentes).

De referir, também, que estas foram as únicas regiões que evidenciaram uma dinâmica de crescimento relativo do recurso às HPS — no Alentejo +0,2 pp e no Algarve +0,1pp —, tendo as restantes regiões manifestado uma tendência inversa, com o decréscimo da representatividade das prestações de serviços nas atividades desenvolvidas pelos profissionais permanentes ao serviço.

Figura 31 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por região (2018-2022)

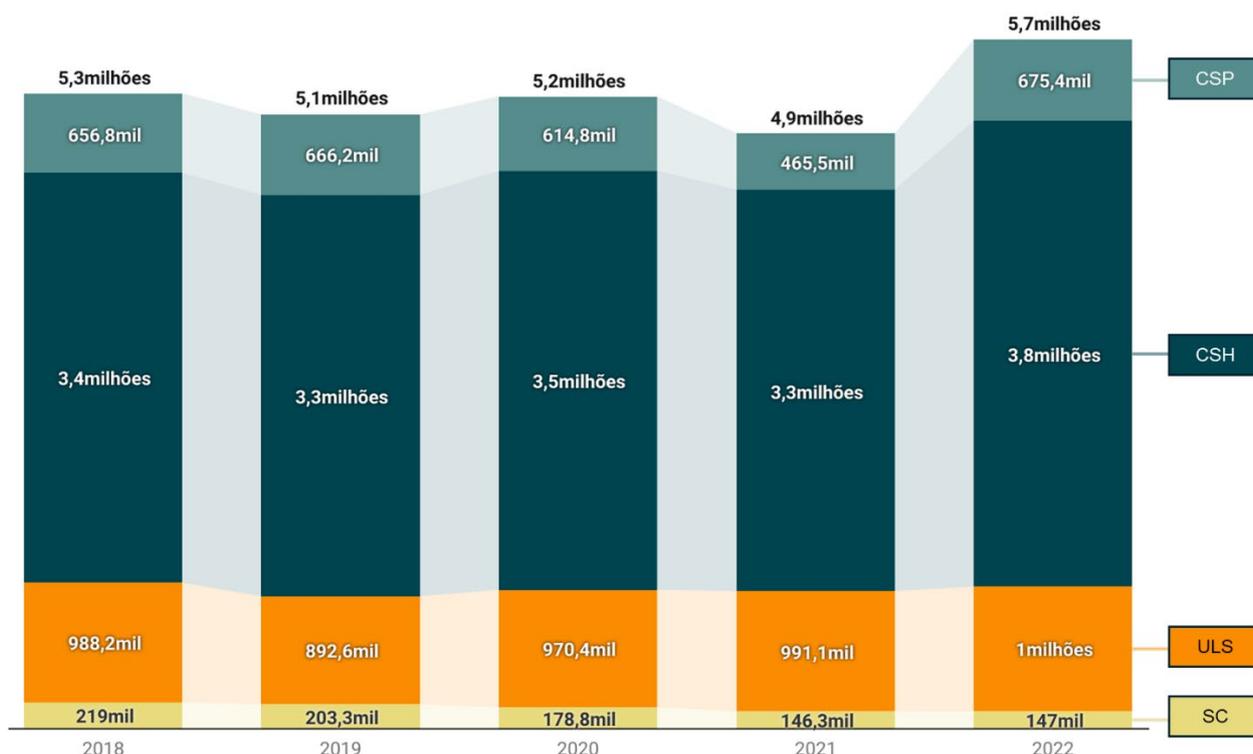


A região de Lisboa e Vale do Tejo contém os profissionais dos Serviços Centrais

3.3. Prestação de serviços clínicos por setor institucional de cuidados

Relativamente à distribuição das horas de prestação de serviços por setor institucional de cuidados, os dados (**Figura 32**) evidenciam que é primordialmente no setor hospitalar e nas ULS (que também incluem uma componente essencial de serviços de saúde em contexto hospitalar), que se concentra a grande maioria do trabalho em regime de prestação de serviços realizado pelos profissionais de saúde. Esta situação advém em grande medida da atividade médica realizada sob a forma de prestação de serviços estar tipicamente associada à prestação de trabalho em contexto de urgência, em regra assegurado em ambiente hospitalar.

Figura 32 – Evolução das horas de prestação de serviços – total e por setor institucional de cuidados (2018-2022)



Em termos da representatividade do tempo fornecido através do recurso a prestações de serviços, face ao da atividade desenvolvida no horário base dos profissionais de saúde das entidades respetivas, a **Figura 33** permite verificar que é nas ULS que as horas provenientes de regimes de prestação de serviços clínicos externos assumem maior preponderância na atividade desenvolvida. É ainda de referir o caso dos serviços centrais, onde se verificou uma maior quebra da relevância relativa assumida pelas prestações serviços no volume global de trabalho afeto às instituições aqui consideradas, com uma diminuição de 1,2 pp da sua representatividade, entre 2018 e 2022.

Figura 33 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por setor institucional de cuidados (2018-2022)



3.4. Prestação de serviços clínicos por entidade

De acordo com os dados apresentados no **Quadro 26**, as entidades que apresentam maior volume de horas de atividade clínica contratada e realizada em regime de prestação de serviços clínicos, em 2022, são o Centro Hospitalar e Universitário do Algarve e o Centro Hospitalar do Oeste, seguindo-se o Centro Hospitalar do Médio Tejo e as Administrações Regionais de Saúde do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo.

Enquanto o CH e Universitário do Algarve evidenciou uma tendência de crescimento bastante acentuada do número de horas contratadas em regime de prestação de serviços, com uma taxa de variação global de +32,2% entre 2018 e 2022, o CH do Oeste, não obstante, evidenciou uma quebra significativa da mobilização de tarefeiros, com uma redução de -31,8% do número de horas entre 2018 e 2022.

Nas restantes entidades presentes nas 10 mais relevantes, o sentido de variação não é linear, conforme evidencia o Quadro 26.

Quadro 26 – Evolução das horas de prestação de serviços – 10 entidades mais relevantes (2018 e 2022)

Instituições	2018	2022	Variação
1 CH Universitário do Algarve	269.978	356.790	32,2%
2 CH do Oeste	415.070	283.166	-31,8%
3 CH do Médio Tejo	230.897	275.787	19,4%
4 ARS do Norte	264.308	272.323	3,0%
5 ARS de Lisboa e Vale do Tejo	189.284	224.596	18,7%
6 CH de Setúbal	272.248	224.323	-17,6%
7 ULS do Norte Alentejano	165.221	189.974	15,0%
8 ULS do Litoral Alentejano	130.289	182.830	40,3%
9 Hospital Fernando Fonseca	167.358	173.704	3,8%
10 ULS do Baixo Alentejo	147.600	157.623	6,8%

Relativamente às instituições com maior dependência do recurso a “tarefeiros” clínicos, avaliada através da maior proporção do tempo de trabalho proveniente de prestadores externos de serviços clínicos, face ao tempo de trabalho normal da força de trabalho que se lhes encontra associada, conforme se verifica no **Quadro 27**, é o Hospital de Cantanhede (um hospital de pequena dimensão), que, em 2022, regista o maior valor (as HPS representavam 14,2% do tempo de horário base da sua força de trabalho ao serviço).

Quadro 27 – 10 entidades com maior proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) (2018-2022)

Instituições	2018	2022	Variação
1 Hospital de Cantanhede	28,5%	14,2%	-50,2%
2 ULS do Litoral Alentejano	6,9%	8,4%	21,7%
3 CH do Oeste	14,1%	8,0%	-43,3%
4 ARS do Alentejo	8,1%	8,0%	-1,2%
5 Hospital Doutor Francisco Zagalo – Ovar	15,7%	7,8%	-50,3%
6 Instituto de Oftalmologia Gama Pinto	7,6%	6,9%	-9,2%
7 Centro de Reabilitação Rovisco Pais	43,5%	6,7%	-84,6%
8 CH do Médio Tejo	6,2%	6,5%	4,8%
9 IPST	10,4%	6,1%	-41,3%
10 ULS do Norte Alentejano	5,5%	5,8%	5,5%

1 Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede

Quanto às restantes unidades de saúde, de entre as 10 mais relevantes, em que o trabalho suplementar assume maior representatividade relativa, verifica-se que estas estão distribuídas por todos os setores produtivos considerados, apesar de uma maior dependência do setor hospitalar, incluindo aqui as ULS. Refira-se a este respeito a ULS do Litoral Alentejano, o CH do Oeste e a ARS do Alentejo, em que as HPS representavam 8% ou mais do tempo contratado em horário base da sua própria força de trabalho permanente, ao serviço em 2022. No caso da ARS do Alentejo, vale a pena recordar que, neste capítulo, se refere sobretudo aos CSP respetivos, não abrangidos pelas ULS do Alentejo à época constituídas naquela região.

3.5. Prestação de serviços clínicos por grupo profissional

Relativamente à evolução e desagregação das HPS por grupo profissional, analisando a **Figura 34**, verifica-se que os dados revelam algumas inconsistências na qualidade do seu detalhe, atenta a importância do grupo de “Outros” profissionais (que não os médicos e enfermeiros) nos dados disponibilizados pela ACSS, e a forma como o total de HPS de “outros” evoluiu ao longo dos anos.

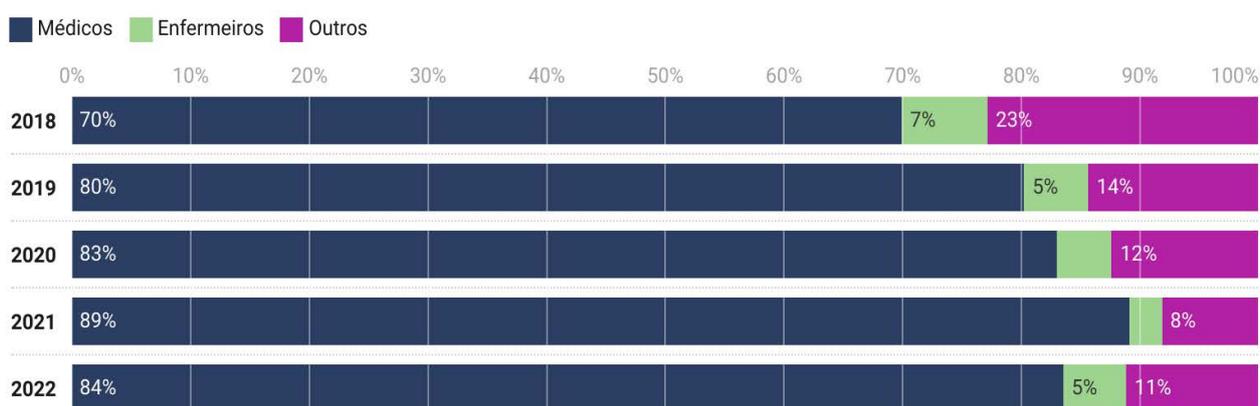
Tendo presente esta limitação, constata-se que no período em análise cresceu marcadamente o recurso às HPS médicas⁴³, cerca de 30% entre 2018 e 2022, ao passo que no caso das HPS de enfermeiros se verificou uma redução de cerca de 20%. Quanto ao grupo Outros, o seu valor supera sempre o do grupo dos Enfermeiros, e a sua evolução é instável no período, entendendo-se que poderá talvez conter HPS dos outros dois grupos, eventualmente por erros de classificação de base, o que gera eventuais limitações da análise.

Figura 34 – Evolução das horas de prestação de serviços por grupo profissional (2018-2022)

	Total	Médicos	Enfermeiros	Outros
2018	5.252.384	3.674.772	378.384	1.199.229
2019	5.079.883	4.078.572	273.080	728.231
2020	5.227.378	4.339.633	244.161	643.584
2021	4.923.543	4.386.829	137.719	398.995
2022	5.699.023	4.762.548	302.811	633.663

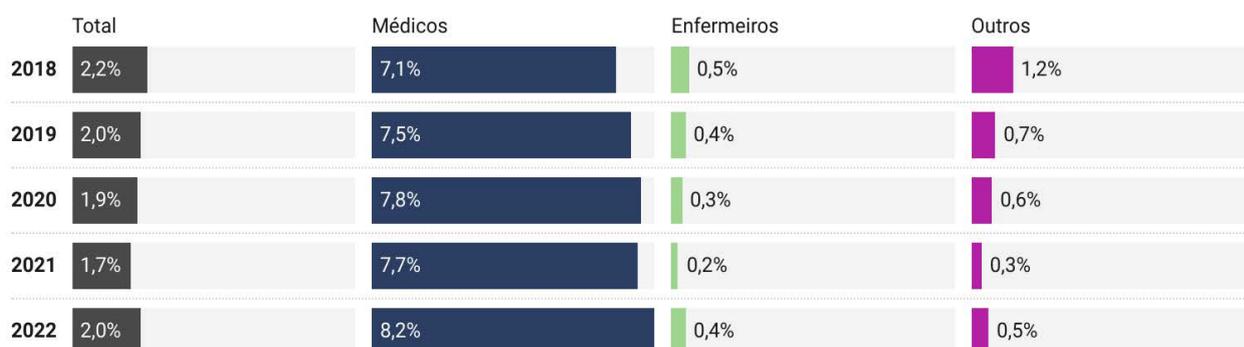
Quanto à estrutura das horas de prestação de serviços por macro grupo profissional, é evidenciado na **Figura 35** o predomínio do grupo profissional dos médicos enquanto fornecedor de serviços clínicos em regime de prestação de serviços no SNS (cerca de 84% em 2022). Em regra, os médicos são os responsáveis pela generalidade das prestações de serviços clínicos financiadas no SNS, estando-lhes afetas por norma, ao longo do período considerado, mais de 80% das horas realizadas sob este regime. De notar que o valor mais baixo no ano inicial pode ser atribuível, de acordo com o trabalho de dados efetuado pelo PLANAPP, a menor qualidade dos mesmos na identificação dos grupos e não a alterações de tendência.

⁴³ O grupo profissional dos Médicos, no caso das HPS, inclui sempre especialistas e internos, como já referido, por limitação dos dados de base.

Figura 35 – Evolução da estrutura das horas de prestação de serviços por grupo profissional (%) (2018-2022)

A atividade médica realizada sob a forma de prestação de serviços visa, maioritariamente e tipicamente, assegurar a prestação de trabalho em contexto de urgência, bem como em menor escala, o suprimento de escalas de serviço clínico nas instituições do SNS. Mas também já sucede de modo a colmatar falhas concretas, de carácter duradouro, em especialidades médicas para as quais as entidades não consigam recrutar médicos especialistas sem ser sob este regime, normalmente em *part-time* e de modo instável, pelo que seria porventura útil o Ministério da Saúde levar a cabo um inquérito alargado a este respeito, para tipificar o objetivo e tipo de dependência de “tarefeiros”, por forma a poder desenvolver políticas adequadas e customizadas a várias realidades que coexistem no SNS.

Considerando a informação apresentada na **Figura 36**, destaca-se ainda a relevância assumida pela proporção do tempo (horas) de prestação de serviços clínicos externos face ao tempo da normal atividade dos médicos permanentes (desenvolvida dentro do horário base de trabalho destes), e que assume valores sempre superiores a 7% durante o período de análise, com tendência crescente, e atingindo mesmo os 8,2% em 2022. Isto revela o maior peso das HPS face aos horários de trabalho dos seus profissionais, também parecendo indicar uma situação de défice crescente de RHS face às necessidades existentes. No caso dos enfermeiros e dos outros profissionais a tendência é para alguma estabilização no período, todavia.

Figura 36 – Proporção (%) de horas de prestação de serviços face ao horário base de trabalho (HPS/HBT) por grupos profissionais (2018-2022)

3.6. Contributo da prestação de serviços clínicos avaliado em ETC

Considera-se relevante para efeitos de análise proceder à conversão, ou equiparação teórica, do número de horas de trabalho realizadas em regime de prestação de serviços, ao número de profissionais em ETC que as mesmas representam⁴⁴.

Os dados apresentados na **Figura 37** mostram que, em 2022, o número de HPS ocorrido no SNS se equipara à identificação 3 037,9 profissionais adicionais (em ETC), em “desempenho de funções” no SNS (embora com carácter errático e não permanente). De entre estes mais de três milhares de profissionais “adicionais”, destaca-se o macro grupo profissional dos médicos, especialistas e internos (cujo trabalho “à tarefa” se equipara a 2 480,5 médicos adicionais em ETC).

Os restantes grupos profissionais assumem valores pouco significativos.

Esta inventariação pode ser considerada, com as devidas ressalvas, como uma *proxy* das necessidades de profissionais aferidas pelo recurso à prestação de serviços clínicos.

Em termos de evolução desta realidade no período de cinco anos em análise, constata-se que o número de ETC representado pelo recurso à prestação de serviços clínicos aumentou significativamente, passando de cerca de 2 853 profissionais (ETC) em 2018 para aproximadamente 3 038 em 2022.

Figura 37 – Horas de prestação de serviços convertidas em ETC (ETC_HPS) – total e por grupos profissionais selecionados (2018-2022)



Importa efetuar uma leitura integrada destes resultados com os anteriormente obtidos para o trabalho suplementar, nas dimensões comuns e comparáveis, matéria a aprofundar no próximo capítulo.

⁴⁴ A medida de conversão das HPS em ETC, tem por base a correspondência de 35h de trabalho semanais para os diferentes grupos profissionais, e 40 horas semanais no caso dos Médicos e a assunção de 48 semanas de trabalho por ano, dado o pressuposto de existência de 4 semanas de férias.

A reter neste capítulo...

- O número de horas de trabalho de prestação de serviços clínicos (HPS) aumentou no período em análise, cerca de +8,5% entre 2018 e 2022. Esta evolução, contudo, foi menos acentuada do que a verificada quanto às HTS realizadas pelos profissionais de saúde do SNS.
- Em termos da representatividade do volume global de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em HBT com os profissionais do SNS, verifica-se que esta se tem mantido relativamente estável, em torno dos 2%.
- A região de LVT foi a que mais recorreu, em volume, a horas de “tarefeiros”, seguida pelo Norte e Centro. Todavia, em termos da proporção de HPS contratadas, face ao volume global de tempo do horário base de trabalho (HBT) dos profissionais de saúde do SNS, verifica-se que é nas entidades da ARS Alentejo, com maior relevo, e também na ARS Algarve que existe maior dependência do recurso às HPS.
- A maioria das HPS concentrou-se no setor hospitalar e nas Unidades Locais de Saúde (ULS), mas é nas ULS que a dependência do tempo fornecido através de prestações de serviços clínicos, face ao da atividade desenvolvida no horário base dos profissionais de saúde das entidades respetivas, é maior.
- As entidades que apresentam maior volume de horas de atividade clínica contratada e realizada através de HPS, em 2022, são o CH e Universitário do Algarve e o CH do Oeste.
- Pese embora os dados sobre evolução e desagregação das HPS por grupo profissional revelarem algumas inconsistências, constata-se que cresceu marcadamente o recurso às HPS médicas, cerca de 30%, entre 2018 e 2022, ao passo que no caso das HPS de enfermeiros se verificou uma redução de cerca de 20%.
- Há um claro predomínio do grupo profissional dos médicos enquanto fornecedor de serviços clínicos em regime de prestação de serviços no SNS (cerca de 84% em 2022) e, por outro lado, destaca-se a dependência relativa de HPS, por comparação com o HBT, no caso específicos do grupo profissional dos médicos (que assume valores sempre superiores a 7% durante o período de análise, com tendência crescente, atingindo mesmo os 8,2% em 2022).
- Em 2022, as HPS contratadas no SNS equivaleriam a 3 037,9 profissionais adicionais, equiparados a ETC, com maior destaque para os médicos (2 480,5 ETC), indicando as necessidades de profissionais representadas pelo recurso a HPS.

4. Análise e evolução do contributo do tempo de Trabalho Complementar no SNS

Importa agora ter uma visão integrada do contributo total do que, neste Estudo, se designou por tempo de trabalho complementar, face ao tempo de trabalho inerente aos horários de trabalho base dos profissionais do SNS.

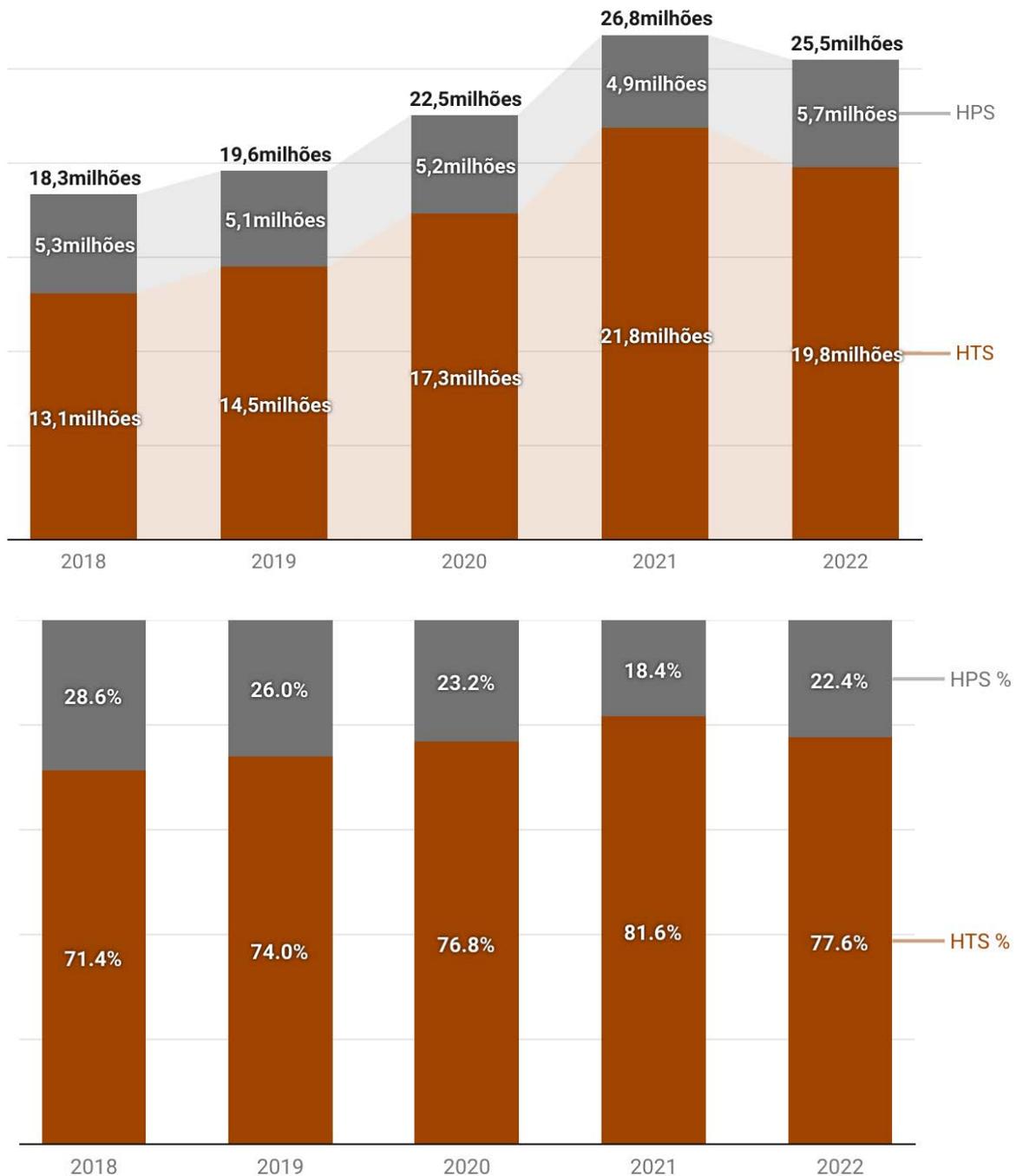
Nesta aceção de trabalho complementar agrega-se, como já referido, tanto o trabalho suplementar prestado pelos próprios profissionais das entidades do SNS, como o resultante da contratação de prestações de serviços clínicos *ad-hoc* a profissionais de saúde externos às instituições. Interessa avaliar, nas dimensões possíveis, o contributo, ou o grau de dependência, deste tipo de horas de trabalho no SNS - às quais se deveria recorrer de modo pontual e excecional.

Esta análise é particularmente relevante, uma vez que estas componentes assumem, como demonstrado, uma dimensão significativa, com impacto tanto ao nível da dotação de recursos necessários, como da organização interna do trabalho ao nível dos serviços e das instituições do SNS, incluindo efeitos na satisfação dos próprios profissionais e na coesão das equipas, na disponibilidade de acesso a cuidados por parte dos utentes e, em última análise, na qualidade e continuidade dos serviços clínicos prestados.

4.1. Trabalho complementar (2018-2022)

Os dados relativos ao trabalho complementar, agregando horas de trabalho suplementar (HTS) e de prestação de serviços clínicos (HPS), apresentam-se na **Figura 38**. Salienta-se o crescimento absoluto registado no número de horas trabalhadas tanto sob a forma de trabalho suplementar prestado pelos profissionais, como de contratação de prestações de serviços clínicos externos, tendo-se verificado um acréscimo absoluto de + 7 138 609 horas entre 2018 e 2022. Com efeito, estas crescem de cerca de 18,3 milhões, em 2018, para 25,5 milhões, em 2022, o que se traduz numa taxa de crescimento acumulada de 38,9% no período considerado.

Este crescimento deve-se em grande medida, como já anteriormente foi referido, à dinâmica de aumento do recurso ao trabalho suplementar dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022, não obstante a componente de prestação de serviços também ter crescido e assumir um peso bastante significativo no trabalho complementar desempenhado por profissionais de saúde no SNS.

Figura 38 – Horas de trabalho complementar (HTS+HPS) – evolução total e em estrutura (%) (2018-2022)

A **Figura 38** evidencia ainda que, na estrutura do trabalho complementar, a importância das HTS é sempre predominante, tendo crescido nos anos de pandemia, e situando-se em cerca de 78% em 2022. No entanto, a componente de HPS não é negligenciável e mantém-se significativa em todo o período enquanto fonte de tempo de trabalho clínico no SNS.

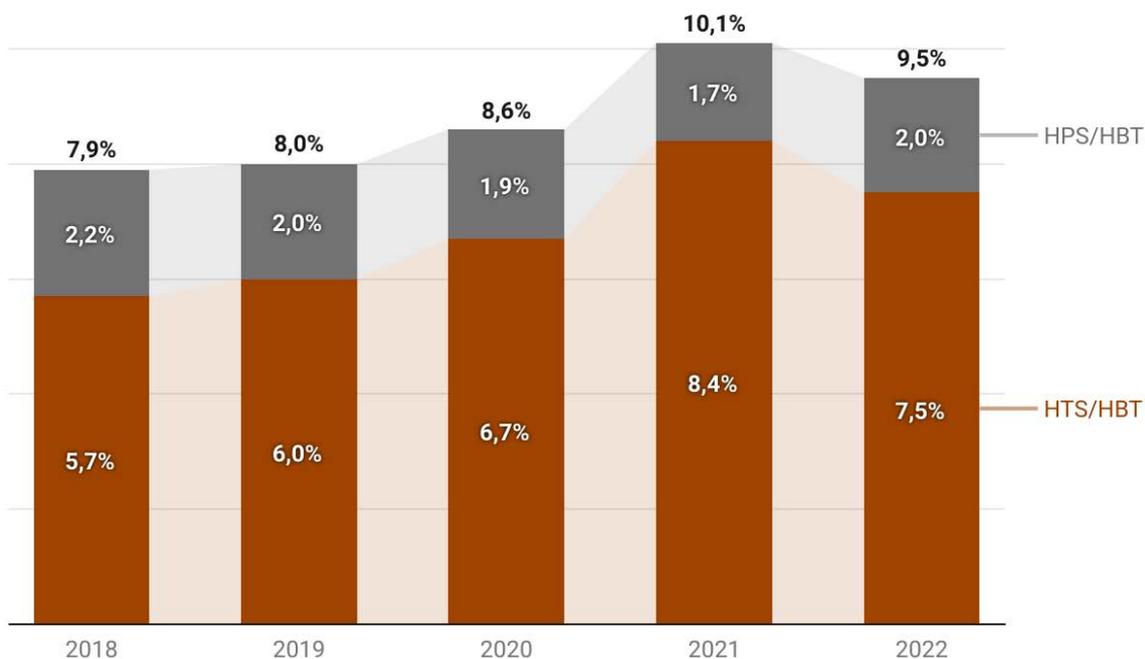
Esta trajetória evolutiva é também visível na análise da métrica que avalia a representatividade do volume global de HTS e de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em horário base de trabalho (HBT) com os profissionais do SNS, ou seja $(HTS+HPS) / HBT$, em % — que a **Figura 39** evidencia, de seguida. Verifica-se que esta importância tem vindo a aumentar ao longo do período, tendo passado

de 7,9% em 2018 para 9,5% em 2022 (+1,6 pp). Tal significa que por cada 100 horas de trabalho dos profissionais do SNS realizadas no seu horário base, as entidades empregadoras respetivas têm de recorrer, em média global, a mais 10 horas de trabalho “complementar”, seja por via do trabalho suplementar dos seus profissionais (se viável e disponível), seja recorrendo a “tarefeiros” externos, de modo a garantir a resposta assistencial. Esta média é, no entanto, muito diversa por grupo profissional, setor, região e entidade, como se verá.

Em termos de distribuição deste trabalho complementar entre HTS e HPS, como se pode verificar através da análise da **Figura 39**, que agrega dados já trabalhados nos dois capítulos anteriores deste Estudo, as horas de trabalho suplementar prestadas no SNS em 2022 representaram 7,5% do tempo normal (base) de trabalho dos RH no SNS, enquanto as horas de prestações de serviços corresponderam a 2% desse volume.

Assim, considerando que o recurso a estas formas de trabalho complementar representa tempo de trabalho necessário, mas que não é assegurado pelos horários normais dos profissionais, e contabilizando a totalidade das horas trabalhadas por estes, tanto a título de HTS como de HPS, regista-se uma cada vez maior dependência do SNS deste tipo de regimes, face às necessidades de tempo de trabalho para assegurar a prestação de cuidados de saúde desenvolvida pelo SNS, neste período. O contributo do trabalho complementar face ao tempo de trabalho de base dos profissionais do SNS tem sido crescente.

Figura 39 – Proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] na atividade dos profissionais do SNS (2018-2022)



4.2. Trabalho complementar por região

Relativamente à distribuição do trabalho complementar por região, tendo presente os dados do **Quadro 28**, verifica-se que a região de saúde onde se verificou o maior volume de trabalho realizado foi, em todo o período, a região de Lisboa e Vale do Tejo, seguindo-se a região do Norte e a região do Centro. Estas três regiões foram responsáveis por mais de 86% do volume de todo o trabalho suplementar e de prestação de serviços de serviços clínicos realizado no SNS entre 2018 e 2022. É de salientar a dinâmica de crescimento evidenciada na Região Norte (+45,5%) neste período, bastante mais intensa do que as taxas de crescimento registadas nas restantes regiões de saúde de Portugal Continental.

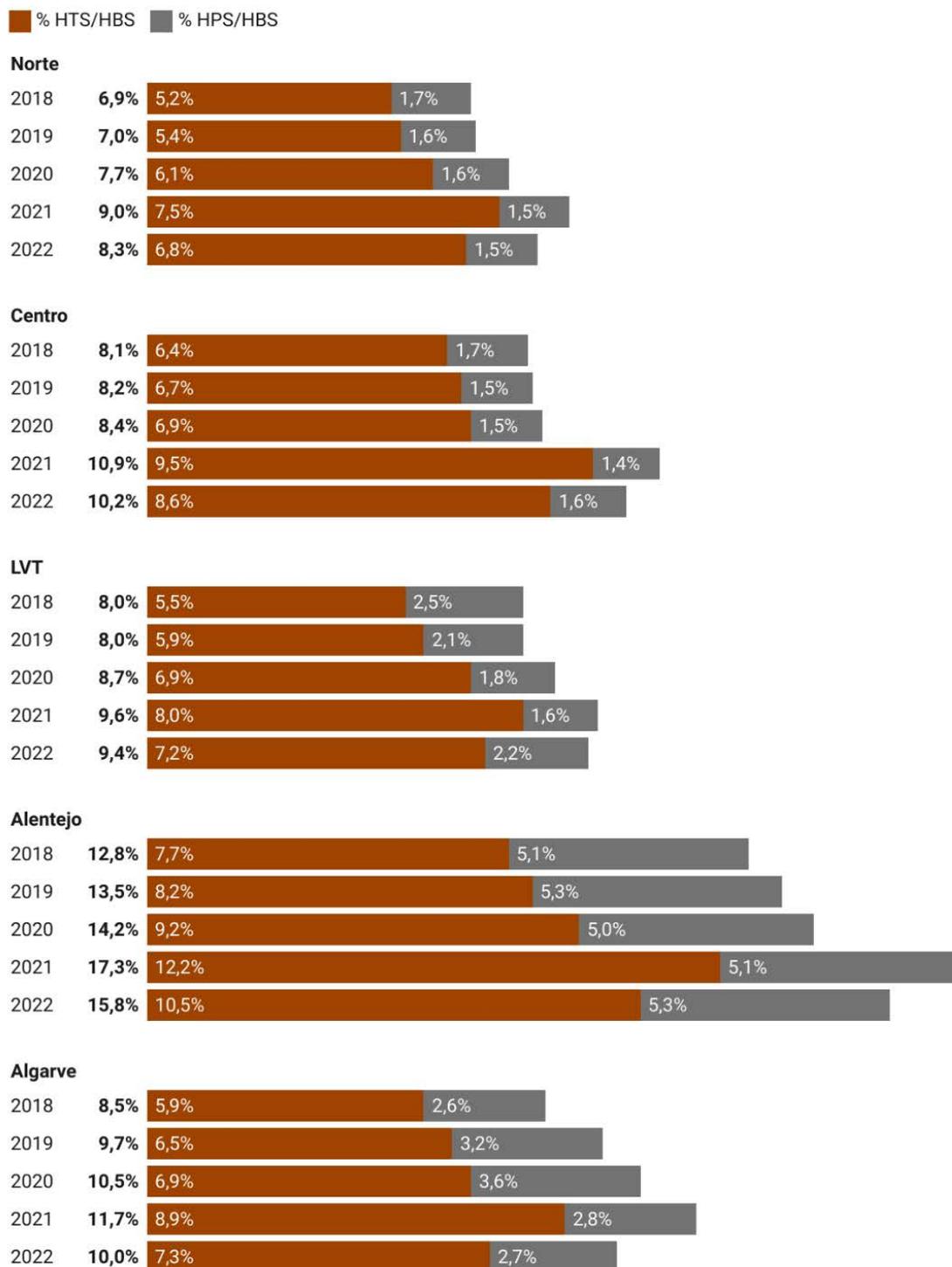
Este crescimento deve-se em grande medida, como já anteriormente referido, à dinâmica de crescimento do trabalho suplementar por parte dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022, transversal a todas as regiões. Contudo, a componente de prestação de serviços clínicos também evidenciou uma trajetória de ligeiro crescimento, mas destacando-se o peso assumido por esta componente nas regiões do sul de Portugal Continental, a saber LVT, Algarve e, principalmente, o Alentejo (em que mais de um terço do trabalho complementar é desenvolvido por prestadores de serviços externos às instituições, indiciando dificuldades acrescidas na gestão de equipas clínicas nas entidades do SNS desta região, face às das demais ARS).

Não existe, portanto, uniformidade regional nem quanto ao grau de recurso a trabalho complementar, nem quanto à importância relativa que, no quadro do mesmo, HTS e HPS assumem, o que exigiria eventualmente análise mais aprofundada de motivos e consequências por parte do Ministério da Saúde, bem como políticas customizadas às realidades concretas.

Quadro 28 – Horas de trabalho complementar (HTS+HPS) por região (2018-2022)

Norte	HTS	HPS	HTS+HPS	HTS %	HPS %
2018	3 999 936	1 365 095	5 365 031	74,6%	25,4%
2019	4 518 618	1 388 095	5 906 713	76,5%	23,5%
2020	5 557 089	1 543 689	7 100 777	78,3%	21,7%
2021	6 877 340	1 476 147	8 353 487	82,3%	17,7%
2022	6 297 102	1 512 513	7 809 615	80,6%	19,4%
Centro					
2018	2 865 512	779 796	3 645 308	78,6%	21,4%
2019	3 089 581	709 239	3 798 820	81,3%	18,7%
2020	3 390 258	761 149	4 151 407	81,7%	18,3%
2021	4 666 857	733 922	5 400 780	86,4%	13,6%
2022	4 213 113	826 081	5 039 194	83,6%	16,4%
LVT					
2018	4 698 530	2 186 447	6 884 977	68,2%	31,8%
2019	5 207 256	1 947 719	7 154 974	72,8%	27,2%
2020	6 388 584	1 799 062	8 187 646	78,0%	22,0%
2021	7 681 415	1 642 548	9 323 964	82,4%	17,6%
2022	7 052 352	2 270 393	9 322 745	75,6%	24,4%
Alentejo					
2018	897 148	623 869	1 521 017	59,0%	41,0%
2019	972 972	670 067	1 643 039	59,2%	40,8%
2020	1 166 657	679 296	1 845 952	63,2%	36,8%
2021	1 555 862	704 637	2 260 499	68,8%	31,2%
2022	1 333 883	731 325	2 065 208	64,6%	35,4%
Algarve					
2018	621 605	297 178	918 783	67,7%	32,3%
2019	697 267	364 763	1 062 030	65,7%	34,3%
2020	794 965	444 182	1 239 147	64,2%	35,8%
2021	1 063 605	366 288	1 429 893	74,4%	25,6%
2022	878 252	358 710	1 236 962	71,0%	29,0%

A dinâmica de crescimento (absoluto) registada no recurso ao trabalho complementar também é observável através da análise da representatividade do volume global de HTS e de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em horário base de trabalho (HBT) com os profissionais do SNS, verificando-se que este valor tem vindo a aumentar ao longo do período compreendido entre 2018 e 2022 em todas as regiões consideradas, conforme evidencia a **Figura 40**.

Figura 40 – Proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] dos profissionais do SNS por região (2018-2022)

Contudo, existem diferenças territoriais que importa realçar. Apesar das ARS Alentejo e Algarve serem as regiões com menor volume absoluto de recurso a horas de trabalho complementar, são as duas regiões (com especial destaque para primeira) com maior peso do trabalho complementar (HPS+HTS) face aos horários de trabalho de base dos seus profissionais, o que sugere uma situação de maior

défi ce de RHS face às necessidades existentes, traduzida numa maior dependência de “soluções” que deveriam ser de cariz extraordinário. Acresce a situação da Região Centro, que também evidencia valores elevados no que toca à representatividade do volume global de HTS e de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em HBT com os respetivos profissionais do SNS, não obstante, e conforme referenciado no anterior Estudo, apresentar dos indicadores mais elevados de disponibilidade de RHS face à população que serve.

Em termos de decomposição regional em HTS e HPS, como se pode verificar através da análise da figura, é a componente do trabalho suplementar por parte dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022, que assume a maior preponderância, a qual é transversal a todas as regiões. Contudo, a componente de prestação de serviços clínicos assume valores significativos nas regiões de LVT, do Algarve e, principalmente, do Alentejo. A região Alentejo assume-se como a região com a maior dependência de trabalho complementar (HTS+HPS) face aos horários normais de funcionamento do seu universo de profissionais, sendo necessários mais de 15% do número de profissionais em tempo completo existentes em 2022 nesta região, para suprir as necessidades não asseguradas pelos horários normais de funcionamento dos profissionais ao serviço na mesma.

4.3. Trabalho complementar por setor institucional de cuidados

No que se refere à análise das horas de trabalho suplementar e em regime de prestação de serviços clínicos, concretizadas por setor institucional de cuidados, a evidência resumida no **Quadro 29** mostra que é primordialmente no setor hospitalar, e também nas ULS (que têm associada uma forte componente de serviços de saúde em contexto hospitalar), que se concentra a grande maioria do trabalho complementar realizado pelos profissionais de saúde.

Estes dois setores institucionais foram responsáveis por mais de 83% do volume global o trabalho suplementar e de prestação de serviços de serviços clínicos no SNS entre 2018 e 2022. De salientar, todavia, que a taxa de crescimento registada pelos CSP (+46,7%) neste período, devida sobretudo ao aumento do recurso a HTS, foi bastante mais significativa do que as dinâmicas de crescimento evidenciadas nos restantes setores de cuidados considerados. Nota-se que a dinâmica de crescimento do peso assumido pelo trabalho suplementar por parte dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022, face ao volume global de horas de trabalho complementar, é transversal a todos os setores, e por contraponto, a componente de prestação de serviços clínicos apresenta uma quebra da representatividade face ao total do trabalho complementar, destacando-se o decréscimo registado nos serviços centrais, no período (cerca de -12,5pp).

Quadro 29 – Trabalho complementar (HTS+HPS) por setor institucional (2018-2022)

CSP	HTS	HPS	HTS+HPS	HTS %	HPS %
2018	1 431 213	656 796	2 088 010	68,5%	31,5%
2019	1 468 126	666 174	2 134 301	68,8%	31,2%
2020	2 003 114	614 834	2 617 948	76,5%	23,5%
2021	3 958 647	465 546	4 424 193	89,5%	10,5%
2022	2 387 369	675 444	3 062 813	77,9%	22,1%
CSH					
2018	9 276 777	3 388 376	12 665 153	73,2%	26,8%
2019	10 422 335	3 317 812	13 740 147	75,9%	24,1%
2020	12 133 579	3 463 366	15 596 945	77,8%	22,2%
2021	13 925 737	3 320 590	17 246 327	80,7%	19,3%
2022	13 910 732	3 847 293	17 758 026	78,3%	21,7%
ULS					
2018	1 816 229	988 238	2 804 467	64,8%	35,2%
2019	1 977 437	892 599	2 870 036	68,9%	31,1%
2020	2 428 135	970 408	3 398 543	71,4%	28,6%
2021	3 138 855	991 098	4 129 953	76,0%	24,0%
2022	2 683 594	1 029 325	3 712 919	72,3%	27,7%
SC					
2018	558 512	218 974	777 486	71,8%	28,2%
2019	617 795	203 298	821 093	75,2%	24,8%
2020	732 725	178 769	911 495	80,4%	19,6%
2021	821 840	146 309	968 149	84,9%	15,1%
2022	793 007	146 960	939 967	84,4%	15,6%

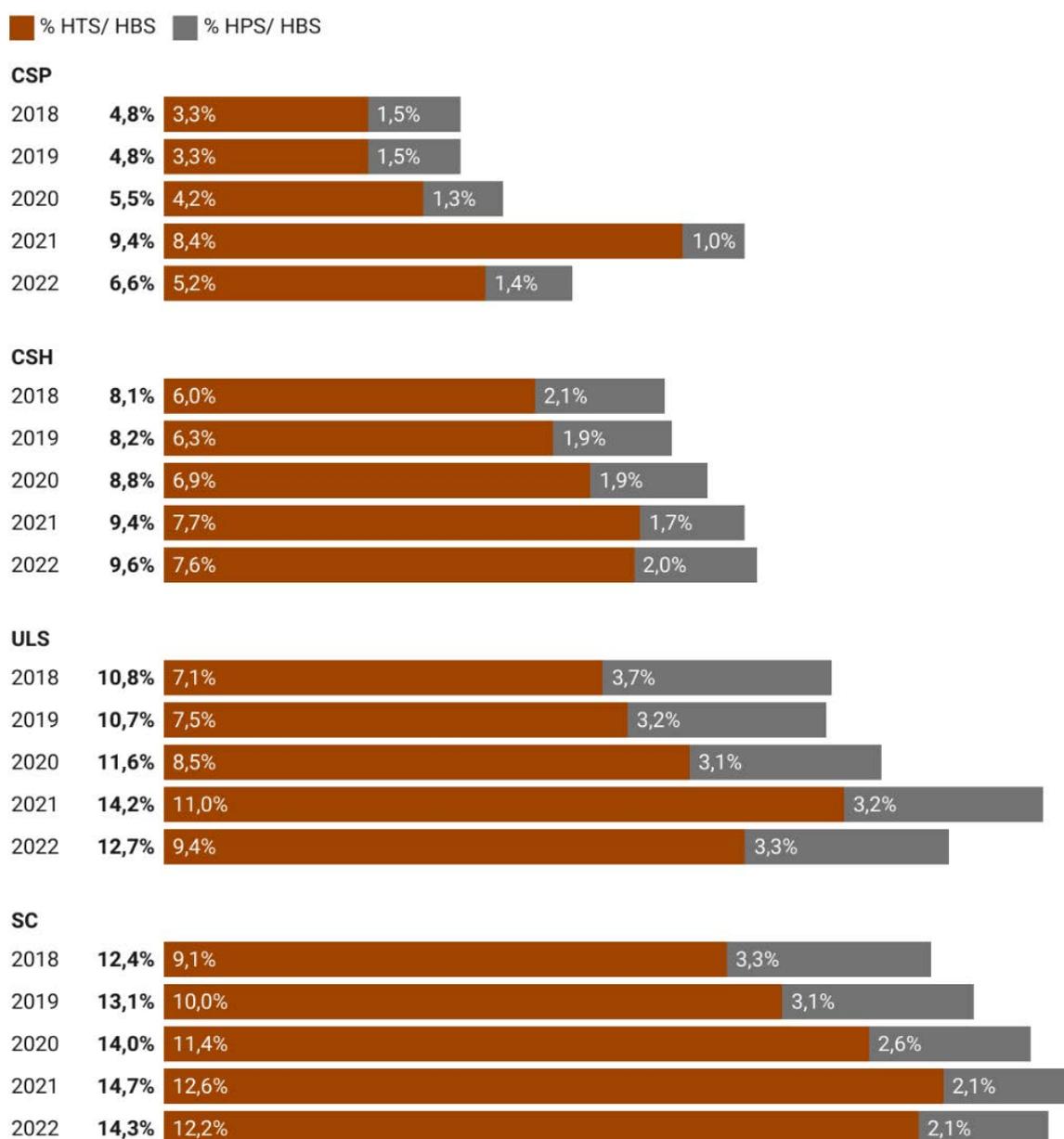
A dinâmica de crescimento absoluto registada de trabalho complementar também é observável, para cada setor institucional de cuidados, na análise da representatividade do volume global de HTS e de HPS face às horas de trabalho contratualizadas em HBT com os profissionais do SNS.

A **Figura 41** resume dados que permitem verificar que esta importância tem vindo a aumentar ao longo do período compreendido entre 2018 e 2022, em todas as regiões consideradas. Em termos da representatividade do trabalho complementar face ao desenvolvido nos horários base dos profissionais de saúde, verifica-se que é nos serviços centrais e nas ULS que as horas afetas a regimes de prestação de serviços externos e a trabalho suplementar dos seus profissionais, assumem maior preponderância no tempo da atividade base desenvolvida, não obstante este valor ter aumentado entre 2018 e 2022 em todos os setores analisados. Por forma a compensar as necessidades de tempo de profissionais supridas por trabalho suplementar e por prestações de serviços, seriam necessários mais de 10% do número de profissionais em tempo completo existentes no SNS em 2022 nestes dois setores. Todavia, é no setor dos CSP que o contributo do tempo de trabalho complementar face ao horário base mais

crece no período (aumenta cerca de 38% entre 2018 e 2022), evidenciando talvez maiores dificuldades no acesso aos CSP no período, ao passo que nos SC se verifica o menor crescimento do indicador.

No que respeita ao setor institucional por dimensão de trabalho complementar, verifica-se que o crescimento da relevância do trabalho suplementar é transversal a todos os setores prestadores aqui considerados do SNS, por contraponto da diminuição da importância das prestações de serviços, conforme já havia sido identificado neste ponto.

Figura 41 - Proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] por setor institucional de cuidados (2018-2022)



4.4. Trabalho complementar por entidade

A **Figura 42** representa os valores do tempo de trabalho complementar, e a sua variação, entre 2018 e 2022, nas 10 entidades que apresentam maior volume de horas de atividade clínica realizada quer em regime de trabalho suplementar quer em regime de prestação de serviços.

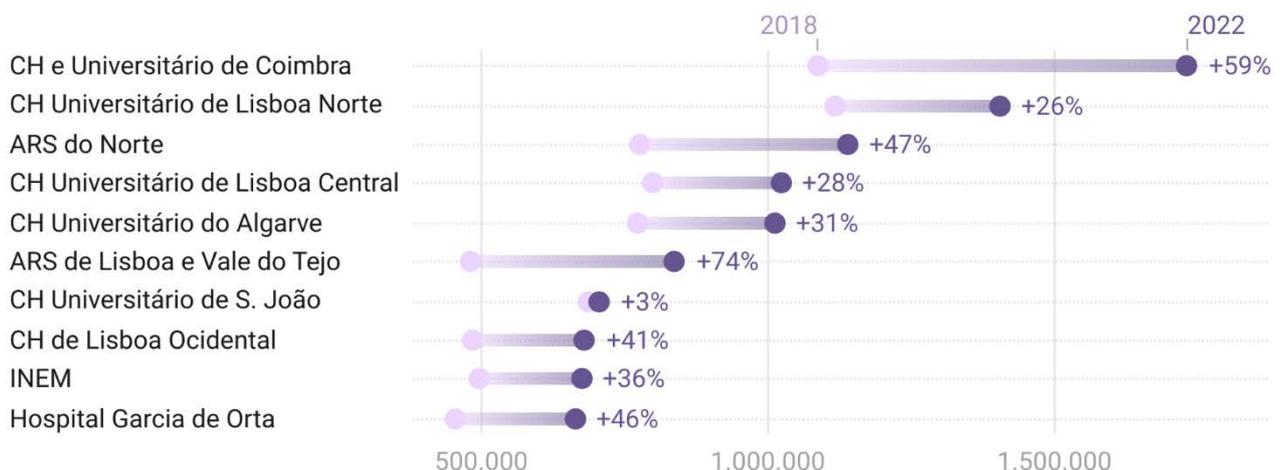
Em 2022 destacam-se os CH e Universitários de Coimbra, e de Lisboa Norte, a ARS Norte, e os CH e Universitários de Lisboa Central e do Algarve, todos com mais de um milhão de horas de trabalho complementar concretizado.

O CH e Universitário de Coimbra também evidenciou uma tendência de crescimento bastante acentuada do número global de horas de trabalho complementar, com uma taxa de aumento global de +59,3% entre 2018 e 2022, a qual apenas foi suplantada pela dinâmica de crescimento verificada na ARS LVT (que, nesta dimensão de análise integra sobretudo os CSP desta região), com um acréscimo superior a 70% no recurso ao trabalho complementar.

O conjunto das 10 instituições identificadas, que envolvem desde unidades hospitalares de grande e média dimensão, a ARS e institutos prestadores de serviços como o INEM, representam cerca de 40% (38,8%) do volume global de trabalho suplementar e de prestação de serviços (medido em horas) concretizado nas 63 entidades do SNS em 2022.

Em termos de desagregação do trabalho complementar, verifica-se que em grande medida, o trabalho suplementar assume-se como o principal contribuidor do volume global de horas de trabalho complementar, a qual é transversal a todas as instituições aqui identificadas. Contudo é de relevar a maior contribuição aparente da rubrica de prestação de serviços clínicos no que respeita à atividade das entidades ARS LVT e Norte e CH Universitário do Algarve.

Figura 42 - Evolução das horas de trabalho complementar – 10 entidades mais relevantes (2018 e 2022)

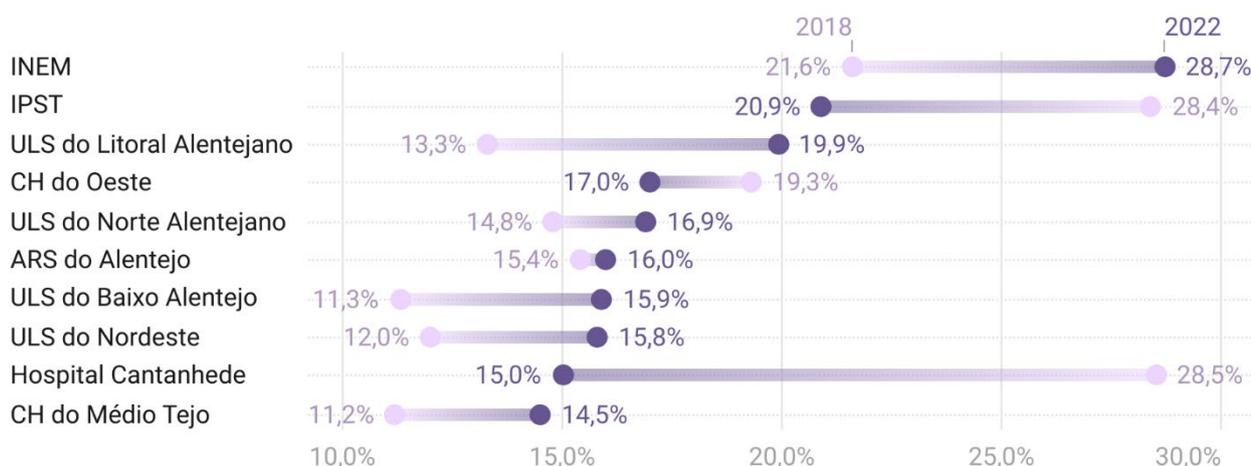


Quanto às instituições em que se verifica o maior recurso ao tempo de trabalho proveniente de regimes de trabalho complementar, face ao tempo do horário base da força de trabalho que se lhes encontra associada, representada na **Figura 43**, destacam-se duas instituições do setor dos serviços centrais

(SC), o INEM e o IPST. Esta situação advém em parte do modelo de organização de serviços destas instituições, em grande medida baseado em escalas de prontidão e prevenção de profissionais ao serviço, completadas, face à evidência disponível, com recurso ao trabalho suplementar e também em parte significativa – em especial no caso do INEM - com recurso a prestadores de serviços (ao invés de com RH permanentes).

Excetuando estas duas entidades, as três entidades com maior recurso ao trabalho complementar (visto de forma agregada) foram a ULS do Litoral Alentejano, o CH do Oeste e a ULS do Norte Alentejano, que, pela dimensão dos valores em causa, seguramente se debatem com dificuldades sérias na gestão quotidiana das escalas básicas de profissionais para assegurar a resposta assistencial. Sublinhe-se que, no caso da ULS do Litoral Alentejano e do CH do Oeste, o tempo de trabalho complementar representa 17 a 20% do “tempo normal” disponível dos respetivos profissionais de saúde.

Figura 43 - 10 entidades com maior proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] (2018-2022)



Verifica-se seguida que, isolando o grupo profissional dos médicos, este panorama geral se agrava bastante.

4.5. Trabalho complementar por macro grupo profissional

Importa avaliar a dimensão do trabalho complementar por grupo profissional, e aferir para quais, e em que tipo de contexto, se encontra maior nível de dependência deste nível de recurso, por comparação com o trabalho desenvolvido nos horários de trabalho de base dos profissionais do SNS.

O **Quadro 30** apresenta a informação disponível, trabalhada para os três macro grupos profissionais possíveis nesta categorização de dados.

Uma primeira constatação da análise é o crescimento da importância do recurso ao trabalho complementar em todos os grupos profissionais considerados, em grande medida associada à dinâmica de crescimento do trabalho suplementar dos profissionais do SNS entre 2018 e 2022. No que respeita às prestações de serviços, existem trajetórias evolutivas diferenciadas conforme os grupos profissionais considerados, como já referido anteriormente.

No caso dos médicos (internos e especialistas), responsáveis por cerca de 12 milhões de horas de trabalho complementar em 2022, já se detetara que à semelhança da sua posição dominante no trabalho suplementar também concentram em si a generalidade do trabalho em regime de prestação de serviços realizado pelos profissionais de saúde. Adicionalmente, verifica-se um crescimento das HPS entre 2018 e 2022, enquanto nos restantes grupos profissionais se regista um decréscimo das mesmas. No global, o recurso a tempo de trabalho em regime “complementar” de médicos pelas entidades do SNS aumentou 24,4% entre 2018 e 2022.

Há a salientar ainda a taxa de crescimento do trabalho complementar em valores absolutos registada pelo grupo profissional dos enfermeiros (+83,8%) neste período, bastante mais significativa que as restantes dinâmicas de crescimento evidenciadas nos grupos profissionais considerados.

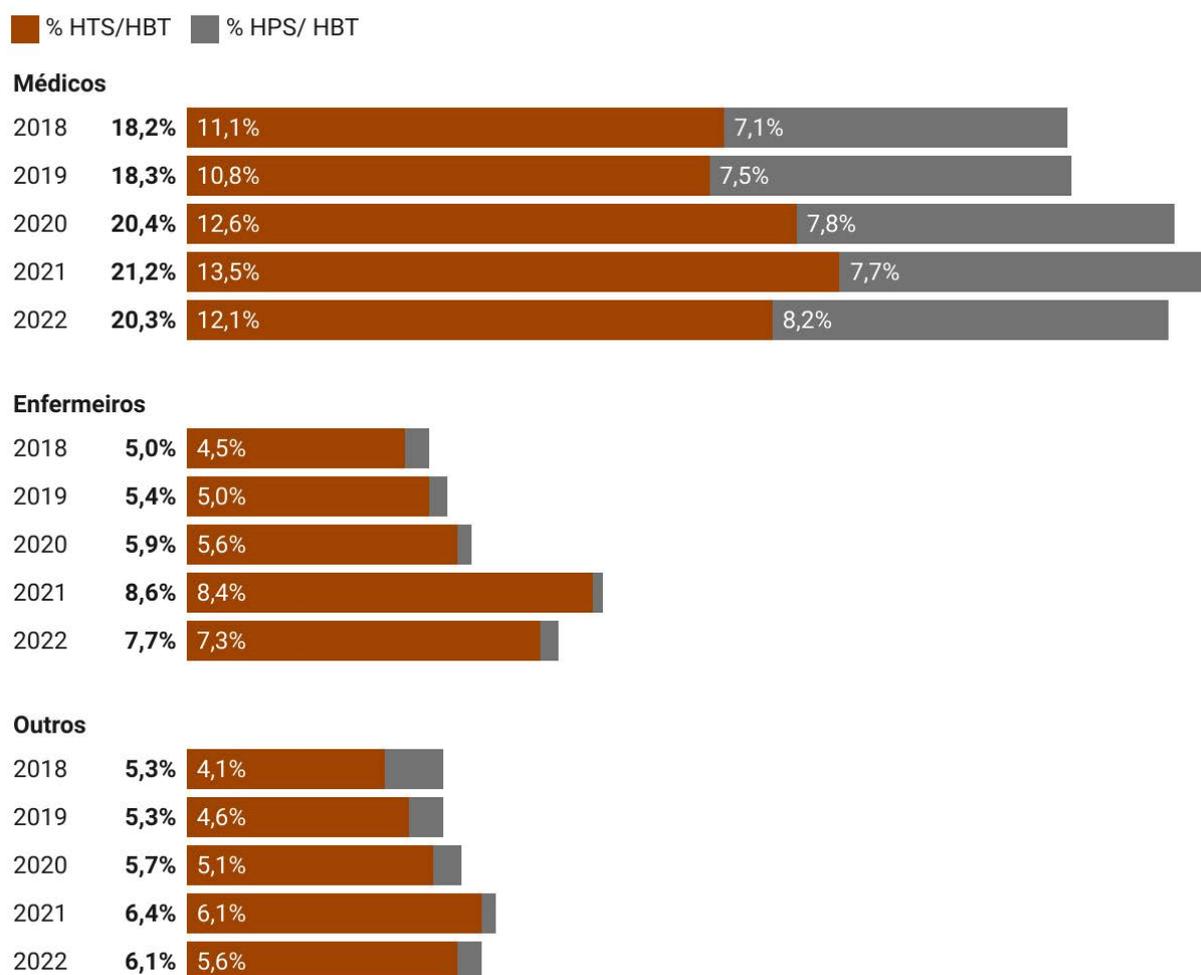
Em termos de desagregação do trabalho complementar, verifica-se que, em grande medida, o trabalho suplementar assume-se como o principal constituinte do volume global de horas de trabalho complementar, de forma transversal a todos os macro grupos profissionais aqui considerados. Contudo, é de sublinhar que no caso dos médicos a contribuição das prestações de serviços clínicos assume um peso muito relevante (superior a 40% em 2022) no trabalho complementar desenvolvido por estes profissionais, no SNS, e muito superior ao seu peso para os enfermeiros e outros profissionais. Por outras palavras, o trabalho médico prestado fora do tempo normal de trabalho (horário base) destes profissionais encontra-se porventura demasiado dependente de “tarefeiros”.

Quadro 30 – Resumo total de horas de trabalho complementar (HTS+HPS) por grupo profissional (2018-2022)

Médicos	HTS	HPS	HTS+HPS	HTS %	HPS %
2018	5 789 583	3 674 772	9 464 355	61,2%	38,8%
2019	5 873 527	4 078 572	9 952 098	59,0%	41,0%
2020	6 965 014	4 339 633	11 304 647	61,6%	38,4%
2021	7 701 499	4 386 829	12 088 328	63,7%	36,3%
2022	7 013 363	4 762 548	11 775 912	59,6%	40,4%
Enfermeiros					
2018	3 204 808	378 384	3 583 191	89,4%	10,6%
2019	3 789 159	273 080	4 062 239	93,3%	6,7%
2020	4 576 534	244 161	4 820 695	94,9%	5,1%
2021	7 099 748	137 719	7 237 467	98,1%	1,9%
2022	6 284 315	302 811	6 587 126	95,4%	4,6%
Outros					
2018	4 088 340	1 199 229	5 287 569	77,3%	22,7%
2019	4 823 008	728 231	5 551 240	86,9%	13,1%
2020	5 756 004	643 584	6 399 588	89,9%	10,1%
2021	7 043 833	398 995	7 442 827	94,6%	5,4%
2022	6 477 024	633 663	7 110 688	91,1%	8,9%

Relativamente à representatividade do tempo de trabalho complementar face ao tempo de trabalho normal, dedicado à atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde, os dados constantes na **Figura 44** evidenciam que é no grupo profissional dos médicos que as horas afetas a regimes de prestação de serviços e a trabalho suplementar assume maior preponderância na atividade desenvolvida.

No entanto, este contributo ou importância relativa do trabalho complementar face ao do horário base, aumentou, entre 2018 e 2022, em todos os grupos profissionais considerados. Por forma a compensar as necessidades de profissionais supridas por recurso a trabalho suplementar e a prestações de serviços, seriam necessários mais de 20% do número de horas de trabalho médico (em tempo completo), face aos existentes no SNS em 2022. Em termos da distribuição deste trabalho complementar entre HTS e HPS, como se pode verificar através da análise da figura seguinte, as horas de trabalho suplementar prestadas pelos profissionais médicos do SNS em 2022 corresponderam a 12,1% das necessidades de RH no SNS, enquanto as Horas de Prestações de Serviços colmataram 8,2% dessas necessidades, totalizando os cerca de 20% referidos.

Figura 44 – Proporção (%) de horas de trabalho complementar face ao horário base de trabalho dos profissionais do SNS [(HTS+HPS)/HBT] por grupo profissional (2018-2022)

4.6. Relevância do trabalho complementar avaliada em ETC

Para efeitos de análise do contributo do trabalho complementar para o tempo de trabalho dos profissionais do SNS, importa agora proceder à conversão, ou equiparação teórica, do número de horas de trabalho complementar — realizado em regime de prestação de serviços e em regime de trabalho suplementar —, em número de profissionais avaliados em “equivalentes a tempo completo”, identificando assim o número de profissionais ETC que o trabalho complementar representa.

Assim, considerando que trabalho suplementar e de prestação de serviços corresponde ao trabalho complementar — que não é assegurado nos horários normais de trabalho dos profissionais —, e contabilizando a totalidade das horas trabalhadas por estes, tanto a título de Horas de Trabalho Suplementar como de Horas de Prestação de Serviços (25 473 725 horas em 2022), verifica-se que as instituições que compõem o SNS teriam necessidade de mais 14 286,7 profissionais em horário completo (11 249 ETC para colmatar as necessidades de trabalho suplementar e 3 038 ETC para colmatar as necessidades de trabalho supridas através do recurso a prestações de serviços clínicos). Expresso de outra forma, isto significa que de modo a suprir as necessidades de trabalho

complementar desempenhadas por profissionais de saúde no SNS, seriam, portanto, necessários cerca de mais 10% (9,5% em 2022) do número de profissionais em tempo completo, face aos existentes no SNS em final de 2022.

Esta realidade encontra-se sintetizada na **Figura 45**. Como se pode observar, a tendência para o crescimento dos ETC representados pelo trabalho suplementar, tanto no que se prende com HTS como com HPS, tem vindo a acentuar-se ao longo do período em análise, sendo distinta de acordo com os grupos profissionais, como já analisado antes.

Figura 45 – Relevância do trabalho complementar (HTS+HPS), convertido em ETC (2022)



A **Figura 46** perspetiva o contributo do trabalho complementar em proporção do total do tempo de trabalho em ETC: Partindo do número de profissionais ETC do SNS inerentes aos respetivos horários base de trabalho (ETC_HBT), é possível agregar o número de profissionais ETC resultantes da conversão das HTS (ETC_HTS), bem como o número de profissionais ETC decorrentes das horas realizadas de prestação de serviços (ETC_HPS), e, desse agregado teórico de profissionais em ETC, verificar o contributo relativo de cada um dos “regimes” para o tempo de trabalho total desempenhado no SNS, em cada ano.

Figura 46 – Proporção (%) do tempo de trabalho desempenhado em horário base, em horas suplementares e em prestações de serviços, convertido em ETC (2022)



A figura evidencia que, entre 2018 e 2022, o contributo em ETC dos regimes de trabalho complementar para o tempo total trabalhado no SNS, cresceu, ganhando cerca de 2 pp de relevância na estrutura. Por contraponto, o número de profissionais ETC concretizados através do trabalho realizado em horário base, mesmo aumentando em valores absolutos, em 2022 significava 91% do total de tempo trabalhado, ao passo que em 2018 essa proporção era de 93%.

Este exercício de equiparação a ETC, embora meramente teórico, evidencia uma vez mais a necessidade de ter em conta, no exercício de planeamento da dotação e da afetação de RHS no SNS, a escassez de RH que o mesmo evidencia, e a potencial sobrecarga dos RH atuais, bem como a sua tendência de evolução. Tendo em conta, todavia, como este Estudo tem demonstrado, que a realidade não é, de todo, homogénea no SNS, nem quanto à intensidade do recurso a trabalho complementar (por grupo profissional, região ou setor), nem quanto ao seu significado e implicações.

4.6.1. Trabalho complementar equiparado a ETC por grupo profissional

Aprofundando este tipo de análise por grupo profissional, constata-se através dos dados resumidos no Quadro 31 que as necessidades de trabalho complementar (HTS+HPS) convertidas em número de profissionais ETC, são particularmente visíveis no grupo profissional dos médicos. As instituições que compõem o SNS, em 2022 teriam necessidade de 6 133,3 médicos adicionais em horário completo (3 653 ETC) para colmatar as necessidades de trabalho suplementar, e 2 481 médicos adicionais ETC para colmatar as necessidades de trabalho supridas através de prestações de serviços médicos à tarefa. Assim, por forma a suprir as necessidades de profissionais face ao tempo de atividade inerente

aos horários de base dos médicos do SNS, seriam necessários mais 20,3% médicos, face ao número de profissionais médicos a tempo completo no SNS, em 2022, por contraponto com 18,2% adicionais em 2018.

Há que salientar ainda a elevada taxa de crescimento do trabalho complementar avaliado em ETC registada pelo grupo profissional dos enfermeiros neste período (+83,8%), bastante mais significativa que as dinâmicas de crescimento evidenciadas nos restantes grupos profissionais considerados, quase que duplicando as necessidades de tempo dos enfermeiros ao serviço do SNS, supridas pelo recurso a formas de trabalho complementar. Apesar o crescimento do número de enfermeiros ETC no SNS no período, conforme documentado no anterior Estudo do PLANAPP, o contributo do trabalho complementar de enfermeiros face ao tempo do seu trabalho em horário base, aumentou de 5 para 7,7%, e cresceu também na sua equiparação a ETC (+1.086 enfermeiros ETC).

Quadro 31 - Trabalho complementar equiparado a ETC e em proporção (%) do horário base de trabalho dos profissionais do SNS [(HTS+HPS)/HBT] por grupo profissional (2022)

Médicos	ETC-HTS	ETC-HPS	ETC-(HTS+HPS)	% HTS/HBT	% HPS/HBT	% (HTS+HPS)/HBT
2018	3 015	1 914	4 929	11,1%	7,1%	18,2%
2019	3 059	2 124	5 183	10,8%	7,5%	18,3%
2020	3 628	2 260	5 888	12,6%	7,8%	20,4%
2021	4 011	2 285	6 296	13,5%	7,7%	21,3%
2022	3 653	2 481	6 133	12,1%	8,2%	20,3%
Enfermeiros						
2018	1 908	225	2 133	4,5%	0,5%	5,0%
2019	2 256	163	2 418	5,0%	0,4%	5,3%
2020	2 724	145	2 870	5,6%	0,3%	5,9%
2021	4 226	82	4 308	8,4%	0,2%	8,6%
2022	3 741	180	3 921	7,3%	0,4%	7,7%
Outros						
2018	2 434	714	3 147	4,1%	1,2%	5,3%
2019	2 871	434	3 304	4,6%	0,7%	5,3%
2020	3 426	383	3 809	5,1%	0,6%	5,6%
2021	4 193	238	4 430	6,1%	0,3%	6,4%
2022	3 855	377	4 233	5,6%	0,5%	6,1%

4.6.2. Trabalho complementar equiparado a ETC por região

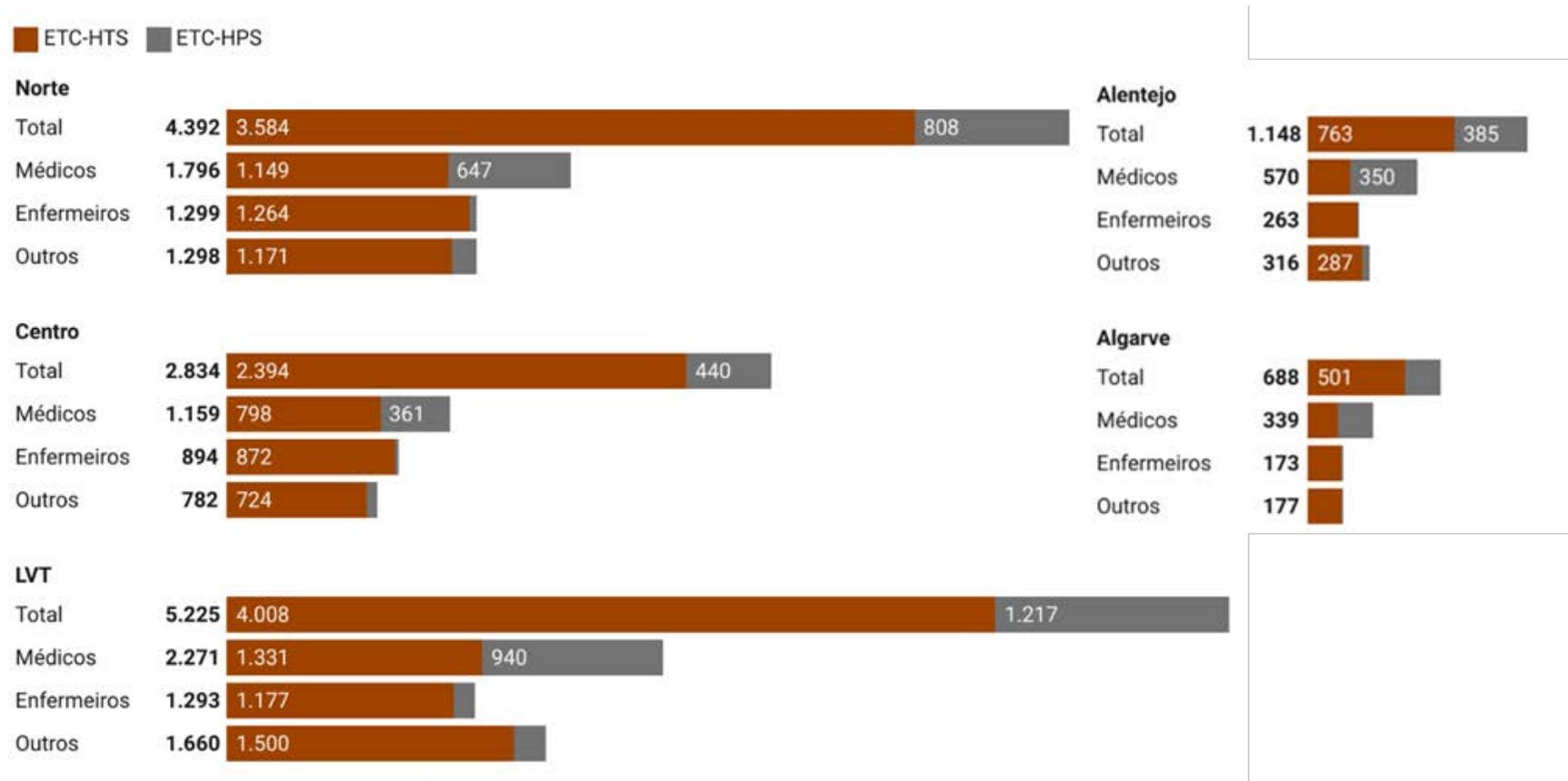
O recurso a trabalho complementar é bastante diferenciado tendo em consideração a sua afetação regional.

Os dados da **Figura 47** evidenciam que a região de LVT é a que apresenta as maiores necessidades absolutas acumuladas de profissionais em ETC (5 225 ETC em 2022) para suprir o trabalho desenvolvido sob a forma de trabalho suplementar ou em regime de prestação de serviços clínicos.

É, contudo, de salientar, em termos relativos, a relevância assumida por estes regimes profissionais na atividade médica desenvolvida pelo SNS nas regiões a sul do país, com particular acuidade no

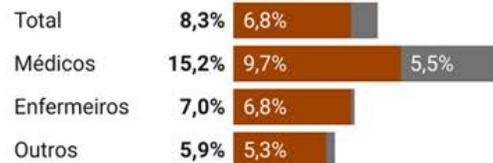
Alentejo. Nesta região seria necessário o equivalente a mais 58% do número de profissionais médicos em tempo completo existentes nas instituições do SNS aí localizadas, para colmatar as necessidades de trabalho complementar desempenhadas pelos profissionais de saúde em 2022 (sendo, neste grupo profissional, estas desenvolvidas com recurso maioritário à prestação de serviços médicos). Com efeito, a situação do Alentejo afigura-se de enorme fragilidade e pode levantar questões muito sérias sobre garantia e equidade de acesso a cuidados médicos de forma atempada, contínua e com qualidade.

Figura 47 - Resumo total da relevância do trabalho complementar [(HTS+HPS)/HBT] e das necessidades em ETC na atividade dos profissionais do SNS por grupo profissional e região (2022)

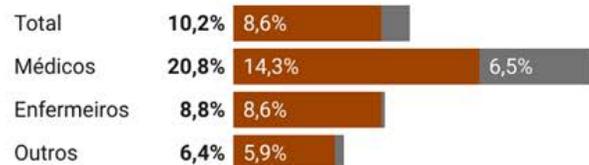


■ % HTS/HBT ■ % HPS/HBT

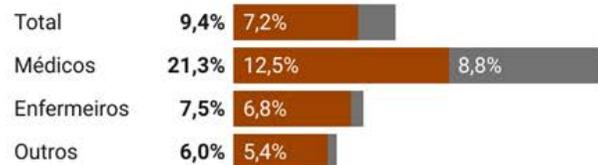
Norte



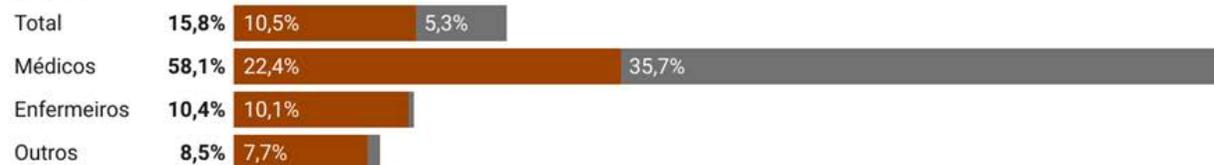
Centro



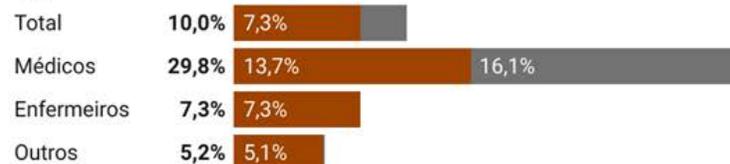
LVT



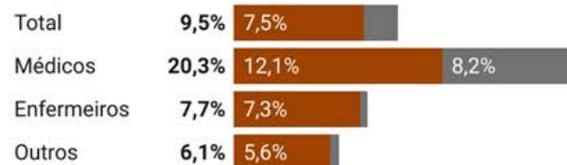
Alentejo



Algarve



SNS



4.6.3. Trabalho complementar equiparado a ETC por entidade

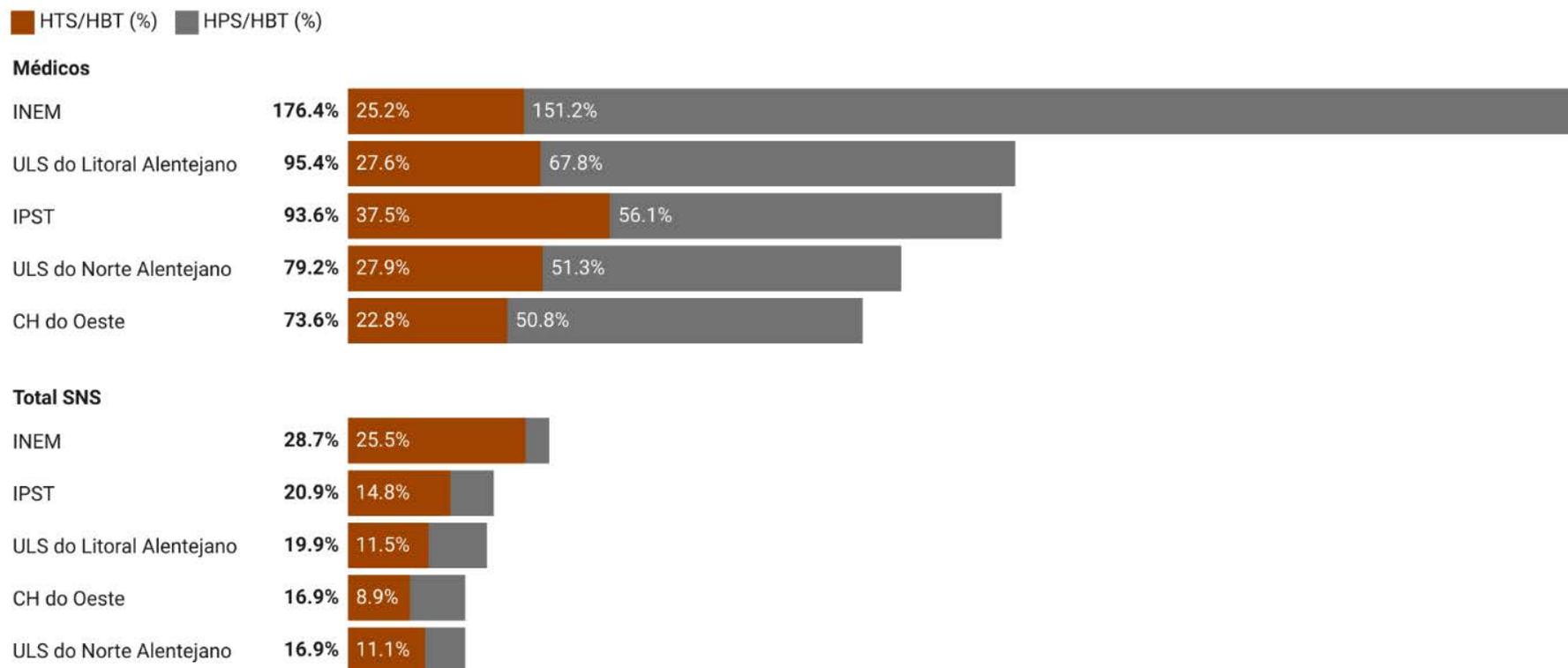
Para além da análise das disparidades regionais no recurso às formas de trabalho complementar pelo SNS, é também possível identificar as instituições que mais utilizam Horas de trabalho suplementar (HTS) e Horas de prestação de serviços (HPS) avaliadas por conversão em ETC, por grupos profissionais e pela sua relevância face à jornada base de trabalho.

A **Figura 48** identifica as cinco instituições do SNS que mais recorrem ao tempo de trabalho suplementar e de prestações de serviços, por comparação com o da jornada base de trabalho dos respetivos profissionais.

Verifica-se que é no grupo profissional dos médicos que se encontram as situações de maior dependência do trabalho suplementar e das prestações de serviços para suprir necessidades de prestação de cuidados de saúde, de muito provável caráter permanente.

É de salientar, pela sua magnitude e gravidade, o caso do INEM, entidade essencial no contexto do SNS, mas na qual o modelo de trabalho médico se encontra ancorado no trabalho complementar e não em RH permanentes. Efetivamente, a maioria da atividade médica realizada no INEM é dependente de prestadores externos a esta instituição (55%), e constata-se que, em 2022, o tempo proveniente dos horários base de trabalho representa apenas 36% do tempo necessário a toda a atividade médica desenvolvida (considera-se aqui a globalidade de horas efetivamente afetadas ao desempenho das atividades clínicas, tendo por base quer as horas contratualizadas quer o trabalho suplementar associado e as prestações de serviços médicos).

A identificação das 10 instituições que mais utilizam HTS e HPS, no total e por grupos profissionais, de acordo com as várias métricas usadas neste Estudo, é disponibilizada em detalhe no Anexo II.

Figura 48 – 5 entidades do SNS com maior proporção de trabalho complementar face ao horário base de trabalho [(HTS+HPS)/HBT] - total do SNS e Médicos (2022)

Para além do INEM, a situação da ULS do Litoral e Norte Alentejano, já por diversas vezes referidas, e a do CH do Oeste, afiguram-se bastante sérias, pela carência que evidenciam de RH médicos permanentes, que possam exercer funções de modo estável e previsível, o que seguramente coloca não só enormes desafios à sua gestão estratégica e quotidiana, como gera preocupações sobre a garantia de equidade de acesso por parte das populações servidas por estas entidades. O caso do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) pode, apesar da dimensão da dependência de trabalho complementar, gerar menor preocupação relativa, recordando-se que os dados disponibilizados ao PLANAPP não permitem distinguir horas de prevenção das realizadas em regime de presença física, e que o IPST está indiretamente envolvido na prestação de cuidados, ao contrário das demais entidades.

4.7. Relação entre a densidade de profissionais face à população e o contributo das HTS e HPS para o tempo de trabalho no SNS

O trabalho complementar, na aceção adotada neste Estudo, corresponde, como explicado, ao trabalho de profissionais do SNS que não é assegurado nos horários normais de trabalho dos profissionais, contabilizando a totalidade das horas adicionais trabalhadas por estes fora desse horário base, concretizadas tanto a título de horas de trabalho suplementar (HTS) como de horas de prestação de serviços clínicos (HPS). Importa, neste contexto, relacionar o recurso ao trabalho complementar com a densidade de recursos humanos no território nacional, já analisada em detalhe no anterior Estudo do PLANAPP.

Apresenta-se assim, de seguida, uma lógica de análise do trabalho complementar por rácios populacionais, integrando o trabalho complementar que não é assegurado através do tempo dos horários normais de atividade dos profissionais do SNS e contabilizando, portanto, a totalidade das horas trabalhadas por estes (incluindo HTS e HPS), como uma medida o mais aproximada possível das necessidades globais de recursos humanos face às necessidades de cuidados de saúde da população.

Conforme identificado no anterior Estudo a distribuição da população residente por ARS manteve-se relativamente estável no período, mas houve alterações significativas nas disparidades regionais relacionadas com a distribuição dos RH do SNS no território. Constatou-se um (favorável) crescimento generalizado da densidade de RH do SNS (avaliados em ETC), por 1 000 habitantes (‰), nas cinco ARS, mas com estabilização (ou mesmo, nalgumas regiões, redução) deste rácio nos últimos dois anos, com uma ligeira aproximação relativa das disparidades globais entre as 5 regiões, mas tendo subjacentes dinâmicas de crescimento muito diferenciadas da densidade de RHS por ARS, em especial no grupo profissional dos médicos especialistas.

A evidência resumida no **Quadro 32**, apresenta a densidade de RH do SNS, avaliada em ETC, face à população (‰), em diferentes “dimensões” do tempo de trabalho destes RH: horário base de trabalho (HBT) e agregando a este o tempo proveniente da integração do trabalho complementar, quer na componente do trabalho suplementar dos próprios profissionais (HTS), quer na do tempo de trabalho adicional por recurso a prestadores de serviços (HPS), recalculando rácios de densidade populacional de RH, quer para cada uma das 3 componentes em separado, quer para a soma de HBT, HTS e HPS, quando convertidos em ETC. Por seu turno, esta análise é decomposta por macro grupo profissional e por região, permitindo perceber disparidades e tendências entre profissões e regiões, no modo como se recorre ao trabalho complementar no SNS.

Quadro 32 – Rácio de grupos profissionais pela população por região, base e com efeito do trabalho complementar (HTS+HPS) (2022)

	Rácio Pop. Base	Rácio Pop. HTS	Rácio Pop. HPS	Rácio Pop. Base+HTS+HPS	Variação
Norte	14,6	1,0	0,2	15,8	8,3%
Médicos	3,3	0,3	0,2	3,8	15,1%
Enfermeiros	5,2	0,3	0,0	5,5	6,9%
Outros	6,2	0,3	0,0	6,5	5,8%
Centro	16,7	1,4	0,3	18,4	10,1%
Médicos	3,3	0,5	0,2	4,0	20,8%
Enfermeiros	6,0	0,5	0,0	6,6	8,8%
Outros	7,3	0,4	0,0	7,8	6,4%
LVT	14,9	1,1	0,3	16,3	9,4%
Médicos	2,9	0,4	0,3	3,5	21,3%
Enfermeiros	4,6	0,3	0,0	5,0	7,5%
Outros	7,4	0,4	-	7,8	6,0%
Alentejo	15,3	1,6	0,8	17,8	15,9%
Médicos	2,1	0,5	0,7	3,3	58,1%
Enfermeiros	5,4	0,5	0,0	5,9	10,4%
Outros	7,9	0,6	0,1	8,6	8,5%
Algarve	14,5	1,1	0,4	16,0	10,0%
Médicos	2,4	0,3	0,4	3,1	29,8%
Enfermeiros	5,0	0,4	0,0	5,4	7,3%
Outros	7,1	0,4	0,0	7,5	5,2%
SNS	15,1	1,1	0,3	16,5	9,5%
Médicos	3,0	0,4	0,2	3,6	20,3%
Enfermeiros	5,1	0,4	0,0	5,5	7,7%
Outros	6,9	0,4	0	7,4	6,1%

Considerando os dados do **Quadro 32**, com a integração do tempo de trabalho complementar, quer por trabalho suplementar dos profissionais quer por recurso a prestadores de serviços, convertido em equivalentes a tempo completo (ETC), no apuramento de rácios populacionais da dotação de RH (ETC) do SNS, globalmente considerada, constata-se que:

- a região Centro consolida a sua posição de região com maior dotação de total RHS por 1.000 habitantes, avaliados agora pela agregação do tempo de trabalho dos horários base ao proveniente de HTS e HPS, todos eles convertidos em ETC e somados. Esta situação é particularmente visível nos grupos profissionais dos médicos e dos enfermeiros, e algo inesperada, dado o suposto papel de “ajustamento” do trabalho suplementar e das prestações de serviços, face a necessidades não satisfeitas de respostas de saúde das instituições e dos territórios com menor dotação relativa de RH do SNS – o que não é o caso da região Centro, apesar da sua dimensão territorial e dispersão da população;

- nesta avaliação da densidade global dos RH do SNS face à população, considerando esta dotação global (após agregação do tempo do trabalho complementar), posicionam-se a região do Alentejo, seguida de LVT, Algarve e Norte, sendo de notar que enquanto Centro e Alentejo se situam acima da média de densidade global para o SNS, as 3 últimas regiões se situam abaixo da média global nacional;
- contudo, a região de LVT é a que apresenta menor rácio de profissionais enfermeiros por 1.000 habitantes a nível nacional, mesmo considerando a dotação de RH advindos do trabalho complementar, e situando-se, a par com o Algarve, abaixo da média global do SNS da densidade populacional de enfermeiros ETC;
- por outro lado, a região Algarve é a que apresenta o menor rácio de profissionais médicos por 1.000 habitantes, mesmo considerando a dotação de RH advindos do trabalho complementar. Ao contrário, a região Centro e a Norte são as, respetivamente, 1ª e 2ª melhor posicionadas quanto à densidade global do tempo de trabalho médico, face à população e por comparação com a média SNS e as demais regiões;
- a região Alentejo é a que apresenta o maior rácio de profissionais “outros” por 1.000 habitantes. É ainda de salientar que é a região onde o efeito do trabalho suplementar avaliado em ETC se sente mais no reforço da dotação de RHS, nomeadamente médicos e também enfermeiros, na resposta às necessidades e ao défice de base de RH do SNS nesta região, em termos de dotação por 1.000 habitantes.
- a região Norte, quando somados os ETC representados pelas HTS e HPS, é a que apresenta menor rácio global de RHS face à população (15,8‰), mas em grande medida devido ao reduzido peso relativo do grupo profissional “outros”⁴⁵. A região de LVT, como integra a indexação das sedes de todos serviços centrais, apresenta uma elevada dotação relativa deste grupo profissional agregado, contudo é no Alentejo que este assume particular preponderância (8,6‰).
- são, pois, as regiões do Sul de Portugal que apresentam o menor rácio de profissionais médicos por 1.000 habitantes, apesar de serem também as regiões onde se sente mais impacto no reforço da dotação de RHS na resposta às necessidades e ao défice de base de força de trabalho médica aí existente. Estes factos levantam questões diferenciadas, quer na dificuldade comparativa de formação e atração de médicos quer, em especial no caso de LVT, na capacidade efetiva de retenção destes profissionais, face às condicionantes de custo de vida e disponibilidade de alojamento, quer por pressão concorrencial do setor privado predominantemente instalado nesta região (com outros instrumentos e capacidade de atração de recursos, nomeadamente a nível financeiro e de flexibilidade de horários).

Verificam-se, portanto, situações bastante assimétricas, a vários níveis. Desigualdades regionais de partida na distribuição dos RH do SNS (ETC dos HBT) pelas regiões e entre profissões, já detalhadas no Estudo anterior, e com intensidades muito distintas. A que se agregam, agora, desigualdades nas densidades populacionais dos ETC representados pelo tempo de trabalho total dedicado ao SNS por

⁴⁵ Grupo profissional que agrega todos os profissionais não médicos nem enfermeiros, conforme o modelo de dados já detalhado.

profissionais de saúde (incluindo as HTS e as HPS), que esta análise evidencia. De facto, os efeitos são diversos, pois há regiões com menores dotações relativas de recursos humanos de base, em que se verifica um papel de ajustamento, face às necessidades de respostas das instituições e dos territórios, com o recurso a trabalho complementar, mas também se verifica um caso como o da região Centro, em que o trabalho complementar contribui para o acréscimo significativo da dotação de recursos humanos em saúde e agravamento das desigualdades de base que já existiam nas densidades de RH do SNS face à população.

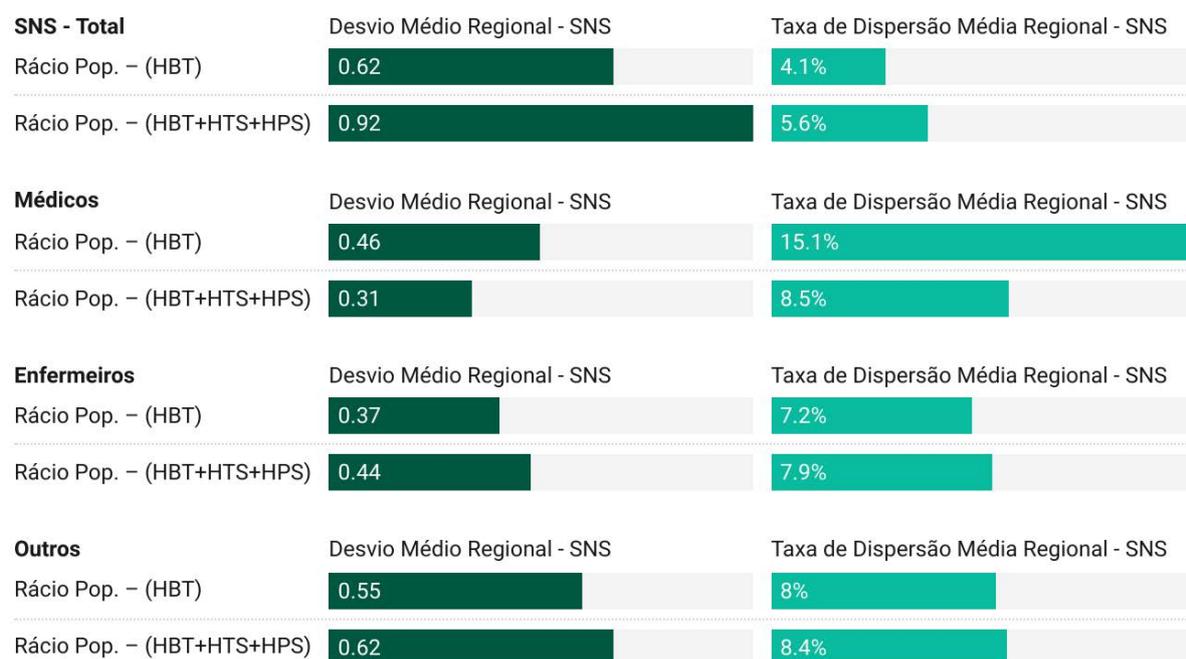
Assim, conclui-se que o trabalho suplementar e as prestações de serviços, em termos globais, introduziram fatores de distorção na distribuição regional de RHS, tendo aumentado a divergência existente entre as diversas regiões.

Contudo, esta situação é diferenciada conforme os grupos profissionais. Enquanto que no caso dos médicos, o volume de horas do trabalho suplementar e das prestações de serviços equiparado a ETC, teve um papel aproximação das densidades regionais de médicos face às necessidades de respostas das instituições e dos territórios com menos dotações de recursos, nos restantes grupos profissionais, verificou-se um acréscimo da dispersão territorial e o acentuar das diferenças regionais em termos da dotação de recursos humanos (avaliada através do tempo total de trabalho dos profissionais⁴⁶) face à população abrangida.

A Figura 49 resume e objetiva esta constatação, através do cálculo dos desvios médios regionais, e das taxas de dispersão regional de RH, antes e após recurso a trabalho complementar, em 2022, para o total do SNS e os macro grupos profissionais.

⁴⁶ Recordar-se que este tempo total de trabalho dos profissionais de saúde advém da soma das horas provenientes do horário base de trabalho (HBT), de trabalho suplementar (HTS) e de prestação de serviços clínicos (HPS), então convertidas em ETC.

Figura 49 - Desvio médio regional e taxa de dispersão média regional por grupos profissionais (2022)



Nota: *Desvio Médio Regional* - média do valor absoluto dos desvios em relação aos valores globais do SNS por grupo profissional. *Taxa de Dispersão Média Regional* - é o peso do desvio médio regional face ao rácio populacional do SNS por grupo profissional

A análise subjacente à realidade representada na **Figura 49** assume o pressuposto que, se os profissionais do SNS de base (avaliados pelo tempo do seu HBT convertido em ETC) fossem distribuídos proporcionalmente à população residente em cada uma das cinco regiões, a soma do desvio médio entre as ARS seria zero. Sendo os valores reais do desvio médio regional maiores do que zero, as horas extraordinárias (HPS e HTS) deveriam ser um recurso para minimizar estas disparidades nos diferentes grupos profissionais. Assim, no que respeita ao desvio médio regional, este cálculo visa aferir qual diferença média absoluta existente entre as cinco ARS e o valor global do SNS⁴⁷.

Neste sentido, verifica-se nomeadamente que face ao valor de base do SNS de dotação de RH do SNS por 1 000 habitantes, os rácios das ARS, em média, diferem deste valor mais ou menos 0,62 valores. Todavia, ao consideramos a inclusão do tempo de trabalho complementar convertido em ETC e comparamos com as respetivas densidades populacionais, verifica-se que este diferencial aumenta, passando as ARS, em média, a estar afastadas mais ou menos 0,92 valores face ao valor global do SNS.

No conjunto dos profissionais do SNS esta variância entre regiões representa, em média, 4,1% da jornada de trabalho regular (HBT). Quando é introduzido o recurso a HPS e HTS, esta variância aumenta para 5,6%. Isto implica uma alocação ineficaz de HPS e HTS para diminuir desigualdades regionais entre profissionais SNS e a população, não se colocando, todavia, em causa a sua

⁴⁷ Os valores obtidos das diferenças são somados em módulo.

necessidade para suprir necessidades de cuidados inadiáveis, em especial nas regiões a Sul do país e em certos grupos profissionais.

Quando o grupo profissional dos médicos é analisado separadamente, percebe-se que, considerando apenas o tempo de trabalho do HBT, há uma diferença média entre as regiões de 15,1% em termos de densidade dos profissionais na população, a maior percentagem entre os grupos profissionais, indiciando fortes desigualdades regionais na distribuição do pessoal médico entre as cinco regiões. Contudo, com o recurso a HTS e HTP, a medida de disparidade, embora mantendo-se muito mais elevada do que para a média das outras profissões do SNS, reduz-se para 8,5% da densidade dos médicos face à população. Isso significa que, ainda que estes valores de desigualdades regionais se mantenham bastante elevados, as horas de trabalho complementar funcionam como um recurso válido, no caso deste grupo profissional, para minorar disparidades regionais em termos de densidade de profissionais médicos.

A mesma situação não se verifica nos grupos profissionais de Enfermeiros e de Outros. Em ambos os casos, o efeito das horas de trabalho complementar é o de aumentar a disparidade média entre as regiões quanto aos rácios populacionais respetivos. Neste caso, o recurso a HTS e HPS, aumentando a densidade destes profissionais face à população, deveria ser usado como um instrumento de gestão para diminuição das desigualdades regionais, e não como perpetuadora destas. Mas não é o que os dados demonstram que esteja a suceder, matéria que merece maior análise e investigação dos motivos, por parte do Ministério da Saúde.

Para concluir este capítulo, retoma-se e aprofunda-se a análise da dimensão regional, desenvolvida no ponto 2.7, relacionada agora com as desigualdades no uso das várias fontes de tempo de trabalho de profissionais de saúde no SNS. Utiliza-se seguidamente a soma das HTS com as HPS comparativamente com as horas base de trabalho $[(HTS+HPS) / HBT]$, ou seja, a proporção do tempo de trabalho complementar face ao tempo de trabalho base, *vis-à-vis* a densidade dos profissionais do SNS face à população. Considerando esta proporção do recurso ao trabalho complementar, avaliada em percentagem do tempo do HBT, como expectável variável dependente da densidade de RH do SNS face à população (variável independente).

A lógica de alocação do tempo de trabalho complementar dos RH, num cenário ideal, deveria respeitar os princípios de redução das desigualdades das densidades de profissionais face à população, de modo que regiões com maior densidade de profissionais deveriam recorrer comparativamente menos ao trabalho suplementar e a prestação de serviços, ao mesmo tempo que regiões com menor densidade de profissionais de saúde de base se socorreriam mais dos recursos HTS e HPS como instrumento para colmatar a falta de recursos humanos de base, por comparação com as demais regiões.

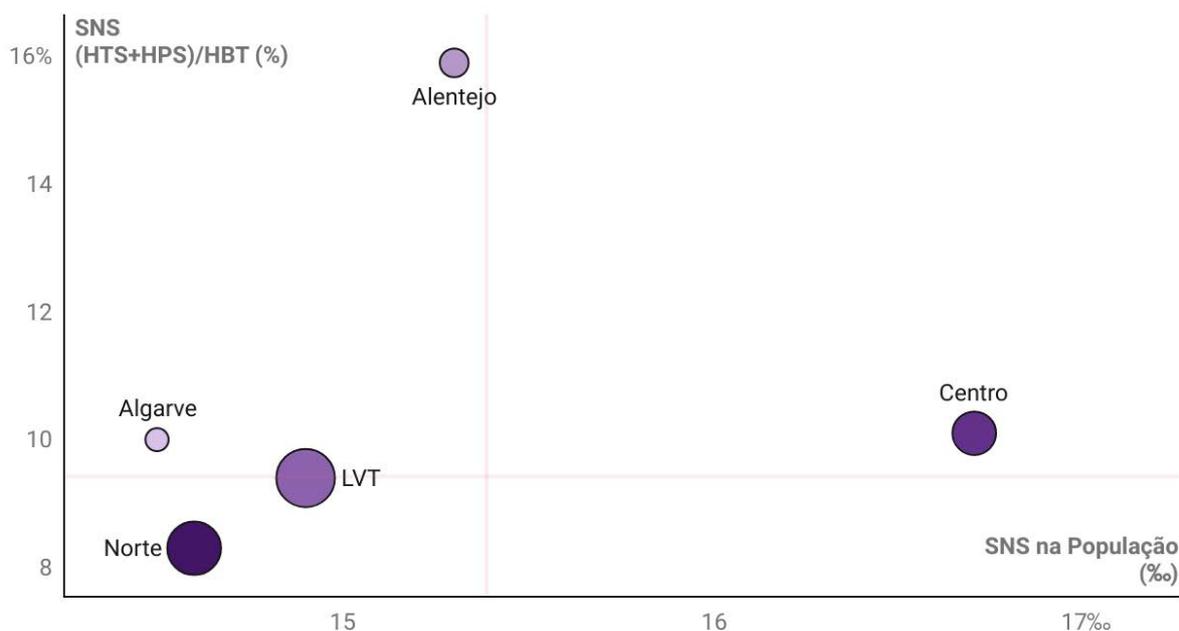
A **Figura 50** confronta estas considerações para o total de recursos humanos do SNS por região. Deve-se olhar preferencialmente para dois dos quadrantes: quadrante superior esquerdo e o quadrante inferior direito. Para haver uma efetiva capacidade de resposta a défices regionais, as regiões com menores rácios populacionais base deveriam ter um maior peso do trabalho suplementar (quadrante

superior esquerdo) e vice-versa, as regiões com maiores rácios populacionais base deveriam ter um menor peso do trabalho suplementar (quadrante inferior direito).

Considerando a realidade espelhada na figura, constata-se que tal não é o que se verifica. Apenas sucede no caso dos médicos, como se analisará mais à frente.

Figura 50 – Densidade de RH do SNS na população (‰) *versus* proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)

Tamanho das esferas dado pela medida de (HTS+HPT) em ETC



Eixos destacados correspondem à média SNS

Os eixos criados com os valores médios do SNS permitem repartir a figura em quatro quadrantes.

No quadrante inferior esquerdo temos os casos que, com densidades de profissionais do SNS (todos os grupos profissionais) abaixo da média, apresentam igualmente valores abaixo da média no uso de horas de trabalho complementar. Pode-se referir que, caso não existisse carência de RH no SNS, este seria um cenário de equilíbrio, no qual HTS ou HPS não seriam utilizadas como habitual e frequente instrumento de gestão pois a força de trabalho de base seria suficiente para responder adequadamente às necessidades da população. A região Norte encontra-se neste quadrante e parte da região de LVT (em transição para o quadrante superior esquerdo).

O quadrante inferior direito reflete um cenário ideal, com “elevada” disponibilidade de RH globais no SNS face à população, e reduzida necessidade de recurso horas suplementares ou de prestação de serviços. Destaca-se que nenhuma das cinco regiões ocupa este quadrante.

No quadrante superior esquerdo encontra-se o cenário de carência relativa de profissionais, razão pela qual o recurso a HTS e HPS face ao tempo de HBT é (expectavelmente) elevado, para suprir lacunas que se verificou já serem constantes ao longo do tempo, no caso do SNS, em vez de episódicas e

transitórias. Neste cenário encontram-se as regiões do Algarve e Alentejo, bem como uma aproximação de LVT.

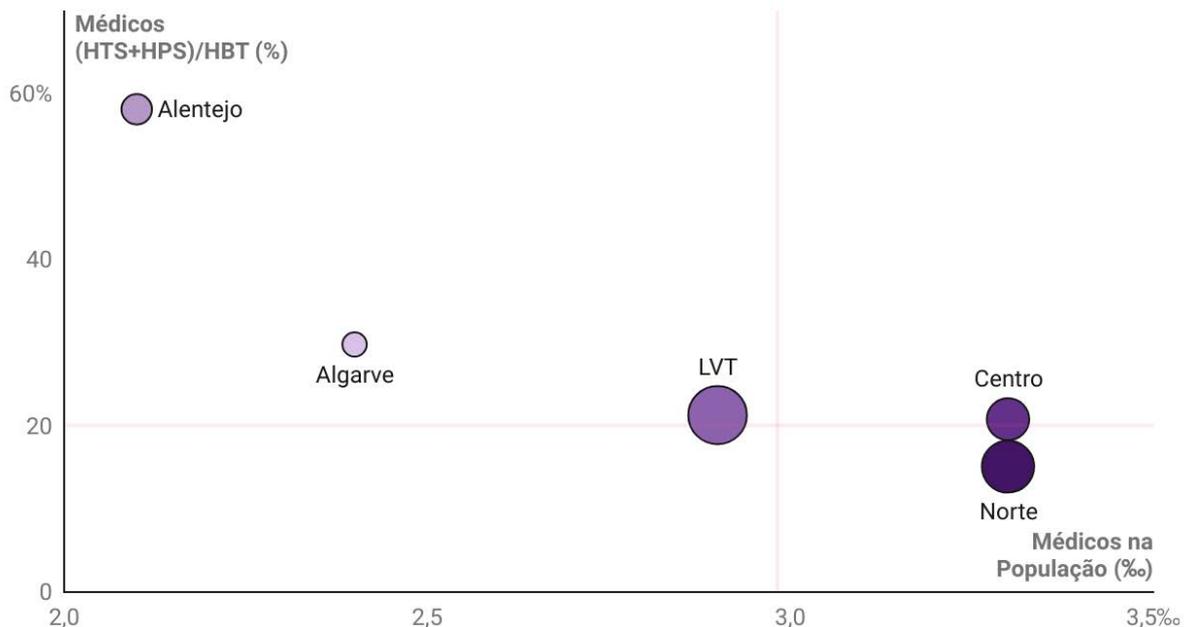
Por fim, no quadrante superior direito há um cenário em que se colocam questões de eficiência da gestão, pois coexistem RH em densidade superior à média do SNS para dar resposta às necessidades da população e, mesmo assim, recorre-se desproporcionadamente, face às demais regiões, a horas suplementares ou prestações de serviços clínicos. Neste quadrante encontramos a região Centro.

O mesmo modelo dos quatro quadrantes pode ser aplicado numa análise ao nível dos grupos profissionais, particularizando o caso dos médicos (que agrega especialistas e internos) e dos enfermeiros do SNS.

Na **Figura 51**, representa-se o contexto dos médicos do SNS para estes cenários.

Figura 51 – Densidade de Médicos do SNS na população (‰) *versus* proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)

Tamanho das esferas dado pela medida de (HTS+HPS) em ETC



Eixos destacados correspondem à média SNS

Diferentemente da realidade da totalidade dos profissionais do SNS representada na figura anterior, no caso específico dos médicos verifica-se o esvaziamento do cenário de equilíbrio, com a passagem de LVT para o cenário de carência de profissionais médicos, já ocupado pelo Alentejo (marcadamente) e pelo Algarve.

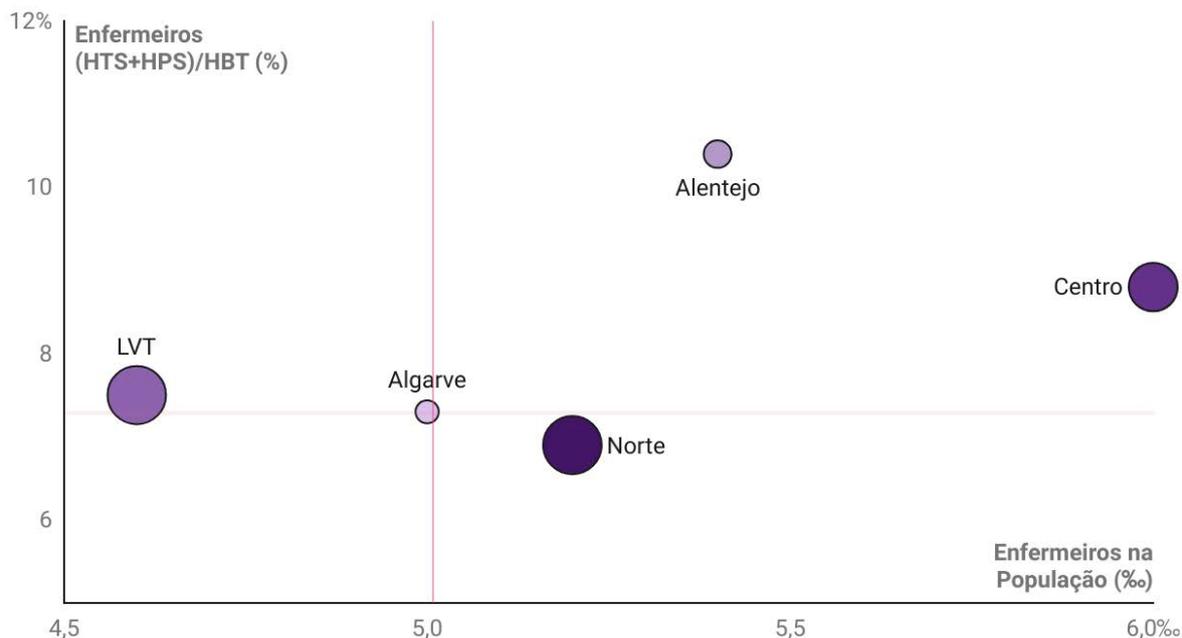
No canto inferior direito, encontramos a região Norte no cenário ideal, com uma densidade de médicos bastante acima da média do SNS e baixo recurso a soluções “não normais” de tempo de trabalho médico, que não o do seu horário base. A região Centro está a avançar do cenário ideal para o cenário

que coloca questões de gestão na medida em que amplia o recurso relativo a HTS e HPS, apesar de ter uma densidade de médicos na população acima da média do SNS.

Por fim, a **Figura 52** apresenta a análise de quadrantes para o grupo profissional dos enfermeiros.

Figura 52 – Densidade de Enfermeiros do SNS na população (%) versus proporção (%) do trabalho complementar face ao horário base de trabalho no SNS [(HTS+HPS)/HBT] (2022)

Tamanho das esferas dado pela medida de (HTS+HPS) em ETC



Eixos destacados correspondem à média SNS

Tal como na figura anterior, não há, para o grupo profissional dos Enfermeiros, nenhuma região posicionada no quadrante de equilíbrio, o que indicia a potencial existência de escassez deste tipo de profissionais de base, no SNS.

No quadrante ideal, a região Norte repete a sua posição, com uma densidade de enfermeiros acima da média do SNS e reduzido recurso comparativo a soluções de HTS e HPS face aos horários base. Nos quadrantes superiores, LVT posiciona-se no quadrante de carência de profissionais de enfermagem, indicando uma necessidade de recurso a HTS e HPS de enfermeiros para colmatar *gaps* originados pela falta destes profissionais nos quadros das instituições do SNS desta região. Todavia, em LVT, esse recurso em termos relativos está alinhado com a média do SNS e abaixo dos casos do Centro e do Alentejo.

As regiões do Alentejo e Centro, no caso do grupo dos enfermeiros, encontram-se no quadrante que coloca questões de eficiência relativa na gestão, pois utilizam regularmente tempo de trabalho complementar (HTS e HPS), apesar de terem densidades de enfermeiros acima da média do SNS em relação às suas populações.

Por fim, a região do Algarve encontra-se na interseção dos eixos de médias dos quatro quadrantes. Isso significa, por um lado, o potencial para vir a ocupar os quadrantes inferiores se, no médio-longo prazo, ocorrer o fortalecimento relativo da sua dotação de base de enfermeiros. Por outro lado, se as necessidades da população não satisfeitas forem sendo supridas apenas por recurso sistemático a HTS e HPS, a região transitará para os quadrantes superiores.

Conclui-se que apenas no grupo profissional dos médicos se verifica, em 2022, um papel de ajustamento efetivo das desigualdades regionais face às necessidades da população, mediante recurso a trabalho suplementar e a prestação de serviços clínicos, não sendo essa a tendência para a globalidade do SNS.

A reter neste capítulo...

- Entre 2018 e 2022, houve um aumento significativo do número de horas de trabalho complementar (HTS+HPS), superior a 7,1 milhões de horas (+38,9%). A importância das horas de trabalho suplementar (HTS) é sempre predominante, mas o contributo das horas de prestação de serviços (HPS) nunca é negligenciável, identificando-se uma dependência crescente destas modalidades extraordinárias de trabalho clínico, no SNS.
- A importância do volume global de HTS e de HPS face às horas contratualizadas em horário base de trabalho (HBT) com os profissionais do SNS, tem vindo a aumentar ao longo do período, tendo passado de 7,9% em 2018 para 9,5% em 2022 (+1,6 pp).
- A análise regional mostrou que as regiões de LVT, Norte e Centro foram as ARS com maior volume de trabalho complementar, representando mais de 86% do total nacional. A região Norte destacou-se com um crescimento de 45,5% no trabalho complementar. Nas regiões a Sul do país, como Alentejo e Algarve, detetou-se uma dependência maior de prestadores de serviços externos, em especial de médicos, evidenciando um défice de recursos humanos significativo que é necessário ter em conta no planeamento de RHS regional. Por contraponto, na ARS Centro há elevado peso no recurso a trabalho complementar, apesar da maior dotação de RHS face à população.
- Em especial a situação do Alentejo afigura-se de enorme fragilidade — seria necessário o equivalente a mais 58% do número de médicos em tempo completo (ETC) existentes nas instituições do SNS aí localizadas, para colmatar as necessidades de trabalho complementar a que se recorreu em 2022, acrescendo, neste grupo profissional, que estas se supriram com recurso maioritário à prestação de serviços de “tarefeiros”.
- Não existe nenhuma uniformidade regional nem quanto ao grau de recurso a trabalho complementar, nem quanto à importância relativa que, no quadro do mesmo, HTS e HPS assumem.
- No contexto institucional, os setores hospitalar e das Unidades Locais de Saúde (ULS) foram os maiores utilizadores de trabalho complementar, contudo, foi nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) que ocorreu a maior taxa de crescimento (46,7%). Já em termos da representatividade do tempo de trabalho complementar face ao desenvolvido nos horários base de trabalho (HBT) dos profissionais de saúde, verifica-se que é nos serviços centrais, e nas ULS, que esta é maior, não obstante esta dependência ter aumentado entre 2018 e 2022 em todos os setores analisados.

A reter neste capítulo...

- Particularizando a análise ao nível das entidades, em 2022, os Centros Hospitalares (CH) e Universitários de Coimbra, de Lisboa Norte, a ARS Norte, e os CH e Universitários de Lisboa Central e do Algarve destacaram-se por, globalmente, concretizarem mais de um milhão de horas de trabalho complementar. Porém, as instituições em que se verifica maior dependência de tempo de trabalho proveniente de regimes de trabalho complementar, face ao tempo do horário base da força de trabalho que se lhes encontra associada, são, destacadamente, duas instituições do setor dos serviços centrais, o INEM e o IPST, seguidos das ULS do Alentejo e do CH do Oeste.
- É de salientar o caso do INEM, entidade na qual a maioria da atividade médica realizada é dependente de prestadores externos a esta instituição (55%). Em 2022, o tempo proveniente dos horários base de trabalho de médicos do quadro, representava apenas 36% do tempo necessário à atividade médica desenvolvida.
- A análise por grupos profissionais destacou os médicos como o grupo que mais concretiza trabalho complementar no SNS, sobretudo pelo peso assumido pelas HPS médicas (com 40% do trabalho complementar médico provindo dessa modalidade, em 2022).
- Em termos de necessidades de RHS representadas pelo tempo de trabalho complementar convertido em ETC, identificou-se que, para 2022, seriam necessários 14 286,7 profissionais adicionais (ETC) para substituir o trabalho complementar, ou seja, cerca de 10% da força de trabalho do SNS em 2022, em especial na região de LVT (5 225 ETC), e com os médicos a representar uma parcela significativa dessa necessidade nacional (6 133,3 ETC).
- Por fim, a análise identificou disparidades regionais significativas na distribuição de profissionais de saúde no território, face à população residente, após considerado o trabalho complementar. Há regiões com menores dotações relativas de recursos humanos de base em que se verifica um papel de ajustamento, face às necessidades de respostas das instituições dos territórios, com o recurso a trabalho complementar. O caso da região Centro, por exemplo, revela que o trabalho complementar contribui para o acréscimo significativo da dotação de recursos humanos em saúde e o agravamento das desigualdades de base que já existiam nas densidades de RH do SNS face à população.

A reter neste capítulo...

- No total dos profissionais do SNS a taxa de dispersão média regional é de 4,1%, quanto ao tempo do horário base de trabalho, considerada a população servida. Mas quando é introduzido o recurso a HPS e HTS, esta dispersão aumenta para 5,6%. Isto implica uma alocação ineficaz de HPS e HTS para diminuir desigualdades regionais entre tempo de trabalho de profissionais do SNS e a população, não se colocando, todavia, em causa a sua necessidade para suprir necessidades de cuidados inadiáveis, em especial nas regiões a Sul do país e em certos grupos profissionais.
- Conclui-se que o trabalho suplementar e as prestações de serviços, em termos globais, introduziram fatores de distorção na distribuição regional de RHS, tendo aumentado a desigualdade existente entre as diversas regiões. Contudo, esta situação é diferenciada conforme os grupos profissionais.
- Analisando separadamente o caso dos médicos, percebe-se que, considerando o tempo de trabalho do HBT, há uma diferença média entre as regiões de 15,1% em termos de densidade destes profissionais na população, indiciando fortes desigualdades regionais na distribuição do pessoal médico entre as cinco regiões. Contudo, com o recurso a HTS e HTP, a medida de disparidade, embora se mantenha muito mais elevada do que para a média das outras profissões do SNS, reduz-se para 8,5%. Isso significa que, ainda que as desigualdades regionais permaneçam bastante elevadas, as horas de trabalho complementar funcionam como um recurso válido para minorar disparidades regionais em termos de densidade de profissionais médicos (mas apenas no caso deste grupo profissional).

5. Síntese conclusiva

O presente Estudo integra uma série de trabalhos que tem vindo a ser desenvolvida pelo PLANAPP, enquadrada pelo Despacho n.º 7985/2023 de 3 de agosto, em articulação com os organismos competentes do Ministério da Saúde (MS), visando aprofundar o trabalho em curso, analisando a organização do tempo e da carga de trabalho dos recursos humanos (RH) do SNS, entre 2018 e 2022. Pretende avaliar o contributo, em especial, do tempo advindo da realização de horas de trabalho suplementar (HTS) protagonizadas pelos profissionais com vínculo estável ao SNS, e das horas de prestação de serviços clínicos financiadas pelas entidades do SNS, através do recurso a profissionais externos às mesmas (vulgo, “tarefeiros”).

O quadro legal que regula o recurso ao trabalho suplementar e a prestações de serviços clínicos, como forma de colmatar necessidades de tempo de trabalho acrescido de profissionais de saúde no SNS, encontra-se bem estabelecido e impõe limites claros a este recurso de forma sistemática e contínua. Analisando os diplomas setoriais percebe-se como, ao longo do tempo, foram progressivamente excecionados limites máximos para recurso a estas formas de “trabalho complementar”, bem como para os limites dos valores/hora de remuneração dos tarefeiros, já de si excecionais. Foram ainda alargadas as próprias amplitudes de exceção de ultrapassagem desses limites máximos e, ainda, flexibilizadas as formas de os autorizar.

Tal parece evidenciar, por um lado, a dificuldade crescente de assegurar, em especial, trabalho médico indispensável através da dotação com RH permanentes das entidades, prestado dentro do respetivo horário de trabalho, ou através do recurso a HTS dos mesmos, que enfrenta limites anuais legais e também físicos e éticos, relacionados com o risco do próprio *burnout* dos trabalhadores. Por outro lado, sugere uma mercantilização crescente do trabalho à tarefa — com cada vez maior concorrência através do preço/hora, como forma de garantir a prestação de serviços médicos considerados indispensáveis ao SNS, em competição com um setor privado crescentemente empregador de profissionais de saúde escassos, situação que se intensificou ao longo do período de análise considerado.

O Estudo espelha desafios e limitações nos dados de HTS e de HPS do SNS que foram disponibilizados. Primeiramente, não foi possível distinguir, no volume de horas de trabalho suplementar, as horas extraordinárias prestadas em regime de presença física, das horas de prevenção (não presenciais). Além disso, os dados de horas de prestação de serviços (HPS) apresentam algumas inconsistências, especialmente na desagregação por especialidade médica e grupo profissional, o que impediu uma análise mais detalhada do trabalho clínico assegurado por “tarefeiros”.

Constata-se um recurso crescente, no SNS, ao tempo de trabalho proveniente de HTS e de HPS, no período entre 2018 e 2022 (+7,1 milhões de horas, a que corresponde um crescimento acumulado de 38,9%), refletindo uma dependência crescente desses mecanismos para o funcionamento do SNS. Com efeito, a representatividade dos mesmos face às horas de trabalho contratualizadas em horário base de trabalho (HBT) com os profissionais do SNS cresceu de 7,9%, em 2018, para 9,5% em 2022.

Esta situação é particularmente visível no acréscimo generalizado do recurso ao trabalho suplementar, embora com variações muito significativas por género, idade, profissão, especialidade médica, setor produtivo, entidade(s) e região, que é preciso ter em conta na conceção de soluções políticas customizadas às realidades específicas.

Constatou-se, nomeadamente, que a disponibilidade dos RH do SNS para a realização de HTS é condicionada pelo género, verificando-se um número médio de HTS por profissional muito superior no caso dos profissionais do género masculino (cerca de +100h / ano, em média), face ao das mulheres, apesar destas concentrarem o maior volume absoluto de HTS. Tal evidencia que a disponibilidade para a realização do trabalho suplementar é claramente distinta em função do género, revelando desigualdades estruturais na divisão de responsabilidades familiares e domésticas, que ainda recaem predominantemente sobre o género feminino.

O perfil-tipo do trabalhador, na verdade trabalhadora, que efetua trabalho suplementar no SNS alterou-se, no período observado, quanto ao grupo profissional que mais assegura trabalho suplementar. Em 2018, 34,7% do total de HTS era realizado por médicos especialistas, mas os enfermeiros tiveram, no período um aumento forte do seu contributo para as HTS globais, passando a garantir 31,8% das HTS, e a ser o grupo profissional mais representativo em 2022.

A análise regional mostrou que LVT, Norte e Centro foram as ARS com maior volume de trabalho complementar, representando mais de 86% do total nacional. A região Norte destacou-se com um crescimento de 45,5% no trabalho complementar. Nas regiões a Sul do país, como Alentejo e Algarve, detetou-se uma dependência maior de prestadores de serviços externos, em especial médicos, evidenciando um défice de recursos humanos significativo que é necessário ter em conta no planeamento de RHS regional. Com efeito, a situação do Alentejo afigura-se de enorme fragilidade — seria necessário o equivalente a mais 58% do número de profissionais médicos em tempo completo existentes nas instituições do SNS aí localizadas, para colmatar as necessidades de trabalho complementar em 2022. Por contraponto, na ARS Centro, há elevado peso no recurso a trabalho complementar apesar da significativamente maior dotação de RHS face à população.

Demonstrou-se, assim, que não existe qualquer uniformidade regional de tendências “médias”, nem quanto ao grau de dependência do trabalho complementar, nem quanto à importância relativa que, no quadro do mesmo, HTS e HPS assumem. Por essa razão, são necessárias análises mais aprofundadas de motivos e consequências por parte do Ministério da Saúde, bem como a conceção participada de políticas adequadas às realidades concretas.

Adicionalmente, verificam-se situações muito críticas que indiciam falta crónica de RHS em certas entidades e regiões, penalizando o acesso e causando disrupções constantes na gestão, com grande variância, e parecendo resultar de uma combinação de falta de profissionais de saúde e ineficiência relativa na sua alocação no território nacional abrangido pelo SNS. Essas desigualdades são acentuadas pela diferença na densidade de RH de base, já detalhadas no anterior Estudo do PLANAPP, mas também pelo recurso sem critério de necessidades uniforme de HTS e HPS, apontando para a necessidade de medidas corretivas específicas para cada região.

No contexto institucional, os setores hospitalar e das ULS foram os maiores utilizadores de trabalho complementar, contudo foi nos CSP que ocorreu a maior taxa de crescimento (46,7%). Já em termos da relevância do tempo de trabalho complementar face ao desenvolvido no HBT dos profissionais de saúde, verifica-se que é nos serviços centrais e nas ULS que esta é maior, não obstante esta dependência ter aumentado entre 2018 e 2022 em todos os setores analisados.

Particularizando a análise ao nível das entidades, em 2022, os CH e Universitários de Coimbra, e de Lisboa Norte, a ARS Norte, e os CH e Universitários de Lisboa Central e do Algarve destacaram-se por, em todas estas entidades, concretizarem mais de um milhão de horas de trabalho complementar. Porém, as instituições em que se verifica maior dependência de tempo de trabalho proveniente de regimes de trabalho complementar, face ao tempo do horário base da força de trabalho que se lhes encontra associada, são, destacadamente, duas instituições do setor dos serviços centrais, o INEM e o IPST, seguidos de ULS do Alentejo e do CH do Oeste. É de salientar, pela sua magnitude e gravidade, o caso do INEM, entidade na qual a maioria da atividade médica realizada é dependente de prestadores externos a esta instituição (55%), na qual, em 2022, o tempo proveniente dos horários base de trabalho de médicos do quadro representa apenas 36% do tempo necessário a toda a atividade médica desenvolvida.

A análise por grupos profissionais destacou os médicos como o grupo profissional que mais concretiza trabalho complementar no SNS, sobretudo pelo peso assumido pelas HPS médicas (com 40% do trabalho complementar médico provindo dessa modalidade, em 2022).

Em termos de necessidades de RHS representadas pelo tempo de trabalho complementar convertido em ETC, identificou-se que, para 2022, seriam necessários 14 286,7 profissionais adicionais (ETC) para substituir o trabalho complementar, ou seja, cerca de 10% da força de trabalho do SNS em 2022, em especial na região de LVT (5 225 ETC), e com os médicos representando uma parcela significativa dessa necessidade nacional (6 133,3 ETC, mais de 20% dos médicos do SNS nesse ano).

Adicionalmente, ponderou-se o efeito do recurso ao trabalho complementar na densidade global de profissionais ETC do SNS após esse contributo ser considerado, e que varia significativamente entre as diferentes regiões. Enquanto algumas regiões utilizam o recurso a horas complementares de trabalho de profissionais de saúde para suprir a falta relativa de profissionais, noutras, esse recurso amplia a desigualdade na distribuição de RH do SNS. Idealmente, regiões com maior densidade de profissionais face à população servida deveriam utilizar menos tempo de HTS e HPS, enquanto regiões com menor densidade de profissionais deveriam aumentar o contributo de HTS e HPS, enquanto instrumento de gestão, pontual e temporário, para compensar a falta de RH. Todavia, na realidade, isso não ocorre de modo uniforme ou eficaz.

Conclui-se que o trabalho suplementar e as prestações de serviços, em termos globais, introduziram fatores de distorção na distribuição regional de RHS, tendo aumentado a divergência existente entre as diversas regiões. Contudo, esta situação é diferenciada conforme os grupos profissionais.

No total dos profissionais do SNS a taxa de dispersão média regional é de 4,1%, quanto ao tempo do HBT, considerada a população servida. Mas quando é introduzido o recurso a HPS e HTS, esta

dispersão aumenta para 5,6%. Isto implica uma alocação ineficaz de HPS e HTS para diminuir desigualdades regionais entre profissionais do SNS e a população, não se colocando, todavia, em causa a sua necessidade para suprir necessidades de cuidados inadiáveis, em especial nas regiões a Sul do país e em certos grupos profissionais. Quando se analisa separadamente o caso dos médicos, percebe-se, no entanto, que, considerando o tempo de trabalho do HBT deste grupo, há uma diferença média entre as regiões de 15,1% em termos de densidade dos médicos na população, indiciando fortes desigualdades regionais na distribuição do pessoal médico entre as cinco regiões. Contudo, após o recurso a HTS e HTP, a medida de disparidade, embora se mantenha bastante mais elevada do que para a média das outras profissões do SNS, reduz-se para 8,5% da densidade dos médicos face à população. Isso significa que, ainda que estes valores de desigualdades regionais se mantenham significativamente preocupantes, as horas de trabalho complementar funcionam como um recurso válido, no caso deste grupo profissional, para minorar algum grau de desigualdade regional em termos de densidade de profissionais médicos.

Em conclusão, a utilização de regimes excecionais de trabalho de profissionais de saúde aumentou no SNS, no período compreendido entre 2018 e 2022, tendo crescido o contributo quer do tempo de trabalho provindo de horas de trabalho suplementar, quer do de horas contratadas a prestadores de serviços clínicos. Se, por um lado, o recurso excessivo a trabalho suplementar penaliza os profissionais com uma sobrecarga de horas que, a prazo, é insustentável, inconciliável com as suas vidas pessoais e desfavorecedora da sua continuidade no SNS, por outro, o aumento do contributo das HPS para o funcionamento do SNS evidencia a precarização do trabalho médico e a sua crescente mercantilização (associada provavelmente ao incremento da atividade do setor privado de saúde). Estas realidades impactam negativamente na retenção de profissionais, na qualidade do trabalho em equipa, na continuidade dos cuidados prestados e na satisfação dos profissionais.

Considera-se, portanto, que são necessárias medidas para inverter o recurso excessivo a HPS e HTS. As situações críticas de escassez de recursos humanos no SNS são um problema grave, afetando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e a gestão eficiente dos serviços, em particular nalguns setores, regiões e profissões, uma vez que estes trabalhos têm evidenciado que não existe uma realidade nacional homogénea, mas sim grandes disparidades e diversidades. Os casos específicos de algumas instituições demonstram que a carência de médicos permanentes acarreta desafios diários, sérios, à sua gestão, comprometendo a estabilidade e previsibilidade das funções essenciais a desempenhar. As medidas de política pública deverão contemplar a formação e contratação de profissionais permanentes dirigida aos setores, profissões e regiões em que mais escasseiam, uma melhor distribuição dos RH dentro do próprio SNS, e medidas para equilibrar a carga de trabalho suplementar que neste momento recai sobre os profissionais (olhando para a sua especificidade). Atenta a feminização do setor, a integração das diferenças de género na disponibilidade para o trabalho suplementar é também importante para um planeamento eficaz, além das implicações que acarreta para o desenvolvimento profissional e o acesso aos cargos de liderança por estas profissionais⁴⁸. Por

⁴⁸ Ver Nota de Análise “Trabalho, Liderança e Género no SNS” (PLANAPP). (<https://www.planapp.gov.pt/trabalho-lideranca-genero-sns/>)

outro lado, o peso crescente que o setor privado tem assumido no setor da saúde, a sua capacidade forte de atrair RH escassos, e o modo como o quadro regulador habilita a sua expansão sem ponderar impactos na afetação dos RH do SNS, tem que merecer atenção objetiva e políticas públicas que equilibrem os vários interesses em jogo, com o objetivo de alcançar uma distribuição mais adequada dos profissionais de saúde, melhorar o acesso e aumentar a qualidade dos cuidados prestados a qualquer cidadão, independentemente da região ou local em que habitem, promovendo a equidade e a eficiência no SNS.

É necessária, pois, uma estratégia abrangente de planeamento, formação, alocação e qualificação do trabalho dos profissionais do setor da Saúde, que tem de conhecer e considerar as particularidades regionais e locais, assim como as necessidades específicas de cada grupo profissional, incluindo a formação e atração de novos profissionais, a retenção de talentos e a gestão eficiente do recurso ao trabalho complementar, olhando para o futuro que se pretende construir de forma participada.

Anexo I – Instituições do SNS consideradas no Estudo, por região e setor institucional

Instituição	Região	Setor
CH de Trás-os-Montes e Alto Douro	Norte	CSH
CH Póvoa de Varzim / Vila do Conde	Norte	CSH
CH Universitário Cova da Beira	Centro	CSH
CH Universitário Lisboa Central	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH V. N. Gaia-Espinho	Norte	CSH
CH Entre Douro e Vouga	Norte	CSH
CH Universitário Lisboa Norte	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH Barreiro Montijo	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH de Lisboa Ocidental	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH de Setúbal	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH do Baixo Vouga	Centro	CSH
CH do Médio Ave	Norte	CSH
CH do Médio Tejo	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH do Oeste	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH do Tâmega e Sousa	Norte	CSH
CH Leiria	Centro	CSH
CH Psiquiátrico de Lisboa	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
CH Tondela – Viseu	Centro	CSH
CH Universitário Coimbra	Centro	CSH
CH Universitário do Algarve	Algarve	CSH
CH Universitário de Santo António	Norte	CSH
CH Universitário S. João	Norte	CSH
Centro Reabilitação Rovisco Pais	Centro	CSH
Hospital Senhora da Oliveira -- Guimarães	Norte	CSH
Hospital de Cantanhede	Centro	CSH
Hospital Braga	Norte	CSH
Hospital de Loures	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
Hospital de Santa Maria Maior – Barcelos	Norte	CSH
Hospital de Vila Franca de Xira	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
Hospital Distrital da Figueira da Foz	Centro	CSH
Hospital Distrital de Santarém	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
Hospital do Espírito Santo – Évora	Alentejo	CSH
Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Centro	CSH
Hospital Garcia de Orta – Almada	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
Hospital Magalhães Lemos	Norte	CSH
Hospital Prof Dr. Fernando da Fonseca	Lisboa e Vale do Tejo	CSH

IPO de Coimbra Francisco Gentil	Centro	CSH
IPO de Lisboa-Francisco Gentil	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Lisboa e Vale do Tejo	CSH
IPO do Porto	Norte	CSH
ULS da Guarda	Centro	CSH+CSP
ULS de Castelo Branco	Centro	CSH+CSP
ULS do Alto Minho	Norte	CSH+CSP
ULS do Baixo Alentejo	Alentejo	CSH+CSP
ULS do Nordeste	Norte	CSH+CSP
ULS do Norte Alentejano	Alentejo	CSH+CSP
ULS Litoral Alentejano	Alentejo	CSH+CSP
ULS de Matosinhos	Norte	CSH+CSP
ARS do Algarve	Algarve	CSP
ARS do Alentejo	Alentejo	CSP
ARS do Centro	Centro	CSP
ARS Lisboa Vale Tejo	Lisboa e Vale do Tejo	CSP
ARS Norte	Norte	CSP
ACSS	Lisboa e Vale do Tejo	SC
INFARMED	Lisboa e Vale do Tejo	SC
DGS	Lisboa e Vale do Tejo	SC
IGAS	Lisboa e Vale do Tejo	SC
INEM	Lisboa e Vale do Tejo	SC
INSA	Lisboa e Vale do Tejo	SC
IPST	Lisboa e Vale do Tejo	SC
SGMD	Lisboa e Vale do Tejo	SC
SPMS	Lisboa e Vale do Tejo	SC
SICAD	Lisboa e Vale do Tejo	SC

Anexo II – 10 instituições do SNS mais relevantes quanto à dependência de trabalho suplementar e de prestações de serviços clínicos, avaliada em ETC (2022) – diversas métricas

10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar em ETC	ETC_HTS	ETC_HPS	ETC_(HTS+HPS)
CH e Universitário de Coimbra	959,3	23,9	983,2
CH Universitário de Lisboa Norte	734,9	50,3	785,2
ARS do Norte	498,8	156,2	655
CH Universitário de Lisboa Central	553,3	20,9	574,2
CH Universitário do Algarve	371	186,4	557,4
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	356,1	126,1	482,2
CH Universitário de S. João	377,1	21,1	398,1
INEM	350,9	44,3	395,1
CH de Lisboa Ocidental	315,1	65,5	380,6
Hospital Garcia de Orta	294,7	78,6	373,3
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar em % do HBT	% HTS/HBT	% HPS/HBT	% (HTS+HPS) / HBT
INEM	25,50%	3,20%	28,70%
IPST	14,80%	6,10%	20,90%
ULS do Litoral Alentejano	11,50%	8,40%	19,90%
CH do Oeste	8,90%	8,00%	17,00%
ULS do Norte Alentejano	11,10%	5,80%	16,90%
ARS do Alentejo	8,00%	8,00%	16,00%
ULS do Baixo Alentejo	11,30%	4,60%	15,90%
ULS do Nordeste	12,80%	3,00%	15,80%
Hospital de Cantanhede	0,70%	14,20%	15,00%
CH do Médio Tejo	8,00%	6,50%	14,50%
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar dos médicos em ETC	ETC_HTS	ETC_HPS	ETC – (HTS+HPS)
CH Universitário de Lisboa Norte	319,2	36,8	356
CH e Universitário de Coimbra	310,7	23,9	334,6
CH Universitário do Algarve	132,2	181,8	314
CH Universitário de Lisboa Central	219,3	20,5	239,8
Hospital Fernando Fonseca	122,7	89,2	211,9
CH do Oeste	61,6	137,3	198,8
CH do Médio Tejo	54,9	135,3	190,2
CH de Lisboa Ocidental	121,8	51,8	173,6
ARS do Norte	121,2	41,1	162,3

CH Universitário de S. João	135,6	20,1	155,7
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar dos médicos em % do HBT	% HTS/ HBT	% HPS/ HBT	% (HTS+HPS) / HBT
INEM	25,20%	151,20%	176,40%
ULS do Litoral Alentejano	27,60%	67,80%	95,40%
IPST	37,50%	56,10%	93,60%
ULS do Norte Alentejano	27,90%	51,30%	79,20%
CH do Oeste	22,80%	50,80%	73,60%
CH do Médio Tejo	20,40%	50,20%	70,50%
ULS do Baixo Alentejo	25,60%	41,60%	67,20%
ULS do Nordeste	30,10%	18,80%	48,80%
ULS de Castelo Branco	23,80%	22,90%	46,70%
Hospital de Cantanhede	0,00%	44,60%	44,60%
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar dos enfermeiros em ETC	ETC_HTS	ETC_HPS	ETC_(HTS+HPS)
CH e Universitário de Coimbra	367,6	0	367,6
ARS do Norte	214,8	12,4	227,2
CH Universitário de Lisboa Norte	191,7	10	201,7
CH Universitário de Lisboa Central	170,2	0	170,2
ARS do Centro	157,6	6,9	164,5
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	155,8	0	155,8
CH Universitário do Algarve	124,9	0,9	125,9
CH Universitário de S. João	121,9	1	122,9
Hospital Garcia de Orta	113,4	2,4	115,8
CH Universitário de Santo António	108,8	1	109,9
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar dos enfermeiros em % do HBT	% HTS/ HBT	% HPS/ HBT	% (HTS+HPS) / HBT
INEM	36,80%	2,20%	39,00%
IPST	10,60%	10,60%	21,10%
Hospital Doutor Francisco Zagalo – Ovar	3,20%	10,70%	13,90%
Hospital de Loures	5,10%	8,70%	13,80%
ULS do Litoral Alentejano	12,60%	0,00%	12,60%
ULS do Baixo Alentejo	12,30%	0,00%	12,30%
CH Póvoa de Varzim / Vila do Conde	12,10%	0,00%	12,10%
ARS do Alentejo	9,30%	2,50%	11,80%
ARS do Centro	11,10%	0,50%	11,50%
CH e Universitário de Coimbra	11,20%	0,00%	11,20%

10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar de outros profissionais⁴⁹ em ETC	ETC_HTS	ETC_HPS	ETC_(HTS+HPS)
CH e Universitário de Coimbra	281	0	281
INEM	274,7	2,5	277,3
ARS do Norte	162,7	102,7	265,5
CH Universitário de Lisboa Norte	224,1	3,4	227,5
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	136,6	73,3	209,9
CH Universitário de Lisboa Central	163,8	0,4	164,1
CH de Lisboa Ocidental	119,3	1,3	120,6
CH Universitário de S. João	119,6	0	119,6
CH Universitário do Algarve	113,8	3,7	117,5
CH do Tâmega e Sousa	111,1	2,1	113,2
10 instituições mais relevantes por uso do trabalho complementar dos outros profissionais em % do HBT	% HTS/ HBT	% HPS/ HBT	% (HTS+HPS) / HBT
INEM	23,70%	0,20%	23,90%
IPST	14,20%	1,30%	15,60%
Hospital de Cantanhede	1,20%	12,80%	14,00%
ARS do Alentejo	6,30%	6,40%	12,80%
Centro de Reabilitação Rovisco Pais	1,50%	9,60%	11,00%
Instituto de Oftalmologia Gama Pinto	0,30%	10,20%	10,50%
ULS do Nordeste	9,60%	0,20%	9,80%
CH do Tâmega e Sousa	9,10%	0,20%	9,20%
Hospital do Espírito Santo de Évora	8,80%	0,20%	9,10%
CH de Entre o Douro e Vouga	8,20%	0,10%	8,20%

⁴⁹ Inclui os demais grupos profissionais do SNS com exceção dos Médicos Especialistas, Médicos Internos e Enfermeiros.

Estudos

Os Estudos são publicações tendencialmente extensas e de análise aprofundada e multidimensional sobre um tema de políticas públicas, com recolha própria de indicadores e/ou evidências e respetiva análise. Incluem-se nesta categoria os Relatórios de Avaliação.

1. Relatório de avaliação ex post da medida “Cooperativa na Hora” 
2. Cash Rebate - Avaliação do Incentivo à Produção Cinematográfica e Audiovisual 
3. Contratos de arrendamento anteriores ao Regime de Arrendamento Urbano - Estudo de quantificação e caracterização 
4. Comércio inter-regional em Portugal 
5. Relatório sobre as Desigualdades - 2023 
6. Orçamento Participativo Jovem Portugal - Relatório final da avaliação 
7. Sustentabilidade Financeira da ADSE - 1.º Relatório 
8. Os Profissionais do SNS: Retrato e Evolução 
9. Representação equilibrada de mulheres e homens nos cargos de direção das empresas - Relatório de avaliação da Lei n.º 62/2017 
10. Absentismo no Serviço Nacional de Saúde – Retrato e Evolução (2018-2023) 
11. Tempo de trabalho dos profissionais do SNS - Contributo do trabalho suplementar e da prestação de serviços clínicos 



www.planapp.gov.pt



PLANAPP



@planapp_



Newsletter