Preço da revista € 1.50
Trimestral

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas

50 ANOS DE AFIRMAÇÃO PROFISSIONAL

fisio

BOLETIM INFORMATIVO Nº 10 | JULHO - AGOSTO - SETEMBRO 2012

8 SET 2012 COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA FISIOTERAPIA

GRUPO DE 14 FISIOTERAPEUTAS CONCLUIU O MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER

A FISIOTERAPIA NO CANCRO DA MAMA

TOME NOTA

FORMAÇÃO

• Os cheques devem ser passados à ordem de "Associação Portuguesa de Fisioterapeutas";

• A ordenação dos participantes para a frequência das Acções de formação, será feita através da ordem de chegada das fichas de inscrição, a não ser que sejam apresentados critérios específicos;

• Em caso de desistência de uma Acção de Formação, a importância da inscrição apenas será devolvida se a vaga for preenchida.

SÓCIOS

• O preço de sócio destina-se aos sócios com quotas actualizadas.

NÃO SÓCIOS

• Para a sua participação em cursos, é obrigatória a apresentação de documento comprovativo da titularidade do curso de Fisioterapia;

• Só serão aceites se as vagas não forem totalmente preenchidas por sócios da APF.

CONTACTOS COM A APF

Associação Portuguesa
de Fisioterapeutas
Rua João Villaret, 285 A
Urbanização Terplana
2785-679 S. Domingos
de Rana
Telf. 21 452 41 56
Fax 21 452 89 22

E-mail: apfisio@apfisio.pt
Web: www.apfisio.pt
Horário de Atendimento
2ª a 6ª das 10/13H e das
14/19H
Contactos da Região Norte
E-mail: apfnorte@apfisio.pt
Web: www.apfisio.pt/apfnorte

FICHA TÉCNICA

Fisio - Boletim Informativo APF
Ano 4 - n.º 10
Outubro - Novembro
Dezembro 2012

Director
Isabel de Souza Guerra

Director Adjunto
Pedro J. Rebelo

Subdirector
Vítor Fernandes

Coordenação Editorial
Vítor Fernandes
Paulo Spalk

Conselho Editorial
Conselho Directivo Nacional
Consultor Jurídico APF
APF Região Norte
Grupos de Interesse:
G.I.H. / F.M.A.
G.I.F.C.R.
G.I.F.S.M.
G.I.F.D.
G.I.F.N.
G.I.F.P.
G.I.P.P.
G.I.T.M.
G.I.E.

Publicidade
Paulo Spalk.
Tlm: 927 237 942

Propriedade e edição
Associação Portuguesa
de Fisioterapeutas

Morada
Rua João Villaret, 285 A
Urbanização Terplana
2785-679 Sº Domingos de Rana

NIPC: 501 790 411

Impressão
LST - Artes Gráficas
Rua Mário Castelhano, nº 42,
(Lux Park) A27 - Queluz de Baixo
2730-120 Barcarena

Depósito Legal
n.º 270 737/08

Periodicidade
Trimestral

Tiragem
2500 exemplares

Nº de registo ERC:
126220

EDITORIAL

Todos reconhecemos os tempos difíceis que atravessamos.
Sabemos de onde vimos, sabemos onde estamos, e tentamos perscrutar o futuro porque sabemos para onde queremos ir.
Sabendo de onde vimos, bem lembramos o que houve de lutar para alcançar o patamar em que nos encontramos. Com efeito, a profissão fisioterapeuta nunca encontrou facilidades ao longo das suas décadas de reconhecimento, quer a nível nacional, quer até internacional, se bem que aí as coisas estejam bem mais avançadas.
Sabemos onde estamos e, porque a memória não é curta, há que no presente recordar que em conjunturas como a presente encontrámos sempre mais dificuldades do que as esperadas.
Alguns têm referido que este pensamento é contraditório, pois numa primeira análise, sendo a conjuntura de baixa, o seu nivelamento poderia ser-nos vantajoso.
Não o cremos, porém, pois a profissão de fisioterapeuta sempre teve a sua identidade, sempre fez a diferença, e hoje, ainda que, mais por força do regime europeu do que do nacional, a sua colocação relativa a outras profissões mereceu a habilitação que pretendíamos.
Porém, ao tornar-nos mais visíveis… ficamos mais expostos.
Sabemos para onde queremos ir; temos uma história, e esta é, sempre, o pilar fundamental de melhor futuro que conseguirmos construir.
O número é necessário mas não suficiente; a qualidade, bem o sabemos, é indispensável.
Mas apenas juntos lá chegaremos. Ser parte da comunidade da fisioterapia. pode fazer a diferença!

Isabel de Souza Guerra
Presidente do CDN da APF

ÍNDICE

03 EDITORIAL

04 CONSELHO DIRECTIVO NACIONAL

06 EUROPEAN GUIDELINE FOR PHYSIOTHERAPY IN PARKINSIN'S DISEASE

08 GRUPO DE 14 FISIOTERAPEUTAS CONCLUIU O MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER

09 A FISIOTERAPIA NO CANCRO DA MAMA

12 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES EM FISIOTERAPIA

14 CARTA EUROPEIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE-OS SISTEMAS DE SAÚDE PELA SAÚDE E PELA PROSPERIDADE

15 ASSEMBLEIA-GERAL DO GRUPO DE INTERESSE EM FISIOTERAPEA NO DESPORTO

16 8 DE SETEMBRO DE 2012 - COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA FISIOTERAPIA

21 FISIOTERAPIA NO MEIO AQUÁTICO

25 CONSULTÓRIO JURÍDICO

CDN CONSELHO DIRECTIVO NACIONAL

João António Neves Gil
28-10-1957 / 08 -05-2012

Faleceu aos 55 anos o nosso colega João Gil
Concluiu o seu curso de Fisioterapia na Escola Superior de Saúde do Alcoitão em 1980 e desde logo se manifestou o seu espírito participativo em todas as actividades e escolares e que se foi afirmando cada vez mais ao longo da sua vida profissional. Esta iniciou-se nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Cedo envereda pela carreira académica na Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra onde desenvolveu numerosos cargos, desde docente a coordenador do curso de fisioterapia, coordenador do mestrado em fisioterapia e por fim presidente do Conselho Científico. Pelo caminho fez mestrado, e mais tarde doutoramento em Fisioterapia. Mais do que todos os títulos merecidos que teve, o João Gil foi uma referência para estudantes e profissionais da fisioterapia, mas também das profissões designadas como tecnologias da saúde, quer pelo seu envolvimento na defesa das profissões, quer na sua actividade sindical e naturalmente associativa sempre capitalizada para a afirmação, individualidade e autonomia da fisioterapia e defesa intransigente os fisioterapeutas.

O João Gil deixa enorme saudade junto de todos os que com ele tiveram a honra de privar.
A APF esteve representada no seu funeral pela presidente do Conselho Directivo Nacional, apresentado à família os sentimentos de pesar, pessoais e da comunidade da fisioterapia.

FISIOMEETING 2011

Nos dias 11, 12 e 13 de Novembro de 2011 decorreu na cidade de Leiria o FisioMeeting 2011, a primeira iniciativa do género realizada em Portugal.

A EXPERIÊNCIA...

"Volvidos onze meses da realização do FisioMeeting 2011 tudo continua bem presente. Penso que esta é a maior prova do sucesso do evento.

Fazer diferente. Este foi o desafio a que nos propusemos não só no evento, mas também na relação de proximidade que se criou para com a comunidade jovem de Fisioterapia. Pela primeira vez, os jovens fisioterapeutas e estudantes de Fisioterapia contaram com um evento criado por eles a pensar neles. Para tal, o FisioJovem deslocou-se à maioria das entidades de ensino, deu voz às preocupações dos jovens e garantiu infra-estruturas de nível nacional e momentos de convívio únicos, mantendo o conceito low-cost.
O sucesso do evento era um dos objectivos da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, que apenas se conseguiu através do forte espírito de união que se viveu e da manutenção dos valores que sempre estiveram presentes no seio do FisioJovem. Gostaria de fazer referência ao importantíssimo apoio dado pela Câmara Municipal de Leiria, pelos patrocinadores e embaixadores que deram a cara pelo FisioMeeting 2011 e, ainda, agradecer a presença dos prelectores e dos participantes pela reacção à realização deste evento e por terem aceitado, juntamente com o FisioJovem, dar o salto!"

Rui Faria
Presidente da Comissão Organizadora
FisioMeeting 2011

AQUISIÇÕES PÓS-EVENTO

"O FisioMeeting 2011 conseguiu tocar em todos os pontos, que na minha opinião, são fulcrais nos dias de hoje. Não só superou as minhas expectativas como me fez procurar o FisioJovem no sentido de também eu poder contribuir para a evolução da Fisioterapia em Portugal. O surgimento deste Grupo permitiu que a Comunidade Jovem passasse a ter uma voz activa no que diz respeito ao presente e futuro da Fisioterapia, representando um "balão de oxigénio" para muitos jovens."

Carolina Tavares

"Quando soube da existência do FisioMeeting 2011, através da apresentação do FisioJovem na minha Escola, e que poderia opinar sobre que temas seriam apresentados, a minha motivação para estar presente cresceu bastante. Depois do evento decidi ir a uma reunião do FisioJovem conhecer os seus projectos e hoje sou um dos seus membros."

Isa Coelho

"Quando tive conhecimento do género de temas que seriam abordados fiquei logo com vontade de participar neste evento. E de facto, o evento foi ao encontro das minhas expectativas. Em conversa com as minhas colegas, ficamos curiosas relativamente aos restantes projectos do FisioJovem e decidimos aparecer numa reunião. A dinâmica do Grupo é muito interessante e permite-me contribuir de acordo com a minha disponibilidade."

Margarida Pestana

O FisioJovem encontra-se a desenvolver diversos projectos para 2013 que visam facilitar a integração dos jovens fisioterapeutas no mercado de trabalho para que mais exemplos de sucesso possam nascer em Portugal. Se consideras que o teu contributo é uma mais-valia, aparece!

BLOCCS™

Bloccs ProtectaCast

* Capa impermeável concebida para proteger o gesso ou vestuário, permitindo tomar banho ou nadar, protegendo o curativo no braço ou perna
* Ideais para reabilitação ou terapia

* Reutilizável
* Disponível no tamanho adulto e criança
* Totalmente submergível
* Fabricadas a partir de látex (borracha natural)
* Leves, flexíveis e confortáveis

ISO 9001 BUREAU VERITAS Certification

PME líder

PME excelência'11

Fornecido por:
Rua das Tulipas, 170
4510-679 Fânzeres (GDM)

Telefone: 224 664 880
Fax: 224 832 202
E-mail: vitalino@vitalino.pt
Site: www.vitalino.pt

Grupo VITALINO

GRUPO DE INTERESSE
DE FISIOTERAPIA EM NEUROLOGIA

EUROPEAN GUIDELINE FOR PHYSIOTHERAPY IN PARKINSON'S DISEASE - Setembro 2012, Josefa Domingos

Os indivíduos com a doença de Parkinson (DP) apresentam um conjunto variado de necessidades físicas, cognitivas, psicológicas e sociais, durante um período extenso de tempo. Por isso, uma das dificuldades em desenvolver linhas orientadoras ou guidelines em doenças neurodegenerativas complexas tal como a doença de Parkinson (DP) é de facto a heterogeneidade dos sinais e sintomas clínicos. Embora o estadio da doença poderá proporcionar uma base/quadro geral para a intervenção, dentro de cada estadio existe uma grande variedade de potenciais deficiências que podem ter um impacto sobre o nível de actividade funcional e participação do indivíduo. Isto dificulta a estruturação de abordagens terapêuticas consistentes. Este problema não é exclusivo à DP e tem sido documentado em outros grupos de fisioterapia, tais como para Dor Lombar e Disfunções Cervicais e também para grupos de doentes em neuroreabilitação em geral [1-3].

Em 2004, as guidelines de fisioterapia na doença de Parkinson baseados na melhor evidência foram publicadas na Holanda (disponível em inglês gratuitamente: www.appde.eu). Em 2010, através de uma colaboração europeia envolvendo 18 associações de fisioterapia, estas guidelines começaram a serem actualizadas e transformadas nas **primeiras guidelines Europeias para fisioterapia na doença de Parkinson.** O desenvolvimento da guideline europeia é apoiada pela Região Europeia da World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT), pela Association for Physiotherapy in Parkinson's Disease Europe (APPDE) e pela Royal Dutch Society for Physiotherapy (KNGF). **Estarão disponíveis em inglês já no início de 2013.**

As guidelines clínicas são recomendações para a prática clínica de condições específicas baseadas na evidência [4, 5]. A existência e acesso às guidelines clínicas **facilitarão a uniformização dos cuidados e padrões de prática com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.** É extremamente importante que os profissionais de saúde sejam capazes de definir e registar a sua avaliação e estratégias de intervenção. A aplicação das guidelines adequadas na prática, bem como uma avaliação sistemática dos resultados, tem o potencial para **promover uma prática baseada na evidência para beneficiar o indivíduo com DP.**

O processo utilizado para o desenvolvimento das guidelines utilizado está representado na figura 1 e as principais actividades na tabela 1.

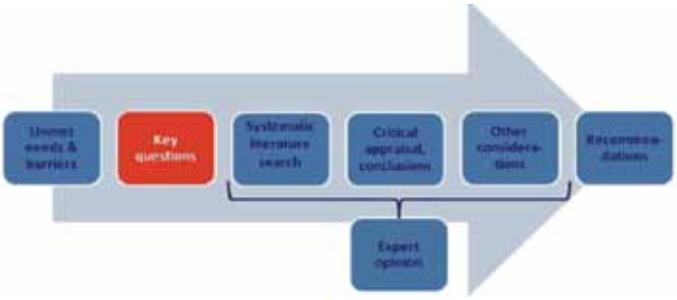


Fig.1 Processo de desenvolvimento das guidelines DP.

Datas	ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS
15 Março 2011	Selecção dos representantes para o European Writing e Reading Groups
15 Março 2011	Registo no WCPT 2011 Satellite Educational Program Parkinson's disease via www.wcpt.org/node/34557
31 Março 2011	Envio final do link para aceder ao questionário à amostra de fisioterapeutas sócios das associações de fisioterapeutas: 19 países, 11 línguas, cerca de 4,000 fisioterapeutas participaram!
Março	Newsletter .
Junho 2011	1..º Reunião do Writing Group em Amsterdam (no WPT 2011)
Julho 2011	Indentificação das barreiras aos cuidados prestados através do questionário e reuniões com profissionais.
Agosto 2011	Encerramento dos questionários online do estudo de levantamento electrónico
Novembro 2011	Newsletter . Transformação em perguntas orientadoras das barreiras identificadas no questionário.
Dezembro 2011	Update da revisão de literatura efectuada.
	Divulgação no APPDE website.
January 2012	Contacto com os representates para adquirir informações adicionais.
February 2012	2.º Reunião do Writing Group.
Março 2012	Newsletter.

Tabela n.º 1 Principais actividades desenvolvidas

GRUPO DE INTERESSE DE FISIOTERAPIA EM NEUROLOGIA

Defende-se que as guidelines devem proporcionar uma base de trabalho para um tratamento do doente de Parkinson mais consistente e eficaz ao longo de todo o percurso de doença. Permitirá, assim, o avanço e a **integração do conhecimento científico na prática clínica e uma prestação de serviços evidenciados.**

Como resultado da **participação da APF** neste projecto, as guidelines serão disponibilizadas aos sócios da APF através de um plano de disseminação do projecto que decorrerá após a publicação oficial. Deste plano importa destacar, a **tradução e publicação das guidelines em português até final de Julho 2013 e realização de workshops sobre a sua aplicação em Portugal.**

Referências

1. Fritz, JM, Brennan GP: Preliminary examination of a proposed treatment-based classification system for patients receiving physical therapy interventions for neck pain. Physical Therapy 87(5),513-24 (2007).
2. Scheets PL, Sahrmann SA, NortonBJ: Use of movement system diagnoses in the management of patients with neuromuscular conditions: a multiple-patient case report. Physical Therapy 87(6),654-69, (2007).
3. Bello-Haas, VD: A framework for rehabilitation of neurodegenerative diseases: planning care and maximizing quality of life. Neurology Report 26(3), 115-129 (2002).
4. Ramaswamy B, Ashburn A, Durrant K et al: Quick reference Cards (UK) and guidance notes for physiotherapists working with people with PD. Parkinson Disease Society (2009).
5. Royal Dutch Society for Physical Therapy: KGNF Guidelines for Physical Therapy in Patients with Parkinson's Disease. Dutch Journal of Physiotherapy 114, Supplement 3 (2004).

Vitalino Sousa Figueiredo, Lda.
❖ Fisioterapia
❖ Consumíveis

VITALMÉDICA
EQUIPAMENTO MEDICO HOSPITALAR, LDA.
❖ Assistência Técnica

A nossa missão tem sido trabalhar para merecer a preferência dos nossos Clientes. A nossa especialização nas diversas áreas médicas proporciona um melhor serviço a nível qualitativo, de forma flexível e eficiente. O cumprimento da nossa missão baseia-se na crescente relação com os nossos clientes.

VITAGNÓSIS
Equipamentos Médicos, Lda.
❖ Medicina do Trabalho
❖ Diagnóstico
❖ Cardiologia
❖ Medicina Desportiva
❖ Ortopedia
❖ Ginásios

VitalSénior
❖ Geriatria
❖ Cuidados Continuados
❖ Creches
❖ Desinfecção, higienização e limpeza

Vital Care
Dentária · Podologia · Estética, Lda
❖ Med. Dentária
❖ Podologia
❖ Estética
❖ Ginecologia
❖ Piscina

Rua das Tulipas, 160-170 | 4510-679 Fânzeres | Telef.:224664880 Fax: 22483220 | www.vitalino.pt

GRUPO DE INTERESSE DE FISIOTERAPIA EM PEDIATRIA

GIFIP CONGRESSO SEFIP 2012

A direção do GIFIP assistiu ao IV Congresso da SEFIP (Sociedade Espanhola de Fisioterapia em Pediatria), que decorreu em Almeria de 10 a 12 de Maio do corrente ano. Esta foi mais uma oportunidade de estabelecer contato com a realidade da Fisioterapia pediátrica a nível internacional, já que no painel de oradores se encontravam alguns especialistas reconhecidos na área. Foi também mais um momento de confraternização com a presidente da SEFIP, a Ft Lourdes Macias, colaboradora habitual do GIFIP nas suas diversas formações e também na Pós-Graduação em Fisioterapia em Pediatria.

GRUPO DE 14 FISIOTERAPEUTAS CONCLUIU O MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER

A Fisioterapia e a Saúde da Mulher estão de parabéns! 14 Fisioterapeutas finalizaram o 1º Mestrado em Fisioterapia, no ramo "Saúde da Mulher", da ESSA, numa parceria com a APF/GIFSM. Contamos que sejam uma referência para os futuros fisioterapeutas. Estamos de mãos dadas e a par com o resto do mundo na nossa área da saúde da mulher. O modelo do nosso mestrado tem sido marco de referência para instituições de outros países.

Os resumos das teses, muito em breve, estarão disponíveis no site do GIFSM, esperando que sejam fonte de orientação de novos projetos a desenvolver nesta área.

A FISIOTERAPIA NO CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é considerado um flagelo social que afeta todos os países desenvolvidos. É o cancro mais comum nas mulheres e, provavelmente o mais temido, representando um enorme problema para a população feminina, comprometendo-a física, mental e socialmente (1) (2). Em Portugal, são detetados aproximadamente 4300 novos casos clínicos de cancro da mama por ano, e 1500 mulheres morrem com esta doença. No entanto, na última década a taxa de mortalidade referente ao cancro da mama em Portugal tem diminuído 2% anualmente (3).

O seu diagnóstico e prognóstico, associado à perda da mama, símbolo da feminilidade, representa um profundo impacto na mulher, com fortes implicações a nível social e psicológico, afetando a perceção da sexualidade e a própria imagem corporal, com consequente diminuição da qualidade de vida. O seu tratamento envolve uma abordagem múltipla, desde a intervenção cirúrgica, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia, acarretando graves consequências físicas (2). O diagnóstico precoce e as modalidades de tratamento cada vez mais eficazes contribuem para o aumento da esperança de vida, transformando a qualidade de vida destas mulheres num tema de extrema importância (4).

Apesar das abordagens cirúrgicas axilares menos invasivas e mais seletivas serem a tendência da prática corrente, o esvaziamento ganglionar axilar continua a ser parte do tratamento cirúrgico do cancro da mama.

A lesão do sistema linfático adquirida após a cirurgia ou a radioterapia pode levar à acumulação de linfa no espaço intersticial, condição conhecida como linfedema secundário (5). Esta é a complicação mais importante do esvaziamento ganglionar axilar, tendendo a ser crónica e a agravar ao longo do tempo (6) (7).

O linfedema secundário pode causar deformidade, desconforto e incapacidade funcional. Ansiedade, depressão e stress emocional são mais comuns em pacientes com linfedema do que sem linfedema, podendo afetar as suas relações sociais, diminuir a autoimagem e autoestima (8) (9). Esta condição também pode despoletar erisipela, linfangite e ocasionalmente linfangiossarcoma (10) (11).

Relativamente à sua incidência, tendo em conta a falta de uniformidade das metodologias e às várias definições de linfedema utilizadas nos vários estudos, esta varia substancialmente.

Tengrup et al (12) encontraram 19% de incidência de linfedema em mulheres submetidas a tratamento por cancro da mama, referindo não existir correlação entre esta e a idade. Johansen et al (13) observou uma percentagem de 11%, tendo encontrado uma relação com o aumento da idade, com a radioterapia e com a extensão da cirurgia.

Rietman et al (14) numa revisão sistemática observaram uma prevalência de linfedema que variou entre os 6 e os 41%. As utentes sujeitas a mastectomia apresentaram com maior frequência edema do membro superior do que as sujeitas a cirurgia conservadora. Concluiu que o edema do membro superior tem uma correlação significativa com o esvaziamento ganglionar e a radioterapia.

Outros autores encontraram resultados semelhantes, em que a incidência de linfedema após esvaziamento ganglionar axilar variou entre os 10 e os 37%, existindo também uma correlação significativa com a radioterapia (15).

A discussão da diminuição da funcionalidade do membro superior após esvaziamento axilar tende a girar em volta do linfedema, mas, é óbvio que a dor pós-operatória prolongada e a limitação da amplitude de movimento são complicações frequentes que também provocam incapacidade (16).

Rietman et al (14) verificaram que a prevalência de amplitudes articulares limitadas variou entre 2 e 51% dos pacientes. Esta limitação pode manter-se a longo prazo (17).

Johansson et al (17) verificaram a presença de trombose linfática superficial em 77% dos pacientes, com maior frequência no primeiro mês de pós-operatório. Esta encontrava-se associada à limitação das amplitudes articulares em 66% dos casos.

Karki (18) demonstrou que após 1 ano de pós-operatório, 40,6% dos pacientes refere dor na região cervical e ombro, 49% refere aumento da intensidade da dor com a atividade de transporte de objetos e que pacientes com índice de massa corporal mais elevado têm exacerbação de sintomas.

A recuperação da função do membro superior após cirurgia por cancro da mama demora mais tempo do que as expectativas gerais das mulheres. Muitas mulheres referem dificuldades nas suas tarefas simples do dia-a-dia, como por exemplo conduzir, dormir, tarefas domésticas e jardinagem, acrescentando a reduzida capacidade para as suas tarefas ocupacionais. Para algumas mulheres estes problemas transformam-se em sobrecargas psicológicas, lembrando-as constantemente da sua doença e da possibilidade de não readquirirem a capacidade física anterior (19).

A fisioterapia lida e intervém nas consequências físicas e psíquicas de determinadas modalidades terapêuticas, cirúrgicas ou não. Tendo assim um papel fundamental no acompanhamento da paciente depois de a doença estar controlada (1).

As mulheres submetidas a cirurgia por cancro da mama, que realizaram fisioterapia após essa mesma cirurgia, recuperaram a função mais cedo, sentem-se mais seguras e apresentam menos dificuldades no processo de reabilitação (2). Beurskens et al observaram que as pacientes que não realizaram fisioterapia no período de pós-operatório apresentavam limitações significativas da função e amplitude articular do ombro três meses após a cirurgia, em comparação com as que realizaram exercícios ativos e atividades funcionais (20).

O objetivo a longo prazo da intervenção da fisioterapia é o retorno da paciente às suas atividades da vida diária e à reintegração da sua participação social com o mínimo de alterações nas estruturas e funções. No entanto, para assegurar estes objetivos é necessário compreender o que as mulheres com cancro da mama necessitam. Nesse sentido fazer uma boa avaliação da sua condição, ouvir as suas dúvidas, saber esclarecer e providenciar informação pertinente acerca da cirurgia, dos tratamentos existentes e das complicações que deles podem advir, é um ponto de

A SUA OPINIÃO CONTA

partida para o processo de reabilitação (21).
O início da realização de exercícios ativos no pós-operatório imediato aumenta a mobilidade do membro superior, a função e a qualidade de vida (20) (22). Para além disso, a intervenção precoce não aumenta as complicações pós-operatórias, tais como a infeção, atraso de cicatrização ou linfedema (22). O atraso no início de atividade física após esvaziamento ganglionar axilar pode levar ao aumento de complicações como atrofia muscular e diminuição da mobilidade do membro superior, levando a um aumento de dor no ombro (23).
O tempo referente ao início da intervenção da fisioterapia não é ainda consensual. Não só no que diz respeito à incidência das complicações pós-operatórias, como também à definição do que é precoce ou tardio. Contudo, a maior parte dos estudos sugere de que a intervenção instituída entre o primeiro e o décimo quarto dia de pós-operatório é considerada intervenção precoce (20) (23).
A literatura indica que o fisioterapeuta desempenha um papel importante na prevenção, deteção precoce e tratamento do linfedema secundário. (24) (25) (26).
Lacomba et al sugerem que a intervenção precoce da fisioterapia associada a uma estratégia educacional, após cirurgia por cancro da mama com esvaziamento ganglionar axilar, está associada a um menor risco de desenvolvimento de linfedema secundário, quando comparado com um grupo de controlo sujeito apenas à estratégia educacional. Após 12 meses de follow-up a incidência de linfedema foi de 25% no grupo de controlo, para 7% no grupo experimental (27).
Relativamente ao tratamento do linfedema, são identificados na literatura essencialmente dois tipos de intervenção: a terapia linfática descongestiva (TLD) e o exercício.
A TLD é constituída por 4 componentes: a drenagem linfática manual, a compressão (pressoterapia, bandas multicamadas e material de contenção elástico), os cuidados de higiene com a pele e os exercícios ativos. Divide-se em duas fases distintas, a de redução e a de manutenção (22). A evidência atual suporta a utilização da TLD para o aumento da qualidade de vida (28), para a redução do volume (29) (30) e aumenta a intenção dos pacientes para a prática de exercício (31).
Programas de exercício supervisionados para pacientes com linfedema têm como objetivos: o aumento das amplitudes articulares, o aumento da força muscular, a melhoria da função do membro superior e o controlo do edema (22). A redução do peso só por si ajuda a reduzir o linfedema (32). São fatores importantes, uma vez que o exercício e a redução de peso parecem ter influência na prevenção do cancro da mama e no aumento da sobrevivência (22).
Os exercícios supervisionados podem ser administrados individualmente ou em grupo. Contudo, no sentido de abranger as limitações específicas de cada paciente, são recomendados os programas individuais (22).
O fisioterapeuta desempenha um papel fulcral junto do paciente com cancro da mama, como educador, informando sobre o risco de desenvolvimento do linfedema secundário, estratégias preventivas, sinais e sintomas e opções de tratamento. É também o profissional de saúde de eleição para a deteção e tratamento das várias sequelas resultantes do tratamento cirúrgico e terapias adjuvantes, no sentido de promover a funcionalidade e a qualidade de vida.

Carla Martinho
sócia nº 1424

Bibliografia

1. **Henscher, U.** *Fisioterapia em Ginecologia*. São Paulo : Editora Santos, 2007.
2. **Picaró, P., Perloiro, F.** A evidência da intervenção precoce da fisioterapia em mulheres mastectomizadas: estudo comparativo. *EssFisiOnline*. 1, 2005, Vol. 2, pp. 3-14.
3. **Bastos, J., Barros, H.**, Lunet, N. Evolução da mortalidade por cancro da mama em Portugal (1995-2002). *Acta Médica Portuguesa*. 2007, Vol. 20, pp. 139-144.
4. **Mols, F., Vingerhoets, A. J., Coebergh, J. W.**, *van de Poll-Franse L. V.* Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *European Journal of Cancer*. Vol. 41, pp. 1285-1293.
5. **Mortimer, P.** *Pathophysiology of Lymphedema*. s.l. : Jimenez Cossio, 1998. p. 36.
6. **Cheville, A., Tchou, J.** *Barriers to rehabilitation following surgery for primary breast cancer. J Surg Oncol*. 2007, Vol. 95, pp. 409-18.
7. **Nesvold, I., Dahl, A., Lokkevik, E., Mengshoel, A., Fossa, S.** Arm and shoulder morbility in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. *Acta Oncol*. 2008, Vol. 47, pp. 835-42.
8. **Kwan, W., Jackson, J., Weir, L., Dingee, C., McGregor, G., Olivotto**, I. Chronic arm morbility after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. *J Clin Oncol*. 2002, Vol. 20, pp. 4242-8.
9. **Rietman, J., Dijkstra, P., Debreczeni, R., Geertzen, J.**, Robinson, D., Vries, J. Impairments, disabilities and health related quality of life after treatment of breast cancer: a follow-up study 2.7 after surgery. *Disabil Rehabil*. 2004, Vol. 26, pp. 78-84.
10. **Masmoudi, A., Maaloul, I., Turki, K., Elloumi, Y., Marrekchi, S.**, Bouassida, S. Erysipelas after breast cancer treatment (26 cases). *Dermatology Online Journal*. 2004, Vol. 12.
11. **Ocana, A., Delgaco, C.** Case 3. Upper limb lymphagiossarcoma following breast cancer therapy. *J Clin Oncol*. 2006, Vol. 24, pp. 1477-8.
12. **Tengrup, I., Teenvall-Nittby, L., Christiansson, I., Laurin, M.** Arm morbidity after breast cancer-conserving therapy for breast cancer. *Acta Oncol*. 2000, Vol. 39(3), pp. 393-7.
13. **Johansen, J., Overgaard, J., Blichert-Toft, M.**, Overgaard, M. Treatment Morbidity Associated with the Management of the Axilla in Breast-Conserving Therapy. *Acta Oncologica*. 2000, Vol. 39(3), pp. 349-354.
14. **Rietman, J. S., Dijkstra, P. U., Hoekstra, H. J., Eisma, W. H., Szabo, B. G., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B.** Late morbidity after treatment of breast cancer in relation to daily activities and quality of life: a sistematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2003, Vol. 29(3), pp. 229-38.
15. **Ozaslan, C., Kuru, B.** Lymphedema after treatment of breast cancer. *Am J Surg*. 2004, Vol. 187(1), pp. 69-72.
16. **Ernst, M. F., Voogd, A. C., Balder,W., Klinkenbijl e J. H. G., Roukema, J. A.** Early and Late Morbidity Associated With Axillary Levels HII Dissection in Breast Cancer. *Journal of Surgical Oncology*. 2002, Vol. 79, pp. 151-155.
17. **Johansson, K., Ingvar, C., Albertsson, M., Ekdahl, C.** Arm lymphoedema, shoulder mobility and Muscle Strenght after Breast Cancer treatment - A Prospective 2-year Study. *Advances in Physiotherapy*. 2001, Vol. 3, pp. 55-66.
18. **Kärki, A.** Physiotherapy for the functioning of breast cancer patients. Jyväskylä : Department of Health Sciences, Faculty of Sports and Health Sciences of the University of Jyväskylä, 2005.
19. **Collins, L., Nash, R., Newman, B.** Perceptions of upper-body problems during recovery from breast cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2004, Vol. 12, pp. 106-113.
20. **Beurskens, C. H. G., van Uden, C. J. T., Strobbe, L. J. A., Oostendorp, R. A. B., Wobbes, T.** The efficacy of physiotherapy upon shoulder function following axillary dissection in breast cancer, a randomized controlled study. *BMC Cancer*. 2007, Vol. 7, p. 166.
21. **Karki, A., Simonen, R., Malkia, E., Selfe, J.** Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2005, Vol. 37, pp. 180-188.
22. **Cheifetz, O., Haley, L.** Management of secondary lymphedema related to breast cancer. *Can Med Physician*. 2010, Vol. 56, pp. 1277-84.
23. **Kilgour, R. D., Jones, D. H., Keyserlingk, J. R.** Effectiveness of a self-administered, home-based exercise rehabilitation program for women following a modified radical mastectomy and axillary node dissection: a preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2008, Vol. 109(2), pp. 285-95.
24. **Gomide, L. B., Matheus, J. P., Candido dos Reis, F. J.** Morbidity after breast cancer treatment and physiotherapeutic performance. *Int J Clin Pract*. 2007, Vol. 61(6), pp. 972-82.
25. **Johansson, K.** Is physiotherapy useful to the breast cancer patient? Acta Oncol. 2005, Vol. 44(5), pp. 423-4.
26. **McCallin, M., Johnston, J., Basset, S.** How effective are physiotherapy techniques to treat established secondary lymphoedema following surgery for cancer? A critical analysis of the literature. *N Z J Physiother*. 2005, Vol. 33(3), pp. 101-12.
27. **Lacomba, M. T., Sánchez, M. J. Y., Goñi, A. Z., Merino, D. P., del Moral, O. M., Téllez, E. C., Mogollón, E. M.** Effectiveness of early physiotherapy to prevent lymphedema after surgery for breast cancer: randomised, single blinded, critical trial. *BMJ*. 2010, Vol. 340, p. b5396.
28. **Kim, S. J., Yi, C. H., Kwon, O. Y.** Effect of complex decongestive therapy on edema and the quality of life in breast cancer patients with unilateral limphedema. *Lymphology*. 2007, Vol. 40(3), pp. 143-51.
29. **Koul, R., Dufan, T., Russel, C., Guenther, W., Nugent, Z., Sun, X., et al.** Efficacy of complete decongestive therapy and manual lymphatic drainage on treatmente-related lymphedema in breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2007, Vol. 67(3), pp. 841-6.
30. **Hamner, J. B., Fleming, M. D.** Lymphedema therapy reduces the volume of edema and pain in patients with breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2007, Vol. 14(6), pp. 1904-8.
31. **Karadibak, D., Yavuzsen, T., Saydam, S.** Prospective trial of intensive decongestive physiotherapy for upper extremity lymphedema. *J Surg Oncol*. 2008, Vol. 97(7), pp. 572-7.
32. **Shaw, C., Mortimer, P., Judd, P. A.** A randomized controlled trial of weight reduction as a treatment for breast cancer-related lymphedema. *Cancer*. 2007, Vol. 110(8), pp. 1868-74.

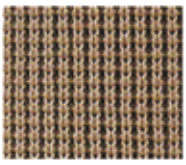
Juzo®

Jubiläum 100 JAHRE 1912 – 2012

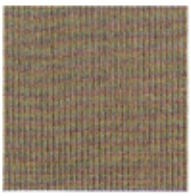
Programa Juzo Expert
Uma terapia de compressão eficiente

Juzo Expert
Costuras de qualidade macia
para encomendas individualizadas.
As mais adequadas para doentes que sofrem de Lipoedemas e Linfedemas especialmente recomendado para doentes com pele sensível

Juzo Expert Strong
Malha de elevada pressão
com efeito de massagem Indicada para os casos de Linfedemas de difícil tratamento bem como para os casos de Fibrose



Juzo Expert Silver
e
Silver Strong
Prata pura num efeito antibacteriano devido à libertação de iões
Especial para pessoas com feridas abertas ou crónicas. Restabelece o equilíbrio da pele inflamada e irritada diminuindo o prurido



Todas as malhas do programa Juzo Expert para os graus de compressão 1 e 2 têm um factor 80 de protecção solar

Vantagens do programa

- **Extraordinário conforto durante o uso, graças às costuras planas, elásticas e extremamente discretas.**
- **Garantia de mobilidade das articulações, graças ao material homogéneo, macio e suave ao tacto**
- **Elevada tolerância cutânea, graças à dupla camada de envolvimento dos fios de compressão com as fibras têxteis.**
- **Força de compressão definida com exactidão, graças à malha elástica dupla, que é fabricada segundo o processo malha plana, com exactidão milimétrica de acordo com as medidas do doente.**
- **Adaptação do vestuário de compressão no dia-a-dia, graças à utilização de materiais sem teor em látex, resistentes ao sol, às pomadas, duradouros e permeáveis ao ar.**
- **Facilidade a vestir e despir, graças a uma estrutura superficial com malha de urdidura fina e à incorporação opcional de elementos de fixação adicionais (ganchos, fechos éclair e velcro)**

O vestuário de compressão assegura de forma duradoura o êxito da complexa terapia de descongestionamento físico. As malhas de compressão medicinais exercem uma pressão uniforme sobre o tecido e garantem uma pressão com um percurso exacto e definido. Cada peça é medida e adaptada ao corpo, com uma precisão milimétrica e, consoante a zona de aplicação, pode ser fornecida com diversos acabamentos e apresentações.

Representante em Portugal - Henrique Costa Dias Tlm: 917 236 532
www.juzo.com - henriquejuzo@gmail.com

A SUA OPINIÃO CONTA

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES EM FISIOTERAPIA

A antropologia da Saúde é a aplicação do objecto antropológico aos fenómenos de saúde (Scheper-Hugues & Lock, 1987). A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimentos, técnicas, ideias, noções de causalidade, tratamentos, etc.) são fenómenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados (Nichter, 1989).

O estado de saúde de uma população está associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural (Scheper-Hugues & Lock, 1987). A antropologia da saúde inscreve-se, assim, numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde (Uchôa & Vidal, 1994).

A Fisioterapia afirma-se como profissão e ciência com um corpo de conhecimentos específicos. O fisioterapeuta, tal como qualquer outro profissional de saúde, é um "ser social", que mantém crenças, valores, normas e conhecimentos (Lazaro & Umphred, 2007). Os valores que conserva são formulados e compartilhados com a família, sociedade e consequentemente no seu dia-a-dia profissional.

A antropologia desenvolveu importantes aspectos conceituais e metodológicos para o estudo sistemático das manifestações sócio-culturais de pensamento e de acção associadas à saúde (Oliveira, 2002); permitiu examinar as relações (interacções e contradições) entre os modelos de prática, que suportam a organização dos serviços, os programas de prevenção e as intervenções terapêuticas, tendo em conta a adequação sócio-cultural da intervenção em saúde (Uchôa & Vidal, 1994).

A antropologia da saúde considera dois pontos de vista fundamentais: a antropologia filosófica e a antropologia cultural. (Silva et al, 2008).

A antropologia filosófica é a antropologia encarada metafisicamente; procura investigar a estrutura essencial do homem; na medida em que tudo se deduz a partir dele, na medida em que ele torna acessíveis as realidades, que o transcendem, nos modos de existir relacionados com essas realidades (Helman, 2003). Para compreender e ir de encontro com as verdadeiras necessidades de um indivíduo é necessário compreendê-lo na sua componente bio-psico-social; homem enquanto ser saudável, adoecível, doente e mortal (Oliveira, 2003).

A Organização Mundial de Saúde define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. Essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, "irreal, ultrapassada e unilateral" (Segre & Ferraz, 1997). A saúde não é só a ausência de dor, de doença ou de morte, mas a capacidade de lidar com estes fenómenos (Silva et al., 2008). Hoje em dia assiste-se a uma "medicalização" da saúde, em quase todas as fases da vida humana: nascimento, infância, vida adulta e fase terminal da vida. (Silva et al., 2008). O acesso a diversas inovações tecnológicas e a um conhecimento cada vez mais específico não leva necessariamente à qualidade da assistência. Este é um fenómeno bastante perceptível nas relações profissional-paciente que não se vêem primoradas ou beneficiadas apenas com a introdução de serviços tecnológicos (Guerreiro, 2004).

A ciência em saúde deve ser posta em acção no sentido da melhoria da saúde das populações. A prestação dos cuidados de saúde deverá ser feita considerando os aspectos bio-sócio-culturais dos indivíduos e das populações (OMS, 1998). A Humanização em saúde tem por base os estudos da antropologia em saúde, cuja evolução fez reflectir sobre divergências em problemas como a definição de objectivos, a selecção de estratégias adequadas de tratamento, as questões éticas e a capacidade de decisão do indivíduo (Oliveira, 2003). Todos estes aspectos são essenciais na qualidade e eficácia da intervenção em fisioterapia.

Para além da vertente filosófica, a antropologia em saúde centra-se na análise cultural. O ser humano necessita de ser compreendido na sua realidade plural, íntegra e una, destacando a importância das dimensões cultural e social no âmbito da saúde. Neste campo, existe uma partilha e inter-relação de conceitos e conhecimentos comuns com a epidemiologia.

A antropologia cultural permitiu, em conjunto com a epidemiologia, o estudo dos factores culturais que intervêm no campo da saúde. Um elemento central nesta abordagem é a distinção analítica entre "doença processo" *(disease)* e "doença experiência" *(illness)* (Kleinman, 1980). Esta distinção remete-nos aos dois aspectos indissociáveis dos fenómenos saúde e doença, ou seja, o processo patológico e a experiência psicossocial deste processo; a importância de considerar que um aspecto não é redutível ao outro e as múltiplas e constantes interacções que existem entre eles (Helman, 2003). Nesta abordagem, considera-se que a experiência da doença é uma construção cultural que conjuga normas de conduta, valores e expectativas tanto individuais quanto colectivas e se expressa em formas específicas de pensar e agir (Atkinson, 1993). De facto, a "doença" contempla os dois significados. Podemos dizer que *illness*, é o equivalente à "perturbação", a forma como os indivíduos e os membros de uma rede social percebem os sintomas, categorizam e dão atributos a esses sintomas, experiênciando-os; é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente. Por outro lado, *disease* é a forma como a experiência da doença *(illness)* é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz dos seus modelos teóricos e que os orienta no seu trabalho clínico. É portanto, uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente clínico (Segre & Ferraz, 1997; Oliveira, 2002).

O relacionamento entre o fisioterapeuta e o paciente deve ser uma parceria entre duas pessoas, das quais uma delas detém o conhecimento técnico-científico, que põe à disposição da outra, não numa relação hierárquica ou de subjugação, mas num processo inter-relacional (Segre & Ferraz 1997).

Esta perspectiva da antropologia em saúde pode ser hoje em dia vista pela abordagem actual da OMS relativamente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - ICF, 2004). O modelo da ICF substitui o enfoque negativo da deficiência da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as actividades (que um indivíduo que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo) pode desempenhar, assim como sua participação social. A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são

A SUA OPINIÃO CONTA

determinadas pelo seu contexto ambiental e cultural. Representa uma mudança de paradigma para se pensar e compreender a doença, a deficiência e a incapacidade. (Farias & Buchalla, 2005).

O vasto leque de intervenção da fisioterapia, implica uma intervenção numa perspectiva bio-psico-social e que tem em vista a obtenção da máxima funcionalidade e qualidade de vida dos utentes. Devemos estar consciente que no nosso dia-a-dia a qualidade da nossa intervenção vai para além dos nossos *skills* e saberes mas está dependente, em grande parte, da forma como conseguimos que o indivíduo perceba o seu problema e identifique em conjunto com o fisioterapeuta soluções, para que ele próprio seja um elemento activo na resolução do mesmo.

Duarte Pereira
Sócio nº 2287

Referências Bibliográficas:

- Atkinson S. Anthropology in research on the quality of health services. Cad. Saúde Publ 1993; 9(3): 283-99.
- ICF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. Direcção Geral de Saúde. 2004.
- Farias N & Buchalla CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 187-93.
- Guerreiro L et al. A Visão antropológica do cuidado nos serviços de saúde. Arq. Apadec 2004; 8(supl) 5-10.
- Helman C. Cultura Saude e Doença. 4ª Edição. Rio de Janeiro. ARTMED Editora. 2003.
- Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California. In Press. 1980.
- Lazaro RT, Umphred DA. Improving cultural diversity awareness of physical therapy educators. J Cult Divers Fall 2007; 14(3): 121-125.
- Nichter M. Anthropology and International Health: South Asian Case Studies. Dordrechet. Kluwer Publications. 1989.
- Oliveira D. Humanização da Saúde: Uma proposta Antropológica; uma abordagem Alternativa. Lato & Sensu 2003; 4(1): 3-5.
- Oliveira F. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação.Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6(10): 63-74.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. World Report on knowledge for better health. Geneva: World Health Organization. 2004. Acess to Digital Libraries of Scientific Information: http://www.who.int/rpc/meetings/en/WR2004AnnotatedOutline.pdf. Maio, 2008.
- Scheper-Hugues N & Lock M. The mindful body. Medical Anthropology Quaterly. 1987; 1: 6-42.
- Segre M & Ferraz F. O conceito de saúde. Rev. Saúde Pública 1997; 31(5): 538-542.
- Silva JN, Brito JP, Chaves P. Antropologia da Saúde. Comunicação. Curso de Antropologia da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal. Maio de 2008.
- Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Cad. Saúde Pública 2003; 19(3): 849-853.
- Uchôa E & Vidal JM. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. Cad. Saúde Publ 1994; 10(4): 497-504.

Cure Tape®

QUANDO A QUALIDADE É IMPORTANTE

Banda Neuromuscular Só para Profissionais

- ANEID, Lda., é pioneira na introdução da Técnica da Banda Neuromuscular (também conhecida por Taping Neuromuscular (TNM)) em Portugal, desde 1999.

- ANEID, Lda., com a colaboração da Associação Portuguesa de Bandas Neuromusculares (APBNM), realiza os seguintes cursos dirigidos a fisioterapeutas:

Básico	Drenage Linfática
Avançado	Pediátrico
Desporto de Elite	Neurológico

http://www.aneid.pt/tnm_cursos.asp

A Banda Adesiva Neuromuscular Cure Tape está classificada no INFARMED, sob o código GMDN nº 8431, como Banda Adesiva da Classe I – não estéril, e apresenta-se também com o Código da Associação Nacional de Farmácias, tornando-se assim na única Banda codificada no mercado Nacional.

ANEID
Produtos Farmaceuticos, Lda

Rua José Florindo, Qta. Da Pedra, Lote 44 D, R/C - 2750-401 Cascais
Tel.: 21 484 96 20 • Fax: 21 484 96 29 • e-mail: info@aneid.pt
www.aneid.pt

A SUA OPINIÃO CONTA

CARTA EUROPEIA DOS SISTEMAS DE SAÚDE – OS SISTEMAS DE SAÚDE PELA SAÚDE E PELA PROSPERIDADE

Portugal subscreveu a Carta Europeia dos Sistemas de Saúde durante a Conferência Ministerial da Organização Mundial de Saúde, na capital da Estónia, realizada de 25 a 27 de Junho de 2008. A "Carta de Tallinn" assume o impacto dos Sistemas de Saúde na saúde das populações, no desenvolvimento económico, na coesão social, na competitividade e produtividade das nações.

A saúde é um valor inestimável e há evidência da relação estreita e biunívoca entre a qualidade de um Sistema de Saúde e a saúde, bem-estar e prosperidade de uma sociedade. Este paradigma reenquadra a função e o papel dos Sistemas em três desafios:

- traduzir os gastos em investimento na saúde e na prosperidade da sociedade;
- garantir que os Sistemas de Saúde permanecem sustentáveis;
- aperfeiçoar mecanismos para monitorizar, gerir e melhorar o seu desempenho com eficácia, eficiência, qualidade e segurança

Um exemplo do aumento dos custos da saúde é o envelhecimento das populações. Iniciativas e políticas promotoras de um envelhecimento saudável, associadas e políticas de emprego podem permitir que as pessoas permaneçam economicamente ativas em idades mais avançadas. Outro exemplo é a inovação tecnológica, cujo impacto é incontestável. No entanto, necessita de ser avaliado contra o custo competitivo da adoção de tecnologias mais avançadas. Do ponto de vista social e no contexto de recursos limitados, os maiores ganhos estarão na adoção das tecnologias que melhor beneficiem o maior número de pessoas. Quanto à exigência do cidadão, resulta da sua literacia em saúde, essencial para a escolha competitiva dos serviços de saúde. O ganho social de cidadãos ativos e (in) formados é por isso um bem.

A sustentabilidade financeira dos Sistemas de Saúde depende, entre outros, da capacidade de gerar recursos suficientes face a custos crescentes, do equilíbrio entre as despesas e as receitas, do entendimento de que recursos sociais sejam justificados e contidos nas possibilidades económicas e sociais e do compromisso com a competitividade macroeconómica de um país. Inevitavelmente existirão discrepâncias entre o que a sociedade está disposta a pagar e o que de facto despende. No entanto, valores de solidariedade social como a universalidade e a equidade do acesso aos cuidados de saúde são determinantes do nível de bem-estar social e prosperidade de um país. A sustentabilidade do Sistema de Saúde deve resultar do balanço do custo e da efetividade das suas políticas e dos recursos sociais subjacentes, numa perspetiva de que quanto mais eficiente, mais sustentável.

A informação tem um papel central na capacidade de um Sistema de Saúde se tornar mais eficiente sob formas tão variadas como a gestão das instituições, vigilância epidemiológica, redes de referenciação, segurança e qualidade dos atos clínicos. Não existem modelos únicos nem convergência sobre como analisar, interpretar e comparar informação, pelo que é necessário amadurecer o seu uso garantindo maior acesso, inovação e experimentação criteriosa, partilha de boas práticas, casos de sucesso e a sua comparação e integração a nível internacional.

O compromisso europeu é de investimento em Sistemas de Saúde eficientes, que se traduz na prosperidade das populações. Esta visão é um imperativo ético, social, político, reiterado agora ao mais alto nível das iniciativas internacionais em saúde.

Andreia Rocha
Sócia nº 2042

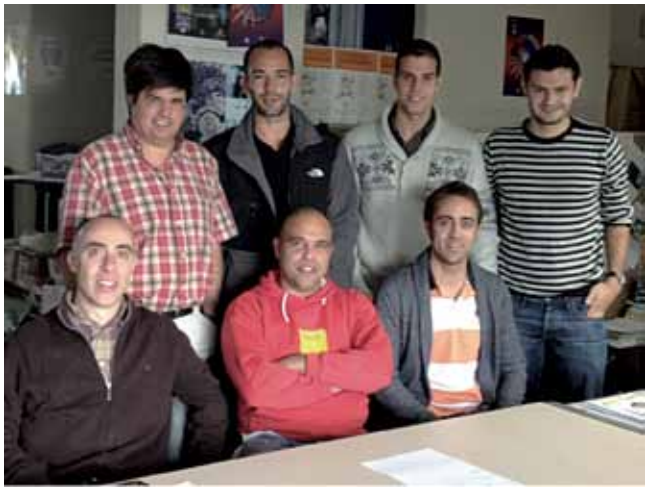
Bibliografia

BARROS, Pedro Pita, 2009, *"Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos"*, Almedina, 2ª edição, Coimbra
CARVALHO, Mário Jorge, 2008, *"Gestão e Liderança na Saúde – Uma abordagem estratégica"*, Vida Económica, 1ª edição
MATEUS, Abel M. *"Concorrência, Eficiência e Saúde"*, Conferência proferida nos Seminários sobre Novas Perspectivas no Sector da Saúde, Bioética, FMUP, Porto
NUNES, Rui, 2009, *"Regulação da Saúde"*, Vida Económica, 2ª edição
Portal da Saúde – **http://www.portaldasaude.pt/portal** disponível a 17 de Setembro de 2012
Observatório Português dos Sistemas de Saúde - **www.observaport.org** disponível a 22 de Agosto 2012

ASSEMBLEIA-GERAL DO GRUPO DE INTERESSE EM FISIOTERAPIA NO DESPORTO

No passado dia 20 de Maio de 2012, realizou-se nas instalações da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas – Rebelva, a Assembleia-geral do Grupo de Interesse em Fisioterapia no Desporto, que contou com a presença de sete dos seus membros.

ELEIÇÃO DOS ÓRGÃOS DO GIFD



No decorrer da Assembleia Geral procedeu-se à eleição da nova direcção do Grupo de Interesse em Fisioterapia no Desporto, tendo sendo eleita a única lista concorrente, designada como Lista A constituída por: **Mesa da Assembleia-Geral** – Presidente: Raúl Oliveira; Vice-presidente: José Esteves; Secretário: Telmo Firmino. **Órgãos de Direcção** – Presidente: Luis Ribeiro; Vice-presidente: Marco Jardim; Tesoureiro: David Pires; 1º Secretário: João Ribeiro; 2º Secretário: João Paulo Caetano; 1ºSuplente: Charlotte Cazaban e 2º Suplente: André Ruivo. Após votação secreta, a contagem dos votos revelou zero votos brancos ou nulos, tendo a Lista A obtido 7 votos.

GRUPO DE INTERESSE EM FISIOTERAPIA NO DESPORTO O PLANO DE ACÇÃO PARA O PRÓXIMO TRIÉNIO

- Representar a fisioterapia no plano do desporto e população em geral, assim como em diferentes estruturas organizacionais.
- Desenvolver e divulgar recursos / documentos relacionados com a prática da fisioterapia no desporto e do fisioterapeuta no desporto.
- Promover cursos de curta-duração e prestar consultoria para a formação pós-graduada de acordo com as orientações da *International Federation of Sports Physical Therapy.*
- Desenvolver uma estrutura organizacional que permita maior envolvimento e comunicação com todos os seus membros.

PLANO ESPECÍFICO

Representar a fisioterapia no plano do desporto e na população em geral, assim como em diferentes estruturas organizacionais

- Representação da APF em assuntos do âmbito da Fisioterapia no Desporto, a nível nacional e internacional.
- Divulgação das Competências do Fisioterapeuta no Desporto, ao nível de várias organizações, instituições governamentais e não-governamentais e agentes desportivos, promovendo a imagem da Fisioterapia no contexto da saúde em Portugal.
- Desenvolver condições de ordem organizacional e económica para reintegrar o GIFD como sócio da *International Federation of Sports Physical Therapy*

Desenvolver e divulgar recursos / documentos relacionados com a prática da fisioterapia no desporto e do fisioterapeuta no desporto

- Desenvolver uma política centrada nos profissionais que intervêm na área do desporto, assim como, da população desportiva, através da elaboração de documentos informativos sobre a prática da fisioterapia no desporto, assim como, documentos de natureza educacional para a pratica segura do desporto e da actividade física.
- Manutenção e actualização constante site do GIFD, utilizando-a como principal via da divulgação do ponto anterior.
- Manter o desenvolvimento da *Revista Portuguesa de Fisioterapia* no Desporto contribuindo para o aumento do conhecimento dos fisioterapeutas no desporto.
- Colaboração com outras revistas / publicações, incentivando a parceria e partilha de informações no capitulo editorial.

Promover cursos de curta-duração e prestar consultoria para a formação pós-graduada de acordo com as orientações da *International Federation of Sports Physical Therapy*

- Realização de formações pós-graduadas de curta duração em parceria ou não com outras instituições ou organismos governamentais ou não-governamentais.
- Manter uma colaboração estreita e activa com as Escolas Superiores de Saúde e/ou Universidades que pretendam avançar com formação pós-graduada de curta ou longa duração na área da Fisioterapia no Desporto, prestando apoio e/ou consultoria.

Desenvolver uma estrutura organizacional que permita maior envolvimento e comunicação com todos os seus membros

- Reestruturação e actualização dos membros do GIFD e angariação de novos membros.

GI FISIOTERAPIA
DESPORTO

8 DE SETEMBRO DE 2012
COMEMORAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA FISIOTERAPIA

No âmbito da comemoração do dia Mundial da Fisioterapia o Grupo de Interesse em Fisioterapia no Desporto realizou três entrevista a colegas que estiveram presentes em dois dos mais importantes eventos desportivos de 2012.
Estas entrevistas tiveram como principal objectivo saber qual o impacto que as suas experiências profissionais contribuem para o seu desenvolvimento profissional e pessoal, enquanto fisioterapeutas que intervêm na área do desporto.
Podem seguir as entrevistas realizadas aos nossos colegas Rita Fernandes e Cláudia Paiva presentes na equipa clinica da comitiva portuguesa nos Jogos Olímpicos de Londres e do nosso colega Luis Ribeiro na Selecção Nacional durante o Campeonato Europeu de Futebol 2012.

Entrevistas para Dia Mundial da Fisioterapia:

Claúdia Paiva

Fazendo parte da equipa clínica da missão olímpica portuguesa, de que forma é que a sua presença nos Jogos Olímpicos poderão contribuir para o seu desenvolvimento profissional e pessoal?

Em termos profissionais, destaco o trabalho de equipa como o factor mais importante para o meu desenvolvimento profissional. Integrar a equipa clínica desta missão significa relacionar-me não só com colegas de profissão e com outros profissionais de saúde, mas com todos os elementos oficiais que, nos seus mais diversos cargos e funções, trabalham para uma finalidade e sintonia conjunta. A capacidade para saber estar de forma construtiva num ambiente com esta dinâmica organizacional e num contexto em que podem ocorrer uma grande variedade de situações exigentes e complexas, obriga, em termos profissionais, a uma flexibilidade capaz de gerir e lidar de forma efectiva com os acontecimentos.
Em termos pessoais, o facto de ter acompanhado os dois últimos anos do ciclo de apuramento olímpico (numa determinada modalidade) faz com que seja possível compreender na íntegra a importância da minha colaboração e cooperação. É para mim importante reflectir sobre a minha aprendizagem e crescimento como se fosse o "fechar do ciclo", sentir o dever cumprido pelos atletas e por mim e conseguir transpor esse sentimento durante toda a minha prática profissional. Para além disso, é um grande reconhecimento e motivo de orgulho poder integrar a equipa de Fisioterapeutas e fazer parte do Departamento Clínico que acompanha os atletas Portugueses no maior evento desportivo do Mundo. Viver o espírito da missão olímpica, e encarar a minha colaboração efectivamente com esse espírito de missão em representação do meu país, é de facto um marco importante para mim enquanto pessoa que valoriza o desporto. Ter conhecido as pessoas que são os nossos atletas, nas suas diversas modalidades, e poder testemunhar pessoalmente toda a sua força, empenho e trabalho, revelou-se um factor de motivação acrescida para continuar a evoluir e a trabalhar num contexto específico, complexo e exigente e continuar a ultrapassar as dificuldades e as condições muitas vezes adversas.

Sendo os JO um evento marcado pela representação de um vasto número de países, possibilitando a interacção com outras culturas e outras realidades sociais, no seu entender existem diferenças do ponto de vista das competências profissionais e organizacionais entre as equipas clínicas?

Existem, inevitavelmente, diferenças entre o departamento clínico dos diferentes países precisamente pelas perspectivas multiculturais e sociais distintas dos seus intervenientes. No entanto, é sobretudo em termos estruturais e organizacionais que as referidas diferenças são mais facilmente "detectáveis" e/ou percepcionadas. É determinante a forma como algumas comitivas se fazem acompanhar por uma equipa multidisciplinar completa (Médicos de diferentes especialidades, Fisioterapeutas, Psicólogo, Nutricionista) enquanto noutras culturas (oriental por exemplo), o Médico é o elemento fundamental da equipa clínica, centrando em si todo o saber e conhecimento experimental, considerado necessário para a comitiva. Não obstante disso, esta análise merece também um enquadramento económico, isto é, nem todos os países têm o mesmo poder económico, o que pode limitar a constituição da equipa clínica.
Em termos de competências profissionais, torna-se mais difícil se não mesmo relativo estabelecer comparações, até porque existem diferentes formas de descrever e qualificar as referidas competências. Embora a especificidade da população exija competências transversais passíveis de caracterizar o perfil do profissional de saúde no contexto desportivo, a sua cultura é indissociável da sua formação, do perfil de competências que começou a adquirir no seu contexto académico, dos seus atributos pessoais e consequentemente da forma como reage e demonstra as suas competências.

Os JO são o evento desportivo mais importante e de maior visibilidade no mundo inteiro, e talvez por isso seja a competição onde os atletas têm as maiores expectativas desportivas e sentem enormes responsabilidades. Toda esta envolvência, na sua opinião, sente de igual forma um aumento das suas responsabilidades enquanto profissional?

Considero que não deve ser somente nos "grandes feitos" que devo sentir o dever da responsabilidade profissional, mas sim todos os dias da minha prática e ao longo de toda a carreira enquanto Fisioterapeuta. Nos grandes eventos, como os JO, todos são responsáveis, prestáveis, profissionais e humanos...é expectável que o sejam. Porém, é sobretudo nas pequenas coisas, nas rotinas do quotidiano profissional que se deve marcar a diferença numa prática de excelência. Considero que todos os dias faço o melhor que sei para ir ao encontro das necessidades dos meus utentes e cumprir com as minhas responsabilidades profissionais. O facto dos JO serem o maior evento desportivo do mundo por todo o mediatismo histórico e social que envolve uma participação neste evento, faz de facto com que as expectativas dos atletas sejam altas, está em causa um ciclo de trabalho, esforço e dedicação incalculáveis e por isso sentem também uma maior responsabilidade na sua prestação. Com toda a certeza que isso criou em mim uma maior necessidade de adaptação e senti uma maior necessidade de ser flexível e compreensiva com os atletas. É necessário saber lidar com a pressão que eles sentem, respeitar o espaço do atleta, saber lidar com o seu silêncio e com as mudanças de humor, é necessário saber ouvir...é necessário ser um Fisioterapeuta para além das competências técnicas e com o mesmo sentido de responsabilidade de sempre.

Sabe-se que a prática da fisioterapia, e em particular na área do desporto, é caracterizado por um conjunto de competências profissionais e pessoais especificas para intervir ao nível da população desportiva. Dadas as suas vivências e experiências neste contexto, refira 3 dos mais necessários e importantes atributos pessoais de um Fisioterapeuta no Desporto?

Considero que os 3 atributos fundamentais para intervir junto da população desportiva são: a auto-direcção, o respeito pela individualidade e a disponibilidade do Terapeuta. **A auto-direcção** é importante pois significa que o profissional é autónomo e toma a iniciativa de reflectir sobre a sua curva de aprendizagem, fazendo o balanço das suas lacunas e necessidades, podendo assim evoluir e optimizar as suas competências profissionais. Para além disso permite estabelecer objectivos e metas a curto, médio e longo prazo sendo elemento impulsionador para uma aprendizagem contínua ao longo da vida, tentando garantir a excelência de prestação de cuidados o que se torna preponderante numa sociedade de constantes mudanças e com resultados de investigação, novas técnicas e abordagens a aparecerem de forma vertiginosa. O **respeito pela individualidade** é importante visto que, apesar de ser possível identificar um conjunto de características clínicas, socio-demográficas e de personalidade passíveis de padronizar, genericamente, a população desportiva, subjacente a qualquer perfil espectável, temos pessoas únicas e inigualáveis, com características bio-psico-sociais próprias. Estas características levam-nas a reagir de determinada forma enquanto atletas de uma certa modalidade mas sobretudo enquanto seres singulares sendo importante ter em conta os seus ideais, cultura, crenças e a postura perante a vida, independentemente de concordar ou não com as suas perspectivas. Por fim, mas não menos importante, a disponibilidade do profissional. Quando me refiro à **disponibilidade**, refiro-me em vários níveis: à capacidade para ter escuta activa, de ouvir o atleta e atribuir significado ao que nos diz, sobretudo nos momentos de maior pressão e stress (antes das competições, por exemplo); à possibilidade garantir um serviço **acessível**, garantindo flexibilidade de horários compatíveis com as necessidades individuais dos atletas; à disponibilidade de os atender em qualquer circunstância.

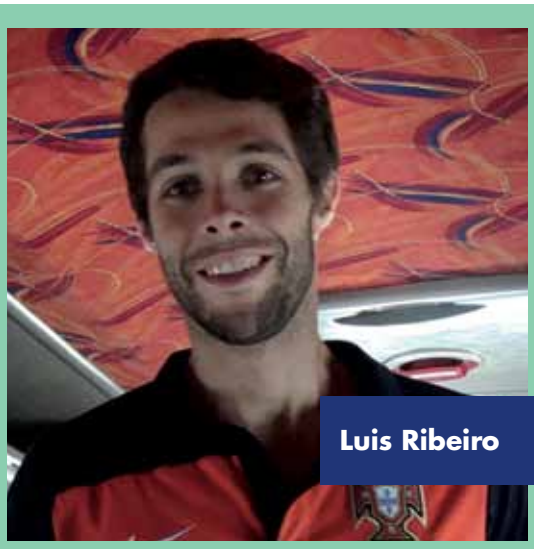
A Sanofi acaba de lançar em Portugal o Synvisc One (hilano G-F 20), um dispositivo médico indicado para o tratamento da osteoartrose em estados mais avançados, como alternativa aos tratamentos convencionais: corticosteroides e anti-inflamatórios (AINE's).

O Synvisc One, cujo princípio ativo é o ácido hialurónico, é um produto na área dos viscosuplementos e é a única formulação concebida para simular o líquido sinovial saudável do indivíduo jovem, ao proporcionar um maior alívio da dor, com potencial para conservar a cartilagem e atrasar a substituição total do joelho (colocação de prótese).

A dosagem de 6 ml é específica para o tratamento da artrose do joelho, com uma eficácia estimada de um ano e a administração por via intra-articular tem de ser efetuada por um médico.

SANOFI

GI FISIOTERAPIA
DESPORTO



Luis Ribeiro

Fazendo parte da equipa clínica da Selecção Nacional de Futebol, de que forma é que a sua presença no Campeonato Europeu 2012 poderá ter contribuído para o seu desenvolvimento profissional e pessoal?

Muitas das vezes, na nossa prática diária perdemos a noção da importância da nossa intervenção e se na verdade a nossa intervenção é a mais eficaz.

E nesse aspecto claramente que este europeu fez-me reflectir sobre qual é a essência da nossa profissão. Neste momento, não tenho dúvida nenhuma que um fisioterapeuta de qualquer seleção da europa é um profissional reconhecidamente importante e cujas competências são altamente respeitadas.
Atendendo às características de uma competição deste género em que todos os elementos da comitiva convivem diariamente durante 2 meses ininterruptamente tenho de admitir que do ponto de vista pessoal é uma experiência penosa mas altamente enriquecedora a nível pessoal. A capacidade de lidar com os diferentes traços de personalidade e com a pressão para ter bons resultados diariamente é enorme, pelo que a única forma de mantermos a nossa imagem incólume é guiarmos o nosso comportamento pelo profissionalismo e rigor.

Sendo o Europeu de Futebol um evento marcado pela representação de vários países, possibilitando a interacção com outras culturas e outras realidades sociais, no seu entender existem diferenças do ponto de vista das competências profissionais e organizacionais entre as equipas clínicas presentes no evento?

No ano passado eu já tinha estado no campeonato do mundo de sub20 e por isso notei claramente uma diferença no grau de interação entre as diferentes comitivas. Numa competição como um europeu de futebol não existe um contacto directo constante entre as diferentes comitivas porque para além de estarmos em centros de estágio diferentes, a própria envolvência da competição é tão forte que não facilita o contacto. Ainda assim, daquilo que tive oportunidade de observar existem diferenças em termos de organização das equipas clinicas mas nem tanto em termos de intervenção. Creio que o futebol deve ser o desporto em que os atletas se movimentam mais por tudo o mundo e como tal acaba sempre por haver uma maior uniformidade de procedimentos terapêuticos. Ao nível da organização, nota-se que seleções como a Espanha ou Alemanha têm um ratio maior de fisioterapeutas por atleta, ao passo que outras seleções apenas levavam um fisioterapeuta.

O Europeu de Futebol é dos eventos mais importantes com uma visibilidade além fronteiras onde todas as selecções que representam os seus países querem atingir prestigiado titulo desportivo de Campeão Europeu. É uma competição onde todos os atletas têm as maiores expectativas desportivas e sentem de igual modo enormes responsabilidades pela representação do seu país. Toda esta envolvência, na sua opinião, sente de igual forma um aumento das suas responsabilidades enquanto profissional?

Na verdade sim. Apesar de a minha actuação não se diferenciar de sobremaneira daquela que é a minha prática diária logo não existirem procedimentos novos a aprender tenho de admitir que reflecti muito mais sobre a eficácia da minha intervenção e, acima de tudo sobre os resultados das minhas técnicas.

Sabe-se que a prática da fisioterapia, e em particular na área do desporto, é caracterizado por um conjunto de competências profissionais e pessoais especificas para intervir ao nível da população desportiva. Dadas as suas vivências e experiências neste contexto, refira 3 dos mais necessários e importantes atributos pessoais de um Fisioterapeuta no Desporto?

Dedicação – os atletas percebem claramente quem é dedicado e têm tendência a confiar mais nestes profissionais porque sabem que em caso de dificuldade podem contar com eles.
Humildade – como já disse os atletas ao longo do seu percurso profissional partilham experiências com muitos outros fisioterapeutas e pode acontecer que em situações pontuais os atletas comparem a eficácia das diferentes intervenções.
Profissionalismo e rigor – o profissionalismo de um fisioterapeuta passa não só pelo correcto desempenho das suas funções como também pela forma como se apresenta e comunica com os restantes profissionais da comitiva.

Rita Fernandes

Fazendo parte da equipa clínica da missão olímpica portuguesa, de que forma é que a sua presença nos Jogos Olímpicos poderão contribuir para o seu desenvolvimento profissional e pessoal?

Fazer parte da Missão Portuguesa aos JO de Londres 2012 foi sem dúvida uma experiência muito enriquecedora e marcante. Encontrar-me num evento onde estiveram representados cerca de 204 países, de culturas e costumes diversos, onde pela primeira vez na história todos eles competiram com atletas de ambos os sexos, foi um momento único. Foram 4 semanas de partilha de expectativas, objectivos, experiências e emoções únicas, vividas em equipa e com verdadeiro espírito de missão.

Integrar a equipa clínica que acompanhou os nossos 77 atletas de 13 modalidades é sem dúvida um reconhecimento importante face ao meu percurso profissional. O rigor, a necessidade de respostas imediatas às questões e os desafios que foram frequentemente colocados por este grupo de atletas diferenciado e com objectivos a diversos níveis, contribuíram sem dúvida para mais um momento de grande aprendizagem. A interacção, a colaboração, assim como a atitude de responsabilização partilhada entre os vários elementos da equipa, foram outros aspectos presentes e que relevo como factores determinantes para o desenvolvimento profissional e pessoal inerente à participação num evento desta natureza.

Volvidos 4 anos após a minha experiência nos JO de Pequim 2008, Londres foi também marcado pelo assumir de novos papéis, nomeadamente ao nível da gestão e organização, cujo desenvolvimento se iniciou ainda em Lisboa. Foi necessário assegurar que em Londres estariam reunidas todas as condições materiais e logísticas, para que o apoio clínico a toda a missão fosse o melhor.

Considero desta forma que a participação nos JO de Londres 2012 foi, sem dúvida, mais um momento importante num percurso pautado pela aprendizagem e desenvolvimento profissional contínuo.

Sendo os JO um evento marcado pela representação de um vasto número de países, possibilitando a interacção com outras culturas e outras realidades sociais, no seu entender existem diferenças do ponto de vista das competências profissionais e organizacionais entre as equipas clínicas?

Os JO são o momento de excelência do mundo do desporto, para o qual os atletas apontam os resultados do trabalho de 4 anos. Desta forma, e com esta aposta tão forte por parte dos principais protagonistas, todas as equipas que os rodeiam têm de ser igualmente de alto nível para que no final tudo conte no sentido de alcançar um segundo, um metro, um combate, … Considerando este cenário de exigência, julgo que as competências profissionais são transversais aos elementos da maioria das equipas clínicas dos diferentes países.

Ainda assim, todas as atribuições efectuadas aos diversos países que participam nos JO são realizadas de acordo com um sistema de quotas, em que o denominador comum é o número de atletas apurados por cada um deles. Desta forma a inclusão de uma equipa clínica na missão é definida por cada país em função das necessidades e número de oficiais disponível para acompanhar a missão.

Existem por isso países (p.e. Estados Unidos, Austrália, Brasil, etc) que se fazem acompanhar de verdadeiras equipas multidisciplinares, enquanto outros não apresentam qualquer profissional de saúde na equipa, recorrendo aos serviços disponibilizados pelo país organizador, tanto na aldeia, como nos respectivos locais de

SYNVISC HYLAN G-F 20 | SYNVISC ONE HYLAN G-F 20
NOVO
O PASSO QUE SUPERA A DOR
SANOFI
Sanofi - Produtos Farmacêuticos, Lda.
Empreendimento Lagoas Park, Edifício 7 - 3º Piso
2740-244 Porto Salvo
Tel.: +351 213 589 400 - Fax: +351 213 589 409
NIPC - 500134960, matriculada na C.R.C. Cascais
Capital Social - €34.673.846.25
RCM fornecido a pedido
PT.HYL.12.10.02

GI FISIOTERAPIA DESPORTO

competição. É assim de destacar as competências profissionais e humanas de uma equipa local de profissionais, inteiramente voluntária, que tem o importante papel de dissipar as diferenças sociais do ponto de vista do apoio clínico.

Considero por isso que, apesar de existirem competências profissionais e organizacionais transversais às diferentes equipas clínicas presentes no JO, existem outras que serão específicas das características culturais e sociais de cada país.

- Os JO são o evento desportivo mais importante e de maior visibilidade no mundo inteiro, e talvez por isso seja a competição onde os atletas têm as maiores expectativas desportivas e sentem enormes responsabilidades. Toda esta envolvência, na sua opinião, sente de igual forma um aumento das suas responsabilidades enquanto profissional?

Os JO são uma competição mítica, onde todos os atletas sonham ganhar uma medalha ou até mesmo serem campeões olímpicos. São 4 anos de preparação intensa e de sacrifícios com vista à conquista de objectivos ambiciosos e exigentes, o que os coloca sempre numa posição de exigência relativamente ao desempenho do Fisioterapeuta. Esta foi uma das minhas primeiras aprendizagens acerca da nossa actuação no contexto da alta competição. Os objectivos da nossa intervenção nunca podem ser dissociados dos objectivos individuais de cada atleta, e, como tal, o sucesso da intervenção também é avaliado em função da concretização desses mesmos objectivos.

Outro aspecto a destacar ao nível da responsabilidade sentida aquando da participação num evento com tamanha visibilidade, prende-se com o papel do Fisioterapeuta na própria gestão de expectativas dos atletas. A nossa proximidade aos atletas em diversos momentos antes, durante e após a competição, acaba por ser um aspecto catalisador nesse sentido, aumentando dessa forma a nossa responsabilidade profissional.

- Sabe-se que a prática da fisioterapia, e em particular na área do desporto, é caracterizado por um conjunto de competências profissionais e pessoais especificas para intervir ao nível da população desportiva. Dadas as suas vivências e experiências neste contexto, refira 3 dos mais necessários e importantes atributos pessoais de um Fisioterapeuta no Desporto?

O perfil de um Fisioterapeuta, independentemente do seu contexto de actuação, deverá englobar um conjunto de atributos pessoais que, em conjunto com os profissionais, irá concorrer para um perfil de excelência. No que diz respeito concretamente à intervenção do Fisioterapeuta no Desporto, penso que atributos pessoais como a proactividade, a capacidade de liderança e a adaptabilidade são essenciais, na medida em que a imprevisibilidade é uma constante nesta área de intervenção da Fisioterapia.

Aos restantes colegas que estiveram presentes nos referidos eventos desportivos e outros, o Grupo de Interesse em Fisioterapia no Desporto da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, quer igualmente enaltecer os seus desempenhos e contributos profissionais que certamente também seriam relevantes para a celebração do dia Mundial da Fisioterapia. A todos um bem haja pelo vosso profissionalismo, contribuindo da mesma forma para um papel cada vez mais importante no desempenho desportivo dos atletas e da restante população desportiva.

Marco Jardim
Vice-Presidente do Grupo de Interesse em Fisioterapia no Desporto

O MEIO AQUÁTICO COMO "ESPAÇO SAÚDE" E "ESPAÇO BEM ESTAR"

O termalismo associando exclusivamente a água à componente terapêutica, tem vindo a ser transformado ao longo dos tempos. Com efeito, este conceito já não se restringe apenas ao aproveitamento de recursos naturais na prestação de cuidados de saúde ou terapias a pessoas com patologias. Progressivamente tem vindo a assumir um carácter de prevenção (designado por termalismo de bem estar) que assenta em atividades de prevenção da doença e promoção da saúde.

Teixeira (2011) defende que é necessário repensar e recriar a "moda" das termas, sendo que as termas deverão ser um espaço de tratamento, em ambiente de repouso, com acompanhamento médico e pessoal qualificado, mas igualmente afastado do frenesim quotidiano, em condições de qualidade de instalações, com entretenimento para jovens e idosos, ou seja, um espaço de bem estar.

Numa altura em que o Turismo de Saúde é um tema "da moda" e muitos o percepcionam como uma atividade sustentável, capaz de criar dinâmica local ou regional, convém esclarecer do que se trata.

Vieira (1997) propõe como definição de Turismo de Saúde "um conjunto de produtos, que tendo a saúde como motivação principal e os recursos naturais como suporte, tem por fim proporcionar a melhoria de um estado psicológico ou físico fora da residência
habitual. O Turismo de Saúde integra então três dimensões: a terapêutica ou curativa; a preventiva e a de recuperação ou reabilitação." Será porventura importante considerar a criação de condições favoráveis à estimulação/promoção ou manutenção de mudanças de hábitos ou estilos de vida saudáveis, para que o utente, (após avaliação personalizada, efetuada por uma equipa transdisciplinar), percecione a importância e influência positiva dessa mudança na sua saúde e consequentemente na sua qualidade de vida.

Segundo Mueller (2001), os cuidados (em Termalismo de Bem Estar) são prestados em centros especializados, com profissionais qualificados (salientado que devem constituir a equipa pelo menos um médico ou fisioterapeuta ou um professor de educação física), e cujos planos devem estar orientados para um trabalho individualizado.

Um turista de saúde pode associar aos seus tratamentos um vasto leque de atividades, que serão incluídas nos tempos livres destinados a completar todo o processo de reconstituição física e psíquica. Não deixando de se considerar um termalista, uma vez que é frequentador e utilizador dos estabelecimentos termais, mas devendo igualmente ser considerado um turista porque consome cultura, gastronomia, atividades desportivas, entre outras (Ramos, 2005).

Entre os fatores propiciadores do Turismo de Saúde, a Confederação do Turismo Português (2005) sublinha que: a) as pessoas preocupam-se com a saúde relativamente mais cedo, no sentido da prevenção; b) as qualidades terapêuticas das águas minerais naturais das termas podem beneficiar a qualidade de vida dos utilizadores, mesmo em termos preventivos; c) existe a necessidade de, ao longo do ano, fazer períodos de férias mais frequentes, ainda que mais curtos, para recuperar física e emocionalmente do stress quotidiano(); d) a localização das termas em parques de grande qualidade ambiental e seus equipamentos e estruturas criam condições para retemperar o físico, o mental e a estética; e) o fenómeno da inversão da pirâmide demográfica e a necessidade da independência funcional em escalões etários acima dos 65 anos conferem grande potencial às termas que funcionam como polos ligados à reabilitação, nomeadamente à recuperação geriátrica, através de programas de apoio a pessoas com algum grau de dependência; f) o nicho do termalismo infantil também se apresenta com grande potencial de desenvolvimento.

A título de exemplo, a Agenda Regional de Turismo (2009) considera o Turismo de Saúde e Bem-Estar como prioritário e fundamental para o desenvolvimento turístico da Região, uma vez que tem o ambicioso projeto de tornar o Norte de Portugal como "o primeiro destino de Turismo de Saúde e Bem-Estar Nacional ("wellness destination"), com base num elemento único e diferenciador – a água mineral natural – e a inovação e modernização da rede de estâncias termais regional". Esta visão estratégica é corroborada pela Entidade Regional de Turismo do Porto e Norte de Portugal (TPNP, ER) ao considerar, na sua Estratégia de Atuação, o "Turismo de Saúde e Bem-Estar" como um dos produtos turísticos de dinamização prioritária. (Fazenda et al., 2009)

Perante este cenário e para os fisioterapeutas esta poderá ser uma oportunidade para o desenvolvimento de interessantes e promissores planos de ação em meio aquático.

Andreia Rocha
Fisioterapeuta - Membro Ativo do GIH- FMA em colaboração com o GIH-FMA)

Referências Bibliográficas

- Fazenda N. et al (2009), *Programa de Ação de Enfoque Temático – Turismo de Saúde e Bem-Estar, in* http://norteemrede.inescporto.pt/planeamentoregional/informacaotransversal/doc.-definitivos-plano-de-accao/programa-de-accao-saude-e-bem-estaragenda-regional-de-turismo/at_download/file Agenda Regional de Turismo, Pacto
- Regional para a Competitividade da Região do Norte de Portugal, Tecniforma
- Mueller, H., Kaufmann, E. (2001), "Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry", *Journal of Vacation*
- *Marketing*, Volume 7, Number 1,. 5-17
- Ramos, A. C. C. V. (2005) *O Termalismo em Portugal: dos fatores de obstrução à revitalização pela dimensão turística*. Universidade de Aveiro, Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial (Tese de Doutoramento)
- Teixeira, F. (2011), *"A Terapêutica Termal e as Termas Portuguesas"*, 1º Symposium de Termalismo e Turismo de Saúde, Universidade Lusófona do Porto, Porto
- Vieira, J. M. (1997) A economia do turismo em Portugal, Lisboa, Publicações Dom Quixote
- Associação de Termas de Portugal - http://www.termasdeportugal.pt
- Confederação de Turismo Português - http://confederacaoturismoportugues.pt/inicio.html
- Turismo de Portugal - Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento - http://www.turismodeportugal.pt

GRUPO DE INTERESSE EM HIDROTERAPIA
FISIOTERAPIA NO MEIO AQUÁTICO

4º CURSO BÁSICO DE TERMALISMO PARA FISIOTERAPEUTAS
9, 10 E 11 DE NOVEMBRO DE 2012 - TERMAS DE SÃO PEDRO DO SUL

Vai-se realizar nos dias 9, 10 e 11 de Novembro de 2012, o " 4º Curso Básico de Termalismo para Fisioterapeutas" no Balneário das Termas de São Pedro do Sul.
O objectivo principal deste curso será apresentar o enquadramento do Fisioterapeuta no contexto de uma Estância Termal Portuguesa (ETP), quer este profissional intervenha ou não directamente no seu balneário termal, dando uma visão do que é a nossa realidade e o que poderá ser o nosso futuro profissional neste campo.
Existem quase 40 ETP e só cerca de "meia dúzia" têm Fisioterapeutas, assim, julgamos que esta é uma área carenciada que tem um bom potencial para os Fisioterapeutas virem a desenvolver uma boa prática.

Nível: 1

Nº de Horas de Formação: 20

Destinatários: Alunos do 4º Ano de Fisioterapia e Fisioterapeutas

Formadores:
- Fisioterapeuta Helena Martins (Termas de São Pedro do Sul)
- Fisioterapeuta Helena Murta (GIH-FMA)
- Drª Elisabete Santos (Chefe de Serviços das Termas de São Pedro do Sul)

Nº de Participantes: 22

Data Limite de Inscrição: 26 de Outubro de 2012

TERMAS DE S. PEDRO DO SUL

PROGRAMA

6ª feira – 1º Dia (9 de Novembro)

14.30 - Recepção dos participantes
15.00 - Sessão de abertura
- A fisioterapia nas Termas - (Drº Alcides Guedes*)
15.30 - Apresentação das Termas e seu enquadramento num contexto lúdico recreativo
- Produtos que o balneário oferece ao cliente
- Perfil do cliente das Termas
- Abordagem histórica do termalismo
- Visão global da remodelação e inovação dos balneários em Portugal
- Expectativas dos concessionários termais em relação à prestação do Fisioterapeuta - (Drº José Sousa*)
16.30 - Hidrologia Médica
- O médico Hidrologista e sua função na equipe termal
- As vocações termais
- Utilização clínica das técnicas termais - (Drº Aires Leal*)
18.00 - Visita aos balneários
19.00 - Encerramento dos trabalhos

Sábado – 2º Dia (10 de Novembro)

09.00 - Técnicas termais - (Drº Carlos Paredes*)
10.30 - Intervalo
11.00 - Técnicas termais (cont.) - (Drº Carlos Paredes*)
12.00 - Almoço
13.00 - Treino das técnicas descritas (Ft. Helena Martins e Elisabete Santos)
18.00 - Encerramento dos trabalhos

Domingo – 3º Dia (11 de Novembro)

09.00 - Treino das técnicas descritas (cont.) - (Ft. Helena Martins e Elisabete Santos)
- Intervenção em Piscina - (Ft. Helena Murta)
11.30 - Intervalo
12.00 - Análise Económica do Universo Termal Nacional - Caracterização do Sector - (Ft. Andreia Rocha)
13.00 - Almoço
14 00 - Caracterização da prática dos Ft. nas ETP - (Ft. Helena Murta e Helena Martins)
15.00 - A prestação do Fisioterapeuta no Balneário termal – perspectivas futuras - (Ft. Helena Murta) - Debate
- Discussão
16:00 - Intervalo
16:30 - Avaliação da matéria aprendida e avaliação da ação de formação
18.00 - Encerramento dos trabalhos

ACONTECEU O 13º CURSO BÁSICO DE HIDROTERAPIA NEMUS ESPAÇO SAÚDE

PÓVOA DO VARZIM - 2 A 4 DE MARÇO 2012

O 13º Curso Básico de Hidroterapia - Fisioterapia Aquática realizou-se na "Nemus Espaço Saúde" na Póvoa do Varzim nos dias 2, 3 e 4 de Março de 2012, rodeado de boa disposição e muita vontade de aprender.
Queremos agradecer a todos os que fizeram o curso, e em especial à Fisioterapeuta Ana Fontes que nos ajudou na organização do mesmo.
Cumprimentos Aquáticos.
O GIH-FMA

"2º SYMPOSIUM NACIONAL DE TERMALISMO, TURISMO DE SAÚDE E BEM ESTAR" – UNIVERSIDADE LUSÓFONA DO PORTO - 30 MARÇO 2012

Realizou-se no passado dia 30 de Março, na Universidade Lusófona do Porto, o "2º Symposium Nacional de Termalismo, Turismo de Saúde e Bem Estar". Integrou o "Painel de Oradores" a nossa colega, Andreia Rocha, membro ativo do GIH-FMA e secretária da APF-RN, apresentando um trabalho sobre "Análise económica do sector termal português". Outros dos ilustres convidados representavam a Universidade de Vigo (Prof. Drº. José Álvarez Garcia e Prof. Drª. Maria Cruz Rama), as Termas de S. Pedro do Sul (Drº. Aires Leal), a MYOS – Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (Drª. Cristina Sequeira), a "Termas World Agency" (Prof. Drª. Maria Souto Figueroa), a Escola Superior de Gestão, Hotelaria e Turismo da Universidade do Algarve (Prof. Drº. João Viegas Fernandes), a ANSA – Associação Nacional de Saúde Ambiental (Prof. Drº. Hélder Simões) e o "AquaFalls" (Drª. Paula Alves e Drº. Simão Alves).
O evento sublinhou os seguintes aspetos:
1º O enorme potencial de crescimento do País, no Sector do Turismo de Saúde e Bem-Estar, muito especialmente para captar os mercados orientados para área da saúde;
2º A urgência no reenforço e estreitamento nas relações entre a Universidade e os Estabelecimentos Termais Nacionais especialmente vocacionados para a prática da medicina termal, da hidrologia e da climatologia clínicas;
3º Atendendo ao crescimento, um pouco por todo o País, de Unidades de SPA, é urgente regulamentar este universo lúdico da atividade turística, de forma a acrescentar-lhe mais qualidade dos serviços prestados e uma maior segurança ao nível dos recursos físicos disponibilizados, bem como, assegurar uma maior qualificação e especialização dos profissionais que nele exercem a sua atividade. Especial atenção deverá ser dada ao licenciamento arquitetónico e de engenharia, sua certificação, qualidade, ambiente, higiene e saúde ocupacionais;
4º Com uma costa com cerca de 1.400 km, Portugal dispõe de um geo-recurso estratégico para protagonizar um investimento inovador na fileira da saúde, designadamente, uma aposta sustentabilizada na "economia do mar", através da implementação de centros de talassoterapia. Sendo estes polos de atratividade e desenvolvimento do turismo de saúde em Portugal, o seu crescimento deve ser acompanhado por um enquadramento técnico-normativo adequado.
5º Sendo o "Turismo de Saúde e Bem-Estar" um produto compósito e consequentemente complexo, a sua abordagem e indispensável gestão exigem cada vez mais profissionais multidisciplinares altamente qualificados e absolutamente comprometidos com a inovação e a investigação, que lhes permitam integrar o "contexto da saúde" no "universo do turismo", numa interface perfeita e descomplexada e numa lógica de modelo de desenvolvimento sustentável para Portugal.

O GIH-FMA felicita a Comissão Organizadora pelo evento e momento de discussão e reflexão protagonizados.
Cumprimentos Aquáticos
O GIH-FMA

GRUPO DE INTERESSE EM HIDROTERAPIA
FISIOTERAPIA NO MEIO AQUÁTICO

WORKSHOP "ARGILAS, SAÚDE E BEM ESTAR" TERMAS DE ALCAFACHE - 21 de Maio 2012

Realizou-se no passado dia 21 de Maio de 2012, com atividades nas Termas de Alcafache, o Workshop "Argilas, Saúde e Bem Estar" ao abrigo do Projeto ECOSAL ATLANTIS, no qual a Universidade de Aveiro é parceira.
Os anfitriões do evento, Professora Doutora Filomena Martins (Departamento de Ambiente e Ordenamento) e o Professor Doutor Fernando Tavares da Rocha (Departamento de Geociências) da Universidade de Aveiro iniciaram os trabalhos, prosseguindo com as comunicações e comentários de diversos convidados nomeadamente a Professora Doutora Ana Quintela (Geobiotec-UA), Professor Doutor Alberto Galindo (Universidad de Granada), Professor Doutor César Iborra (Universidade de Granada), Professor Doutor Fernando Almeida (Geobitec-UA) e Mestre Jorge Gomes (Geobiotec-UA), Professor Doutor José Martins Carvalho (ISEP) e a Mestre Andreia Rocha, nossa colega do GIH-FMA. O Workshop pretendeu partilhar a informação mais recente dos estudos de propriedades físicas e químicas de areias e argilas especiais, usadas tradicionalmente como materiais curativos permitindo aos participantes, nomeadamente, o acesso a informação para avaliação de propriedades relevantes, particularmente composição química e mineralógica, mudanças iónicas e iões permutáveis, capacidade específica de calor e calor difusivo de alguns materiais minerais brutos, tais como: argilas especiais de formação relacionadas com a atividade termal e areias especiais que tradicionalmente são consideradas possuidoras de boas propriedades curativas param o tratamento de doenças músculo-esqueléticas e dermatológicas
A definição destes objetivos prende-se com o facto de atualmente existir uma preferência e interesse crescente, em muitas áreas de tratamentos e cuidados de saúde, envolvendo meios naturais em vez de apenas meios medicinais convencionais.
A Geologia Médica é definida como a relação entre os fatores naturais ambientais, particularmente os relacionados com os processos e os produtos geológicos e a saúde. Adicionalmente à composição de rochas, solos e águas, a Geomedicina considera também fatores relacionados com o clima e com radiações naturais e abrange não só a saúde humana como a saúde animal.

ELEIÇÕES E ASSEMBLEIA GERAL NO GIH-FMA

A Direção do Grupo de Interesse em Hidroterapia - Fisioterapia no Meio Aquático, findo o seu mandato, vem por este meio informá-lo que está aberto o período eleitoral para os novos órgãos dirigentes.
O prazo de apresentação das listas decorrerá até 16 de Novembro de 2012 e a apresentação de candidaturas (listas) deve ser enviada para a APF, contendo a identificação dos candidatos e o programa de ação para os três anos de mandato.

É do interesse de todos nós, enquanto fisioterapeutas, que surjam novos colaboradores no seio dos nossos membros (que são todos aqueles que fizeram já formação com o nosso grupo), com ideias, espírito de iniciativa e vontade de pôr em prática projetos por todo o país, de forma a beneficiar todos nós "fisioterapeutas do meio aquático".

O processo eleitoral decorrerá durante a Assembleia Geral, a realizar no dia 17 de Novembro de 2012 nas instalações da APF- Rebelva.

CONVOCATÓRIA

Assembleia Geral do Grupo de Interesse em Hidroterapia - Fisioterapia no Meio Aquático
Ao abrigo do Regulamento Interno do GIH-FMA, convoca-se a reunião da Assembleia Geral do GIH-FMA para o próximo 17 de Novembro de 2012 nas instalações da APF- Rebelva, com a seguinte ordem de trabalhos:

1 - Confirmação das condições para a participação na reunião com direito a voto;
2 - Aprovar o relatório de atividades e contas;
3 - Apresentação das listas e Eleição dos novos órgãos do GIH-FMA;
4 - Outros assuntos relevantes.

A Assembleia-geral terá início às 12 horas, caso estejam presentes mais de 50% dos membros ativos do GIH-FMA, ou meia hora depois com qualquer número de membros ativos presentes.
Todos os membros do GIH-FMA (ativos e observadores) poderão estar presentes mas só terão direito a voto os membros ativos no pleno uso dos seus direitos.

CONSULTÓRIO JURÍDICO

" ...e a procissão nem sequer saiu do adro ..."

Faz um ano escrevemos sobre os PEC`s, Troika e outros… seguramente afins.
Mas apenas aguardávamos as verdadeiras mudanças, que apesar de anunciadas, e até enunciadas, aí viriam.
Assim, e por isso, o que de modo concreto, para já, se verifica na sua sequência, nomeadamente o que resultou da Lei do Orçamento de Estado para 2012 (LOE 2012), aprovado pela Lei nº 64-B/2011, de 31 de Dezembro.
Dizendo-se, ainda, que de relevante para o presente enquadramento nada há a referir do Decreto-Lei de execução orçamental.
Deles antevendo 2013, sem prejuízo de a análise que o mesmo poderá merecer-nos, então.
Dividimos esta análise em duas fases, a primeira, ao sector público, quer administrativo, quer empresarial, e a segunda, dom que resultou da denominada concertação social e que levou às recentes, mas não últimas, modificações da lei laboral.
E o que se constata, desde logo, é que algo vai mal nesta República, em cujo Orçamento do Estado houve necessidade de prever um regime de obrigatoriedade de reutilização de consumíveis informáticos por todos os serviços do Estado, administração pública central, poder executivo, legislativo e judicial, empresas públicas ou com capital maioritariamente público, autarquias locais e sector empresarial local, pelo que estão obrigados a reutilizar, sempre que possível os consumíveis informáticos, nomeadamente, toners e tinteiros.

Qualquer dia, pois, nem para o papel, quanto mais para os torners e tinteiros.

Matéria bem nobre para constar de uma Lei da Assembleia da República …

Bem, mas quanto ao demais e ao que verdadeiramente interessa, vejamos:

1. Disposições relativas a trabalhadores do sector público;
1.1. (aplicável directamente aos Estabelecimentos Públicos Empresariais e Parecerias Público-Privadas do SNS com Trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas);
1.2. Todas as reduções previstas e referidas como mantendo-se da LOE/2011 não significa dupla redução em 2012, mas apenas isso mesmo; que se mantém as de 2011 por repristinação expressa de norma que, em regra, e por força constitucional, caducaria em 31 de Dezembro de 2011.

a) Artigo 20.º da LOE/2012 - Disposições Remuneratórias com vista à contenção da despesa:

(i) Mantém-se em vigor os artigos da anterior Lei do Orçamento de Estado para 2011, aprovada pela Lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, alterada pela Lei n.º 48/2011, de 26 de Agosto e pela Lei n.º 60-A/2011, de 30 de Novembro referentes à redução remuneratória (art. 19.º) bem como à proibição de valorizações remuneratórias (art. 24.º). Acresce referir que o artigo referente ao valor do subsídio de refeição também se mantém, isto é, o mesmo não pode ser superior ao valor fixado na Portaria n.º 1553-D/2008, de 31 de Dezembro, alterada pela Portaria n.º 1458/2009, de 31 de Dezembro.

(i) Podem ser praticados actos necessários à obtenção de determinados graus ou títulos ou realizada formação específica que sejam exigidos, durante a vigência do presente artigo, pela regulamentação específica das carreiras.

(ii) Quando a prática dos actos e ou a aquisição das habilitações ou da formação acima referidas implicar, nos termos das disposições legais aplicáveis, alteração da remuneração devida ao trabalhador, esta alteração fica suspensa durante a vigência do presente artigo, desde já 2012, sem prejuízo de eventual repristinação para efeitos orçamentais de anos económicos futuros.

(iii) As alterações da remuneração previstas em iii que venham a ocorrer após a cessação de vigência do presente artigo não podem produzir efeitos reportados a data anterior àquela cessação.

O regime fixado nesta norma tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais em contrário, e ainda sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos.

b) Artigo 21.º da LOE/2012 – Suspensão do pagamento de subsídios de férias e de Natal ou equivalentes:

(i) Como medida excepcional de estabilidade orçamental é suspenso o pagamento de subsídios de férias e de Natal ou quaisquer prestações correspondentes ao 13.º ou 14.º meses aos trabalhadores/colaboradores que a eles tivesse direito e a que se refere o n.º 9 do artigo 19.º da LOE 2011, no qual se incluem os trabalhadores de entidades públicas empresariais (EPE), cuja remuneração base mensal seja superior a €1100.

(ii) Os trabalhadores cuja remuneração base mensal seja igual ou superior a €600 e não exceda o valor de €1100 ficam sujeitos a uma redução nos já referidos subsídios, auferindo o montante calculado nos seguintes termos:

Subsídios/prestações=1320 - 1,2 × remuneração base mensal

(iii) O disposto nos parágrafos anteriores abrange ainda os contratos de prestação de serviços celebrados com pessoas singulares ou colectivas, na modalidade de avença, com pagamentos mensais ao longo do ano, acrescidos de uma ou duas prestações de igual montante.

As prestações de serviço, nomeadamente sob a forma de avença não se

CONSULTÓRIO JURÍDICO

incluem no disposto, sem prejuízo das reduções a que houve lugar por força da Lei nº 55-A/2010, de 31 de Dezembro que, conforme referido se mantém durante 2012.
O regime fixado supra tem natureza imperativa e excepcional, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos.

c) Artigo 24.º da LOE/2012 – Entrega nos cofres do Estado:
As entidades processadoras das remunerações dos trabalhadores em funções públicas das EPE, procedem à entrega das quantias dos subsídios, cujo pagamento seja suspenso nos termos do artigo 21.º da LOE/2012 nos cofres do Estado, nos termos a definir por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças.

d) Artigo 26.º da LOE/2012 – Contratos de aquisição de serviços
(i) À semelhança da redacção do anterior artigo 22.º da LOE/2011, este artigo prevê que a redução remuneratória prevista no artigo 19.º da LOE/2011, mantém-se relativamente aos valores pagos por contratos de aquisição de serviços que em 2012 venham a renovar-se ou a celebrar-se com idêntico objecto e, ou, contraparte de contrato vigente em 2011, celebrados por EPE.
(ii) Para efeitos da referida redução é considerado o valor total do contrato de aquisição de serviços, excepto no caso das avenças, em que a redução incide sobre o valor a pagar mensalmente.
(iii) A redução por agregação prevista no n.º 2 do artigo 19.º da LOE/2011 aplica-se sempre que em 2012 a mesma contraparte preste mais do que um serviço ao mesmo adquirente.
A obrigatoriedade do parecer prévio vinculativo do membro do Governo responsável pela área das finanças, previsto no n.º 4 do artigo 26.º da LOE/2011, é apenas aplicável no âmbito do sector público administrativo do Estado.

e) Artigo 27.º da LOE/2012: Alteração ao artigo 127.º do Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de Janeiro, que aprova o Código dos Contratos Públicos, que passa a ter a seguinte redacção:
1 … (mantém-se)
2 – A publicitação da celebração de contratos na sequência de ajuste directo, de valor igual ou superior a €5000, deve conter a fundamentação da necessidade de recurso ao ajuste directo, em especial, sobre a impossibilidade de satisfação da necessidade por via dos recursos próprios da Administração Pública.
3 – A publicitação referida nos números anteriores é condição do respectivo contrato, independentemente da sua redução ou não a escrito, nomeadamente para efeitos de quaisquer pagamentos. (aplicável às EPE com as necessárias adaptações)

f) Artigo 29.º da LOE/2012 – Prémios de Gestão: As empresas do sector empresarial dos Estado, durante o período de vigência do Programa de Assistência Económica e Financeira, não podem retribuir os seus gestores ou titulares de órgãos directivos, de administração ou outros órgãos estatutários, com remunerações variáveis de desempenho.

g) Artigo 30.º da LOE/2012 – Ajudas de custo, trabalho extraordinário e trabalho nocturno nas fundações públicas e nos estabelecimentos públicos:
(i) O Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de Abril, que estabelece normas relativas ao abono de ajudas de custo e de transporte pelas deslocações em serviço público, bem como as reduções aos valores nele previstos é aplicável aos trabalhadores dos estabelecimentos públicos.
(ii) Os regimes do trabalho extraordinário e do trabalho nocturno previstos no Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, são aplicados aos trabalhadores dos estabelecimentos públicos.
O disposto no presente artigo prevalece sobre as disposições legais, gerais ou especiais, contrárias e sobre todos os instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho, sendo directa e imediatamente aplicável, dada a sua natureza imperativa, aos trabalhadores a que se refere.
Ou seja, conforme quis o legislador prever, quer a trabalhadores em regime de funções públicas, quer aso contratados no âmbito das instituições EPE, nomeadamente.

h) Artigo 31.º da LOE/2012 - Alteração ao Decreto-Lei n.º 106/98, de 24 de Abril, que estabelece normas relativas ao abono de ajudas de custo e de transporte pelas deslocações em serviço público, no que diz respeito às viagens por via aérea, em classe executiva e em classe turística. (aplicável fora do âmbito do RCTFP com as necessárias adaptações)

i) Artigo 32.º da LOE/2012 – Pagamento de trabalho extraordinário, em articulação com o prolatado a propósito do artigo 30º:
(i) Os acréscimos ao valor da retribuição horária referentes a pagamento de trabalho extraordinário prestado em dia normal de trabalho pelas pessoas a que se refere o n.º 9 do artigo 19.º da LOE/2011, no qual os trabalhadores, independentemente da natureza e vínculo contratual, das EPE, se incluem, são realizadas nos seguintes termos: 25% na primeira hora; 37,5% da remuneração nas horas ou fracções subsequentes.
(ii) O Trabalho extraordinário prestado em dia de descanso semanal, obrigatório ou complementar, e em dia feriado confere aos trabalhadores acima referidos o direito a um acréscimo de 50% da remuneração, por cada hora de trabalho efectuado.
O regime fixado no presente artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos (não inclui carreiras especiais, nomeadamente da saúde às quais são aplicáveis as circulares da ACSS, IP sobre esta matéria. Ou seja, o limite de trabalho extraordinário passa a ser o de 100 horas pagas nos termos expostos supra, ou de 200 horas, caso haja regulamentação específica para o efeito no sector da saúde).
As ponderações referidas devem ser articuladas com o Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.
O que podemos constatar, em sede do sector público, administrativo ou empresarial, é que uma Circular da ACSS,IP alterou uma Lei do Orçamento. Manifestamente, um Estado de Direito.
E a maior parte ainda terá que agradecer que assim seja …. .

j) Artigo 33.º da LOE/2012 - Descanso compensatório:
(i) A prestação de trabalho extraordinário pelos trabalhadores a que se refere o n.º 9 do artigo 19.º da LOE/2011, no qual os trabalhadores de EPE se incluem, não confere direito a descanso compensatório, sem prejuízo do infra.
(ii) O trabalhador que presta trabalho extraordinário impeditivo do gozo do descanso diário tem direito a descanso compensatório remunerado equivalente às horas de descanso em falta, a gozar num dos 3 dias úteis seguintes, salvo as seguintes excepções:
- Prestação de trabalho extraordinário por motivo de força maior;

- Actividades caracterizadas pela necessidade de assegurar a necessidade de serviço, designadamente os trabalhadores que se incluem na recepção, tratamento e cuidados dispensados em estabelecimentos de saúde.

(iii) O trabalhador que presta trabalho em dia de descanso semanal obrigatório tem direito a um dia de descanso compensatório remunerado, a gozar num dos 3 dias úteis seguintes.

(iv) A prestação de trabalho extraordinário, em dia de descanso semanal obrigatório, que não exceda duas horas por motivo de falta imprevista de trabalhador que devia ocupar o posto de trabalho no turno seguinte, confere direito a descanso compensatório equivalente às horas de descanso em falta, a gozar num dos 3 dias úteis seguintes.

(v) O descanso compensatório não pode ser substituído por prestação de trabalho remunerado com acréscimo.

(vi) O descanso compensatório é marcado por acordo entre o trabalhador entre entidade empregadora pública, ou na sua falta, pela entidade empregadora pública.

Por regra, o regime fixado no presente artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos.

Porém, o disposto não é aplicável ao descanso compensatório dos trabalhadores das carreiras de saúde, sem prejuízo do cumprimento do período normal de trabalho. O que significa que sobre esta matéria mantém-se em vigor os ACT´s existentes e o que resultar para as demais carreiras do Decreto-Lei nº 62/79, de 30 de Março.

k) Artigo 34.º da LOE 2012 – Aplicação de regimes laborais especiais na saúde:

(i) Os níveis retributivos, incluindo os suplementos remuneratórios, dos trabalhadores com contrato de trabalho no âmbito dos estabelecimentos ou serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza de entidade pública empresarial, celebrados após 1 de Janeiro de 2012, não podem ser superiores aos dos correspondentes trabalhadores com contrato de trabalho em funções públicas inseridos em carreiras gerais ou especiais.

(ii) A celebração de contratos de trabalho que não respeite os níveis retributivos acima indicados, carecem de autorização dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.

O regime fixado no referido artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre instrumentos de regulamentação colectiva de trabalho e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos, e abrange todos os suplementos remuneratórios.

Sem prejuízo do que sobre a interpretação deste artigo o accionista Estado, directa ou indirectamente, venha a opinar no caso de PPP cujas entidades prefigurem a natureza jurídica de EPE, ou para ela sejam remetidas, é meu entendimento de que esta norma não se lhes aplica, pois a unidade funcional, pese embora possa estar integrada no SNS para efeitos de prestação de cuidados, não é um estabelecimento ou serviço do SNS para todos os efeitos legais.

2. Outras disposições aplicáveis a trabalhadores em funções públicas:

a) Artigo 35.º da LOE/2012 - Alterações aos artigos 64.º, 71.º e 72.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro,

(i) O artigo 64.º, 71.º e 72.º passam a ter a seguinte redacção:

"Artigo 64.º

1 - …

2 – A mobilidade na categoria que se opera entre dois órgãos ou serviços pode consolidar-se definitivamente, por decisão do dirigente máximo do órgão ou serviço de destino, desde que reunidas, cumulativamente, as seguintes condições:

a) Haja acordo do serviço de origem, quando este tenha sido exigido para o início da mobilidade;

b) A mobilidade tenha tido, pelo menos, a duração de seis meses ou a duração do período experimental exigido para a categoria, caso este seja superior;

c) Haja acordo do trabalhador, quando tenha sido exigido para o início da mobilidade ou quando envolva alteração da actividade de origem;

d) Seja ocupado posto de trabalho previsto previamente no mapa de pessoal.

3- A consolidação da mobilidade prevista no presente artigo não é precedida nem sucedida de qualquer período experimental.

4 – Na consolidação da mobilidade na categoria é mantido o posicionamento remuneratório detido na situação jurídico-funcional de origem.

5 – Quando se trate de trabalhador em situação de mobilidade especial, o disposto nas alíneas a) e c) do n.º 2 não é aplicável, podendo ainda o posto de trabalho referido na alínea d) do mesmo número ser automaticamente previsto, quando necessário para a consolidação.

Há relativamente ao nº 2 referido uma extensão do âmbito relativamente ao nº 1

Artigo 71.º

Cálculo do valor da remuneração horária diária

1 …

2 – A fórmula referida no número anterior serve de base de cálculo da remuneração correspondente a qualquer outra fracção de tempo de trabalho inferior ao período de trabalho diário.

3 – A remuneração diária corresponde a 1/30 da remuneração mensal.

Artigo 72.º

1 – (Anterior corpo do artigo)

2 - No caso de cedência de interesse público para o exercício de funções em órgão ou serviço em que a presente lei é aplicável, com opção pela remuneração a que se refere o número anterior, a remuneração a pagar não pode exceder, em caso algum, a remuneração base do Primeiro-Ministro."

Apenas aplicável quando a cedência se procede de entidade excluída do âmbito da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, para entidade nele incluída

b) Artigo 36.º da LOE(2012 – Alteração ao artigo 215.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aprovado pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, que passa a ter a seguinte redacção,

Artigo 215.º

Cálculo do valor da remuneração horária e diária

1 - (anterior corpo do artigo)

2 - A fórmula referida no número anterior serve de base de cálculo da remuneração correspondente a qualquer outra fracção de tempo de trabalho inferior ao período de trabalho diário.

CONSULTÓRIO JURÍDICO

3 - A remuneração diária corresponde a 1/30 da remuneração mensal.

c) Artigo 38.º da LOE 2012 – Alteração à Lei nº 53/2006, de 7 de Dezembro, que define o regime comum da mobilidade entre serviços dos funcionários e agentes da administração, visando o seu aproveitamento racional.

(i) No que respeita às entidades públicas empresariais, foi alterado o artigo 45.º da mencionada Lei que passa a ter a seguinte redacção:

1- (anterior corpo do artigo)

2- No caso de reorganização de serviços abrangidos pelo âmbito de aplicação objectivo estabelecido no artigo 2.º que implique a transferência de atribuições e competências para EPE (…) devendo estas dispor de um mapa de pessoal com postos de trabalho destinados aos trabalhadores com relação jurídica de emprego público que lhes venham a ser reafectos.

4- Os referidos trabalhadores podem optar pela constituição de uma relação jurídica de emprego nos termos do regime geral aplicável à generalidade dos trabalhadores da EPE em causa, com correspondente cessação da relação jurídica de emprego público.

d) Artigo 40.º da LOE/2012 – Cedência de interesse público:

(i) A celebração de acordo de cedência de interesse público com trabalhador de entidade excluída do âmbito de aplicação objectivo da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, (caso das EPE) para o exercício de funções em órgão ou serviço a que a mesma lei é aplicável, depende de parecer prévio favorável dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da administração pública, excepto quando as funções a desempenhar correspondam a funções dirigentes.

(ii) Não obstante o (i), na área da saúde a concordância expressa do órgão, serviço ou entidade cedente, pode ser dispensada, por despacho do membro do Governo responsável por aquela área, quando sobre aqueles exerça poderes de direcção, superintendência ou tutela.

O disposto no presente artigo tem carácter excepcional e prevalece sobre todas as disposições legais, gerais ou especiais, contrárias.

e) Artigo 44.º da LOE/2012 – Duração da mobilidade:

(i) As situações de mobilidade existentes à data de entrada em vigor da presente lei, cujo limite de duração máxima ocorra durante o ano de 2012, podem, por acordo entre as Partes, ser excepcionalmente prorrogadas até 31 de Dezembro de 2012.

(ii) A prorrogação excepcional prevista em (i) é aplicável às situações de mobilidade cujo termo ocorre em 31 de Dezembro de 2011, nos termos do acordo previsto em (i).

(iii) No caso de acordo de cedência de interesse público para o exercício de funções em órgão ou serviço em que a Lei 12-A/2008 é aplicável (Sector público administrativo/SPA), a referida prorrogação depende de parecer favorável dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e administração pública.

f) Artigo 52.º da LOE/2012 – Alteração ao 83.º do Estatuto da Aposentação, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 498/72, de 9 de Dezembro, que passa a ter a seguinte redacção:

Artigo 83.º

(…)

1- As pessoas de família a cargo dos aposentados terão direito a receber, por morte destes um subsídio correspondente a um número de pensões igual ao dos meses de vencimento que a lei concede por morte nos servidores no activo, com o limite máximo de seis vezes o indexante dos apoios sociais.

2- …

g) Artigo 53.º da LOE/2012 – Alteração ao Decreto-Lei n.º 223/95, de 8 de Setembro. Os artigos 7.º e 14.º passam a ter a seguinte redacção:

"Artigo 7.º

O subsídio por morte é igual a seis vezes o valor da remuneração mensal, susceptível de pagamento de quota para a Caixa Geral de Aposentações, a que o funcionário ou agente tem direito à data do seu falecimento, com o limite máximo de seis vezes o indexante dos apoios sociais.

Artigo 14.º

1 - …

2 – O valor do reembolso das despesas de funeral, deduzido o valor do subsídio do funeral, é igual ao subsídio por morte não atribuído.

3 - …"

As referidas alterações apenas são aplicáveis às prestações referentes a mortes ocorridas após a entrada em vigor da presente lei.

h) Artigo 79.º da LOE/2012 – Suspensão do regime de actualização do valor do indexante dos apoios sociais, das pensões e outras prestações sociais.

É suspenso durante o ano de 2012 o regime de actualização anual do indexante dos apoios sócias (IAS), mantendo-se em vigor o valor de € 419,22.

i) Artigo 89.º da LOE/ 2012 – Princípio da unidade de tesouraria:

(i) Toda a movimentação de fundos dos serviços e fundos autónomos, incluindo aqueles cuja gestão financeira e patrimonial se rege pelo regime jurídico do sector empresarial do estado, é efetuada por recurso aos serviços bancários disponibilizados pelo Instituto de Gestão da Tesouraria e do Crédito Público, IP (IGCP, IP).

(ii) O incumprimento do disposto em (i) pode constituir fundamento para a retenção das transferências e recusa das antecipações de duodécimos, nos termos a ficar no Decreto-Lei de execução orçamental.

(iii) Os serviços mencionados em (i) promovem a sua integração na rede de cobranças do Estado mediante a abertura de contas bancárias junto do IGCP,IP, para recebimento, contabilização e controlo das receitas próprias.

(iv) As receitas de todas as aplicações financeiras que sejam efectuadas em violação do princípio da unidade de tesouraria pelas entidades ao mesmo sujeitas revertem para o Estado.

3.Outras Disposições:

a) Artigo 202.º da LOE/2012 - Exercício de funções públicas por beneficiários de pensões de reforma pagas pela segurança social ou por outras entidades gestoras de fundos.

(i) O regime de cumulação de funções públicas remuneradas previsto nos artigos 78.º e 79.º do Estatuto da Aposentação é aplicável aos beneficiários de pensões de reforma da Segurança

Social e de pensões pagas por entidades gestoras de fundos de pensões ou planos de pensões de entidades públicas (EPE), a quem venha a ser autorizada ou renovada a situação de cumulação.

(ii) O disposto no (i) abrange os beneficiários que se encontrem no exercício de funções nos serviços, entidades ou empresas a que se refere o artigo 78.º do Estatuto da Aposentação, na data de entrada em vigor da presente lei.

(iii) No prazo de 10 dias contados da data referida no (ii), os beneficiários aí referidos devem comunicar às entidades empregadoras públicas ou ao serviço processador da pensão em causa, consoante o caso, se optam pela suspensão do pagamento da remuneração ou da pensão, salvo no caso de os beneficiários que já o tenham feito.

(iv) Caso a opção de suspensão de pagamento recaia sobre a remuneração, deve a entidade empregadora pública a quem tenha sido comunicada a opção de informar o serviço processador da pensão dessa suspensão.

(v) Quando se verifiquem situações de cumulação sem que tenha sido manifestada a opção a que se refere o ponto anterior deve o serviço processador da pensão suspender o pagamento do correspondente valor da pensão.

O regime fixado no presente artigo tem natureza imperativa, prevalecendo sobre quaisquer outras normas, gerais ou especiais, em contrário, diferindo do ano passado pela aplicação às situações já vigentes e não apenas futuras.

b) Artigo 214.º da LOE/2012 – Norma revogatória:

Este artigo revoga o n.º 6 do artigo 173.º do RCTFP que previa que um trabalhador contratado em funções públicas pudesse renunciar parcialmente ao direito a férias, recebendo a remuneração e o subsídio respectivos sem prejuízo de ser assegurado o gozo efectivo de 20 dias úteis de férias, à semelhança do que decorre do Código do Trabalho, aprovado pela lei nº 7/2209, de 12 de Fevereiro.

O que deixa, agora, de ser possível.

A segunda parte, como referida, respeita às recentes alterações ao Código do Trabalho, no âmbito das quais resta-me esperar que uma vez mais os serviços centrais do Ministério alterem, de forma administrativa, uma outra Lei, quer em termos orgânicos, formais ou materiais.

Com efeito, resultam como principais alterações da Lei n.º 23/2012, de 25 de Junho (L 23/2012), ao Código do Trabalho (CT), as seguintes:

Comissão de Serviço:

Após a entrada em vigor da supra citada Lei, existe a possibilidade de, por Instrumento de Regulamentação Colectiva de Trabalho, o regime da comissão de serviço, poder ser aplicado também a funções de chefia (artigo 161.º do CT).

Intervalo de Descanso:

O período de trabalho diário deve ser interrompido por um intervalo de descanso, de duração não inferior a uma hora nem superior a duas horas, de modo a que o trabalhador não preste mais de cinco horas de trabalho consecutivo, ou seis horas de trabalho consecutivo caso aquele período seja superior a 10 horas.

A principal alteração reside no facto de poder haver lugar a 6 horas de trabalho consecutivo no caso de a prestação diária de trabalho ser superior a 10 horas, sem prejuízo do que em IRCT estiver disposto relativamente a algumas profissões (artigo 213.º do CT).

Feriados:

São feriados obrigatórios os dias 1 de Janeiro, Sexta-Feira Santa, Domingo de Páscoa, 25 de Abril, 1 de Maio, 10 de Junho, 15 de Agosto, 8 e 25 de Dezembro.

Foram eliminados os seguintes feriados: 5 de Outubro, 1 de Dezembro, Corpo de Deus e 1 de Novembro, com efeitos a 1 de Janeiro de 2013 (artigo 234.º do CT).

Duração do Período de Férias:

Caso os dias de descanso do trabalhador coincidam com dias úteis, são considerados para efeitos do cálculo dos dias de férias, em substituição daqueles, os sábados e domingos que não sejam feriados.

Eliminação da majoração entre 1 e 3 dias de férias, acrescidos aos 22 dias de férias (medida de carácter imperativo relativamente aos IRCTs e contratos de trabalho (CIT) posteriores à entrada em vigor do Código do Trabalho em 2003) - artigo 238.º do CT.

Efeitos de falta injustificada:

Em caso de falta injustificada, o período de ausência a considerar para efeitos da perda de retribuição abrange os dias ou meios-dias de descanso ou feriados imediatamente anteriores ou posteriores ao dia de falta (artigo 256.º do CT).

Trabalho suplementar:

O trabalho suplementar é pago pelo valor da retribuição horária com os seguintes acréscimos:

a) 25% pela primeira hora ou fracção desta e 37,5% por hora ou fracção subsequente, em dia útil;

b) 50% por cada hora ou facção, em dia de descanso semanal, obrigatório ou complementar, ou em feriado. (artigo 268.º do CT)

Medida de carácter imperativo relativamente aos IRCTs e CIT durante 2 anos).

Eliminação do descanso compensatório remunerado relativo a trabalho suplementar prestado em dia útil, descanso semanal complementar ou feriado, com excepção das seguintes situações:

No caso de o trabalhador prestar trabalho suplementar impeditivo do gozo de descanso diário tem direito a descanso compensatório remunerado equivalente às horas de descanso em falta, a gozar num dos 3 dias úteis seguintes.

E

No caso de o trabalhador prestar trabalho em dia de descanso semanal obrigatório tem direito a um dia de descanso semanal compensatório remunerado, a gozar num dos 3 dias úteis seguintes.

Trabalhador Estudante:

O Trabalhador estudante que preste trabalho suplementar tem direito a descanso compensatório com duração de metade do número de horas prestadas.

Se o seu curso estiver organizado no regime de sistema europeu de créditos (ECTS), pode optar por cumular os dias anteriores ao da prestação de provas de avaliação (se não forem dias de descanso semanal ou feriados), sujeito a limites e com a obrigação de comunicação dessa opção, fazendo prova da sua condição de trabalhador.

Prestações relativas a dia de feriado:

O trabalho normal prestado em dia de feriado, em empresa não obrigada a suspender o funcionamento neste dia, dá direito a descanso compensatório, com duração de metade do número de horas prestadas ou acréscimo

CONSULTÓRIO JURÍDICO

de 50% na remuneração, cabendo a escolha ao empregador (medida de carácter imperativo relativamente aos IRCTs e cláusulas de contratos individuais de trabalho durante 2 anos) - artigo 269.º do CT.

Instrução de procedimento disciplinar:
O empregador, por si ou através de instrutor que tenha nomeado, deve realizar as diligências probatórias requeridas na resposta à nota de culpa, a menos que considere patentemente dilatórias ou impertinentes, devendo neste caso alegá-lo fundamentadamente por escrito (artigo 356.º do CT).

Despedimento por extinção do posto de trabalho:
Havendo pluralidade de postos de trabalho de conteúdo funcional idêntico, o empregador define, por referência aos respectivos titulares, critérios relevantes e não discriminatórios face aos objectivos subjacentes à extinção do posto de trabalho.
Elimina-se o critério da antiguidade (artigos 368.º a 372.º do CT).

Considera-se que a subsistência da relação de trabalho é praticamente impossível quando o empregador demonstre ter observado critérios relevantes e não discriminatórios face aos objectivos subjacentes à extinção do posto de trabalho.

Despedimento por inadaptação:
Pode haver lugar a despedimento por inadaptação, ainda que não tenham sido introduzidas modificações no posto de trabalho, verificados cumulativamente determinados requisitos legais, designadamente, no caso de "modificação substancial da prestação realizada pelo trabalhador, de que resultem, nomeadamente, a redução continuada de produtividade ou de qualidade, avarias repetidas nos meios afetos ao posto de trabalho ou riscos para a segurança e saúde do trabalhador …"
(artigos 374.º a 379.º do CT)
É ainda permitido o despedimento por inadaptação por incumprimento de objectivos previamente acordados, no caso de não existirem modificações no posto de trabalho.
Deixa de ser necessário a inexistência na empresa de posto de trabalho disponível e compatível com a qualificação profissional do trabalhador.
- Foram aditados ao CT o artigo 208.º-A e 208.º-B, que criaram um banco de horas individual e um banco de horas grupal:

Banco de Horas Individual: pode ser instituído por acordo entre o empregador e o trabalhador, podendo, neste caso, o período normal de trabalho ser aumentado até duas horas diárias e atingir 50 horas semanais, tendo o acréscimo por limite 150 horas.
O IRCT pode prever um **Banco de Horas Grupal** desde que este seja aplicável a um conjunto de trabalhadores/ No caso de o banco de horas ser aceite por, pelo menos, 75% dos trabalhadores da equipa, o empregador pode aplicar o mesmo ao conjunto de trabalhadores dessa estrutura.
A compensação do trabalho prestado em acréscimo, pode ser feita mediante, redução equivalente do tempo de trabalho, aumento do período de férias e/ou pagamento em dinheiro.

Compensação por caducidade de contrato a termo (artigo 6.º da L 23/2012)
1) Contratos celebrados antes de 1 de novembro de 2011
* Período até 31 de outubro de 2012 ou até à data da 1ª renovação extraordinária se esta for anterior.
** 3 ou 2 dias de retribuição base + diuturnidades por cada mês de duração do contrato, consoante esta não exceda ou seja superior a 6 meses
*Período após 31 de outubro de 2012 ou desde a data da 1ª renovação extraordinária
**20 dias de retribuição base + diuturnidades por cada ano completo de antiguidade
**O valor da retribuição base mensal e diuturnidades a considerar para efeitos de cálculo da compensação não pode ser superior a 20*SMN (20*€485,00=€9.700,00).
**O valor diário da retribuição base + diuturnidades é = retribuição base+diuturnidades/30.
**Em caso de fração de ano, o montante da compensação é calculado proporcionalmente
*Montante global da compensação:
** Se o montante até 31 de outubro de 2012 for ≥ a 12*retribuição base + diuturnidades ou a 240*SMN (240*€485,00=€116.400,00), não se contabiliza o período seguinte.
** Se o montante até 31 de outubro de 2012 for < a 12*retribuição base + diuturnidades ou a 240*SMN (240*€485,00=€116.400,00), o montante global da compensação resultante de ambos os períodos não pode ser superior a estes valores.
2) Contratos celebrados após 1 de novembro de 2011
* 20 dias de retribuição base + diuturnidades por cada ano completo de antiguidade
**O valor da retribuição base mensal e diuturnidades a considerar para efeitos de cálculo da compensação não pode ser superior a 20*SMN (20*€485,00=€9.700,00).
**O montante global da compensação não pode ser superior a 12*retribuição base+diuturnidades ou 240*SMN (240*€485,00=€116.400,00).
**O valor diário da retribuição base + diuturnidades é = retribuição base+diuturnidades/30.
**Em caso de fração de ano, o montante da compensação é calculado proporcionalmente.

Compensação por cessação de contrato de trabalho (artigo 6.º L 23/2012):
1) Contratos celebrados antes de 1 de novembro de 2011
*Período até 31 de outubro de 2012.
**1 mês de retribuição base + diuturnidades por cada ano completo de antiguidade.
*Período após 31 de outubro de 2012.
**20 dias de retribuição base + diuturnidades por cada ano completo de antiguidade
**O valor da retribuição base mensal e diuturnidades a considerar para efeitos de cálculo da compensação não pode ser superior a 20*SMN (20*€485,00=€9.700,00.
**O valor diário da retribuição base + diuturnidades é = retribuição base+diuturnidades/30.
**Em caso de fração de ano, o montante da compensação é calculado proporcionalmente.
*Montante global da compensação:
**Mínimo de 3 meses de retribuição base + diuturnidades.
2) Contratos celebrados após 1 de novembro de 2011
*20 dias de retribuição base + diuturnidades por cada ano completo de antiguidade.
+O valor da retribuição base mensal e diuturnidades a considerar para efeitos de cálculo da compensação não pode ser superior a 20*SMN

(20*€485,00=€9.700,00).
* O montante global da compensação não pode ser superior a 12*retribuição base+diuturnidades ou 240*SMN (240*€485,00=€116.400,00).
*O valor diário da retribuição base + diuturnidades é = retribuição base+diuturnidades/30.
+Em caso de fração de ano, o montante da compensação é calculado proporcionalmente.

Ainda que não se aplique, de forma directa, às denominadas unidades prestadoras de cuidados de saúde, também foram alterados os seguintes artigos do CT:

a) Encerramento para férias (Artigo 242.º do CT):

O n.º 2 do referido artigo permite que o empregador possa encerrar a empresa/estabelecimento, total ou parcialmente, para férias dos trabalhadores:

c) Durante 5 dias úteis consecutivos na época de férias escolares do Natal;

d) Um dia que esteja entre um feriado que ocorra à terça-feira ou quinta-feira e um dia de descanso semanal, com a faculdade de prestação de trabalho em outro dia sem ser considerado como trabalho suplementar.

b) Redução ou suspensão do trabalho em situação de crise empresarial (artigo 298.º a 305.º do CT):

A empresa que recorra ao regime de redução ou suspensão deve ter a sua situação contributiva regularizada perante a administração fiscal e a segurança social, salvo se encontre em situação económica difícil ou em processo de recuperação de empresa.
O empregador é obrigado a disponibilizar, para consulta, os documentos em que suporta a alegação de situação de crise empresarial.

Durante o período de redução ou suspensão o empregador tem de pagar pontualmente a compensação retributiva bem como o acréscimo a que haja lugar em caso de formação profissional.
Ainda durante o referido período bem como nos 30 dias ou 60 dias seguintes á aplicação das medidas, consoante a aplicação da respectiva não exceda ou seja superior a 6 meses, o empregador está proibido de cessar contratos de trabalho abrangidos pela medida (salvo comissões de serviço, contratos a termo, ou despedimento com justa causa), sob pena de devolução dos apoios recebidos relativamente ao trabalhador cessante.

Instrumentos de Regulamentação Colectiva de Trabalho e L 23/2012:

São nulas as disposições previstas em IRCTs, celebrados antes da entrada em vigor da supra citada Lei, que prevejam montantes superiores aos previstos no CT, relativos a valores e critérios de definição de compensação por cessação de contrato, estabelecidos no artigo 6.º da L 23/2012.
São ainda nulas as disposições de IRCTs e as cláusulas de contratos de trabalho celebrados antes da entrada em vigor da L 23/2012, que disponham sobre descanso compensatório por trabalho suplementar prestado em dia útil, em dia de descanso semanal complementar ou em feriado.
As majorações ao período anual de férias estabelecidas em disposições de IRCTs ou cláusulas de contratos de trabalho posteriores a 1 de Dezembro de 2003 e anteriores à entrada em vigor da L 23/2012 são reduzidas em montante equivalente até 3 dias.
Ficam suspensas, pelo período de 2 anos, a contar da entrada em vigor da L 23/2012, as disposições de IRCTs e as cláusulas de contratos de trabalho que disponham sobre:

a) Acréscimos de pagamento de trabalho suplementar superiores aos estabelecidos pelo CT;
b) Retribuição do trabalho normal prestado em dia de feriado, ou descanso compensatório por essa mesma prestação, em empresa não obrigada a suspender o funcionamento nesse dia.

Lei do Orçamento do Estado para 2012 (LOE) e L 23/2012:

A LOE, enquanto lei de valor reforçado prevalece, sobre quaisquer normas, especiais ou excepcionais, em contrário e sobre IRCTs e contratos de trabalho, não podendo ser afastado ou modificado pelos mesmos.
A LOE determinou quais os valores a pagar a título de trabalho extraordinário:
25% pela primeira hora
37,5% por hora ou fracção subsequente, em dia útil;
50% por cada hora ou facção, em dia de descanso semanal, obrigatório ou complementar, ou em feriado." (artigo 32.º da LOE).
O artigo 268.º do actual CT acompanhou a redacção da LOE, estabelecendo precisamente os mesmos valores.
Contudo, de acordo com o entendimento vertido na Circular Normativa n.º 08/2012/UORPRT da ACSS, IP, de 30.01.2012, tem vindo a aplicar-se os valores constantes da tabela estipulada por aquela entidade, os quais diferem da LOE.
Considerando que sempre entendi que a interpretação da LOE deveria prevalecer sobre o disposto na referida Circular, será, eventualmente, de solicitar informação tutelar sobre a interpretação daquela, face às alterações do CT, que entraram em vigor em 1 de Agosto de 2012.
Relativamente às disposições sobre descanso compensatório previstas na LOE, estas apenas se aplicavam às carreiras gerais, ficando excluídas da sua aplicação as carreiras especiais (médicos, enfermeiros, TDT, TSS).
Contudo, com base nas alterações agora previstas ao CT, aplicam-se, aos trabalhadores em CIT, as novas regras sobre descanso compensatório aí previstas, as quais prevalecem sobre IRCTs e cláusulas de contratos de trabalho que disponham em sentido contrário, decretando a sua nulidade.
Veremos quem vinga, como de uso num Estado de Direito; uma Lei da Assembleia da República ou uma Circular de um serviço central qualquer que, delimitado pela forma daquela e pela necessidade de alterar algo que nem sequer deveria ter sido feito, com pseudo carácter técnico normativo refere que aquela o que quis dizer no que respeita a … é que tudo fica na mesma ….
E o que é curioso, é que porventura, muitos dos que lerem este artigo vão desejar que seja assim.
E bem que os compreendo ….; sentiria o mesmo se porventura …. .

Luís de Salles Camejo

COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL DA APF

"Se é Fisioterapeuta, Sócio da APF, e tem espírito Associativo,
então venha colaborar com a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas"
Contacto: apfisio@apfisio.pt

www.apfisio.pt

50 ANOS DE AFIRMAÇÃO PROFISSIONAL