



BOLETIM INFORMATIVO

DO SINDICATO DOS FISIOTERAPEUTAS PORTUGUESES

Nº34

JUNHO

Apartado 146 EC Rebelva 2776-902 CARCAVELOS 2010 /ano XII

Eleições Triénio 2010-2013
(Pág. 11)

**Actualizações sobre as
Negociações da Carreira**

(Pág.12)

3 Orçamento de
Estado 2010

8 Unidades Privadas
de Saúde

18 Programa de
Estágios Profissionais

19 unidades de
Saúde Mental

25 Palavra ao Direito

27 Última Legislação

Geral: sfp@sfp.pt

Direcção: direccao@sfp.pt

Advogado: advogado@sfp.pt

www.sfp.pt

JUNHO 10

BOLETIM INFORMATIVO DO SFP

A letargia dos sistemas de reacção face á adversidade estão certamente muito individualizados; será a desorientação dos modelos políticos estereotipados suficiente para o desnorte colectivo? Estaremos enquanto humanidade à procura de outra evolução dos nossos sistemas sociais? E quanto estaremos dispostos a participar? Será suficiente a nossa existência diária, constituinte de um somatório colectivo, em que a participação é realizada pela componente financeira dedutiva? Será que os representantes políticos legitimados não terão mais responsabilização de somente o acervo de replicação ou não de recondução; onde estará a responsabilidade?; onde estará o sentido do exercício de excelência e os sistemas de valores?; A falência dos sistemas supostamente credíveis e alicerces das estruturas, não terá que passar para além de quase exclusivamente do enraizamento dos lobbies? Para quando sistemas políticos inteligentes e energético eficazes, libertos de extensas redundâncias que considerem realmente que o todo é o somatório das partes.

Em Portugal, com o contributo de todos nós, passando pelos níveis de exigência que coloquemos ao sistema, após a tormenta irá com certeza haver espaço e tempo para a acalmia. Os Fisioterapeutas estarão dispostos a fornecer o seu contributo, como aliás o demonstram no seu dia-a-dia; atendendo a quem se encontra em fase de fragilização a vários níveis ou retirando a maximização de inúmeras funções, centrados em modelos de decisão partilhados bem como suportados pela evidência.

São os modelos de precocidade de intervenção e de acesso directo, entre outros, que colocam no prato da balança os factores de vantagem económica.

É o suporte fornecido pela evidência, com a suficiente ressalva que a investigação na área ainda se encontra no seu berço, de modo que igualmente não se podem relegar estratégias de intervenção por falta de evidência; teremos é sim de colaborar nesta construção de saberes, reduzindo ineficácia pela centralização no utente.

O presente boletim, penúltimo antes do fim do mandato da actual direcção, pretende, como usualmente, trazer até junto do nosso associado, matérias que consideramos importantes e que da sua leitura, pese embora, por vezes com esforço acrescido de paralelismo para a nossa área, resultem profissionais mais informados.

O relativo impasse na matéria legislativa relativa às unidades privadas de saúde, impõe com actualidade toda a frontalidade no que respeita às entidades competentes para a fiscalização, nomeadamente Entidade Reguladora da Saúde.

Um espaço alargado é destinado a troca de ofícios entre o Ministério da Saúde e o SFP, relativo á história interminável, que é a negociação das carreiras; os capítulos sucedem-se, compreendemos de facto alguns, nomeadamente a dificuldade de integração de inúmeras profissões completamente assíncronas; contudo temos o dever de estar á espera de mais. De facto é uma exigência para com os profissionais que somos e representamos, quer pela defesa da saúde do modelo utente cêntrico.

Às unidades de saúde mental, aspectos decorrentes de matéria legislativa, foi igualmente dado algum ênfase neste boletim, quer devido ao facto de ainda não se ter exteriorizado a devida importância do fisioterapeuta, indissociavelmente holístico, nesta área, de modo a podermos exigir a participação nas diferentes tipologias.

Na secção jurídica é-nos dada a informação indispensável de modo a se tornarem compatíveis a formação pós-graduada, e o exercício da profissão, estatuto trabalhador-estudante.

Por último, não gostaria de terminar sem apelar à iniciativa dos sócios, no sentido de construir listas para a nova Direcção do SFP. Devemos todos participar de modo a que o modelo que histórica e socialmente acarinhado por nós prevaleça, a Democracia.

Cristina de Abreu Freire
(Presidente do SFP)

FICHA TÉCNICA

Propriedade – SFP – Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses

Endereço postal - Apartado 146 EC Rebelva 2776-902 Carcavelos

Tel. e Fax.: 210964423 (atendimento tel. fixo - 2ª e 5ª das 14 às 17 h)

Telem: 963311150 / 913445574 **email:** sfp@sfp.pt

No sentido de sermos cidadãos informados não podemos dispensar a divulgação de determinados pontos do Orçamento de Estado, para desse modo podermos interpretar a presente conjectura económica e as repercussões nomeadamente no nosso sector profissional, pelo que apresentamos informação parcial do OE 2010. Para uma visão acrescida recomenda-se a interpretação conjunta com os PEC e orçamentos rectificativos, bem como, vital, a análise de todos os índices sócio-económicos.

OE 2010

OE 2010 - 28 Abril de 2010

Artigo 4.º

Grandes Opções do Plano

1 — As Grandes Opções do Plano para 2010-2013 definidas pelo Governo no início da presente legislatura são as seguintes:

- a) Impulsionar o crescimento, promover o emprego e a modernização do País;
- b) Reforçar a coesão social, reduzindo a pobreza e criando mais igualdade de oportunidades;
- c) Melhorar e alargar o acesso à educação, reforçar o ensino superior e investir na ciência e na cultura;
- d) Melhorar a qualidade de vida e promover a coesão territorial, o desenvolvimento sustentável e a qualidade de vida;
- e) Elevar a qualidade da democracia, modernizando o sistema político e colocando a justiça e a segurança ao serviço dos cidadãos;
- f) Valorizar o posicionamento externo de Portugal e a inserção internacional da defesa nacional e reforçar o apoio às comunidades portuguesas.

É de salientar o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da antecipação de 2016 para 2013 da conclusão da cobertura nacional da rede e do reforço dos serviços de apoio domiciliário por serem respostas que promovem a autonomização progressiva dos utentes.

No período 2009-2013 o esforço de requalificação das estruturas dos hospitais e centros de saúde irá prosseguir com intervenções previstas em 17 Hospitais, em regime de parceria público-privada.

O **Pacto para o Emprego** visa:

- Promover o trabalho, desenvolver a informação, consulta e participação, renovar e aumentar a eficiência da negociação colectiva.
- Reforçar a eficiência da administração do trabalho no combate ao trabalho não declarado.
- Desenvolver um novo regime geral enquadrador das políticas activas de emprego e institucionalização dos programas gerais de emprego (programa de estímulo à criação do próprio emprego e ao empreendedorismo; programa de estímulo ao ajustamento entre a oferta e a procura de emprego e o programa de estímulo à procura de emprego).
- Melhorar a articulação entre o novo modelo de regulação dos sistemas de emprego, de relações laborais e de protecção social e as políticas de rendimentos decorrentes das decisões públicas, da contratação colectiva e das decisões empresariais.
- Promoção da redução das desigualdades de oportunidades profissionais entre trabalhadores com diferentes tipos de contratos, entre jovens e adultos e entre mulheres e homens.

Modernizar e Valorizar a Administração Pública

Num duplo objectivo de prossecução de políticas públicas de valorização dos trabalhadores em funções públicas e de assegurar uma Administração Pública cada vez mais moderna e eficiente, será revisto o regime da formação na Administração Pública e lançado um programa de formação dirigido a todos os trabalhadores em funções públicas. Este programa será adaptado, em termos de conteúdo, de forma e de duração, às diferentes necessidades dos trabalhadores e dos serviços, em função das suas qualificações e objectivos e alinhando a actual matriz de formação e valorização dos recursos humanos da Administração Pública às boas práticas internacionais e à intensa experiência recente do sector privado e empresarial.

Neste programa serão facultados os conteúdos e instrumentos necessários a uma Administração Pública mais motivada e eficiente, em áreas tão diversas como a qualidade do atendimento, a fundamentação técnica das decisões administrativas ou a utilização eficiente e integrada das tecnologias da informação, por exemplo.

Esta qualificação, através da formação, reforçará a vertente da meritocracia, permitindo que os trabalhadores tenham ao seu alcance as ferramentas que lhes permitam um trabalho com maior qualidade, fazendo com que o seu esforço seja acompanhado da necessária componente técnica e operacional e se possa traduzir, afinal, num melhor desempenho.

O programa de formação tirará partido das novas redes para promover sistemas de formação à distância, que levem o conhecimento aos trabalhadores que estão mais distantes dos principais centros de formação e permitindo uma maior flexibilidade na conjugação com a vida profissional e familiar.

Reforçar a sustentabilidade e a qualidade das finanças públicas significa garantir a continuidade das políticas económicas e sociais que cabe ao Estado prosseguir, assegurando -se, por um lado, que os recursos necessários ao seu financiamento serão obtidos com as menores distorções possíveis, e, por outro, que os serviços prestados pela Administração Pública sejam cada vez melhores do ponto de vista da satisfação das necessidades das famílias e empresas, e prestados com maior eficiência.. Neste sentido, continuarão a ser prosseguidas, ao longo da legislatura, duas iniciativas essenciais: (I) a modernização dos sistemas de informação e da contabilidade pública e (II) a reforma do quadro orçamental.

Entretanto, mantém-se como referencial a **contratação de um novo funcionário por cada dois que saem.**

Proteger e Apoiar os Idosos

Num contexto de envelhecimento demográfico, assume particular relevância o reforço na protecção aos mais idosos. Esta tem sido uma preocupação nos anos mais recentes, sendo pois fundamental assegurar a continuidade de um conjunto de medidas. Assim, é de salientar a aceleração do desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da antecipação de 2016 para 2013 da conclusão da cobertura nacional da rede e do reforço dos serviços de apoio domiciliário, por serem respostas que promovem a autonomização progressiva dos utentes.

Saúde: um valor para todos

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma das marcas de sucesso da democracia portuguesa. Trinta anos depois da sua criação, o SNS é o pilar do sistema de saúde em Portugal e concretiza uma política centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde.

A acção do Governo, ao longo de toda a legislatura 2009-2013, irá orientar-se no sentido da modernização e aprofundamento do SNS, num quadro de sustentabilidade financeira e de cooperação com os sectores social, cooperativo e privado. Os indicadores relativos ao SNS têm vindo a melhorar e assim continuarão nesta legislatura, em termos de acessibilidade, de produtividade e de gestão. Mais pessoas terão acesso a cuidados de saúde e ser-lhes-ão prestados melhores cuidados.

Prosseguir a reforma do SNS é uma directriz claramente assumida pelo Governo, respondendo às novas necessidades e expectativas dos portugueses, procurando atingir bons resultados, de forma eficiente e mais equitativa.

Obter ganhos em saúde é o verdadeiro caminho, também, para a sustentabilidade do sistema de saúde, moderno e qualificado.

A sustentabilidade financeira do SNS continuará a ser promovida, valorizando a importância da saúde, a par da promoção da eficiência e eficácia da prestação de cuidados de saúde, suportado no modelo de acesso universal e tendencialmente gratuito a todos os serviços de saúde.

No sector da saúde, a estratégia é apostar fortemente nas seguintes linhas de acção prioritária.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

A reforma dos cuidados de saúde primários constitui a maior transformação interna de sempre do Serviço Nacional de Saúde, desde a sua criação. A reforma está centrada no duplo objectivo de melhorar o acesso dos portugueses a este nível de cuidados e de incrementar a qualidade.

As metas intercalares definidas têm sido cumpridas e mesmo ultrapassadas: em 31 de Dezembro havia 229 Unidades de Saúde Familiar (USF) em funcionamento, atendendo cerca de 2,8 milhões de utentes, dos quais mais de 345.000 pessoas não tinham anteriormente médico de família. O objectivo da reforma é que, até 2013, as USF abranjam todo o território nacional. Continuará a ser dada prioridade à criação destas unidades e, ao mesmo tempo, serão desenvolvidas as outras unidades funcionais dos Centros de Saúde:

- Unidades de Cuidados na Comunidade, abrangendo cuidados domiciliários integrados para idosos e pessoas em situação de dependência, e outros serviços de base comunitária, que devem existir em todos os municípios do País até 2012;
- Unidades de Saúde Pública (USP), essenciais para a planificação dos cuidados de saúde, para a articulação dos diferentes programas e para as actividades de promoção da saúde. Até ao final de 2011 devem estar criadas USP em todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Por último desenvolver-se-ão os mecanismos de contratualização: das ARS com os ACES e destes com as respectivas unidades funcionais, valorizando o acesso, e a qualidade dos cuidados prestados na avaliação da actividade dos serviços.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Esta rede consubstancia uma aposta da coordenação de políticas públicas com o objectivo de dar as respostas adequadas aos doentes que, por um lado, nada beneficiam com o internamento e/ou a permanência numa cama hospitalar, mas que, por outro, ainda não reúnem as condições para regressarem ou continuarem nas suas casas. O grande objectivo da RNCCI será sempre recuperar ou manter a autonomia máxima possível dos doentes para a vida diária no seu domicílio, com ou sem ajuda da equipa de cuidados continuados integrados.

O bom funcionamento da Rede permitirá, igualmente, libertar camas na rede hospitalar e, com isso, aumentar a sua capacidade de resposta e reduzir listas de espera.

O crescente envelhecimento da população e o grande peso das doenças crónicas para os doentes e para as famílias justificam que nesta legislatura se procure fazer um esforço acrescido para antecipar os prazos de implementação inicialmente previstos para a RNCCI. Assim, até final de 2013 serão acrescentadas mais 10.000 camas às cerca de 4000 já disponibilizadas pela Rede em 2009.

Por outro lado, será concluída a revisão do Programa Nacional para os Cuidados Paliativos que, uma vez aprovado, será operacionalizado de imediato, tendo em vista suprir carências que, nesta área, são evidentes.

No quadro da reforma da Saúde Mental, a RNCCI passará a contar, a partir de 2010, com unidades de cuidados integrados especializados em saúde mental.

Por último, mas não menos importante, será feito um grande investimento na formação dos profissionais que integram as diferentes equipas e serão resolvidos problemas de organização e articulação entre as diferentes estruturas de toda a RNCCI.

Cuidados de Saúde Hospitalares

Na anterior legislatura foi dada prioridade às reformas dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados. Começou -se pela base, fizeram-se grandes mudanças com resultados positivos, tendo chegado o momento de se estender a reforma aos hospitais públicos.

A aposta será na vertente de organização interna, gestão dos seus recursos e na melhoria da sua sustentabilidade financeira, procurando garantir-se sempre a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços prestados. Para o efeito será criado em 2010 um grupo de trabalho que será incumbido de apresentar um estudo e de elaborar propostas neste sentido, tendo como princípios orientadores a articulação em rede dos hospitais, unidades dos cuidados de saúde primários e cuidados continuados, bem como as experiências já existentes dos Centros de Responsabilidade Integrada.

Recursos Humanos

Um dos factores de sucesso do Serviço Nacional de Saúde é a qualificação e o desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais. As carreiras técnicas da Saúde devem constituir um requisito e um estímulo para o percurso de diferenciação profissional, marcado pela avaliação e etapas exigentes.

Em relação aos médicos, já foi aprovada uma carreira única, organizada por áreas de exercício profissional, extensiva a todas as instituições do SNS, quer sejam do sector público administrativo, empresarial do Estado ou geridos pelo sector privado no âmbito das parcerias público-privadas.

Para os restantes profissionais das carreiras técnicas, o caminho terá o mesmo sentido e irá desenvolver-se num quadro negocial com as estruturas sindicais representativas das diversas carreiras técnicas.

No âmbito do planeamento estratégico, será desenvolvido um sistema integrado de gestão de recursos humanos, através do qual será avaliada a evolução previsível de necessidades. Em cada momento e em função dos resultados desta avaliação serão tomadas as medidas mais adequadas.

A formação médica será reorientada para áreas de escassez de recursos e a fixação de médicos internos que ocupem vagas preferenciais será estimulada.

Requalificação das Estruturas Hospitalares

O esforço de requalificação das estruturas dos hospitais irá prosseguir no período 2009 -2013.

A requalificação do parque hospitalar prosseguirá com novas intervenções que se juntam às sete que se encontram em fase de construção (Braga, Cascais, Guarda, Amarante, Lamego, Pediátrico de Coimbra e Loures).

Em 2010 têm previsto iniciar a construção os Hospitais de Vila Franca, Lisboa Oriental, Algarve e Évora.

Prosseguirá, igualmente, o desenvolvimento do processo relativo aos Hospitais de Vila Nova de Gaia/Espinho, Póvoa do Varzim/Vila do Conde, Seixal, Oeste Norte, Sintra, IPO de Lisboa, e Centro de Medicina Física e Reabilitação do Norte.

Tecnologias de Informação e Comunicação

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na saúde justificam um particular empenho, enquanto instrumento de facilitação do acesso, melhoria da qualidade e aumento da eficiência.

Neste domínio, deve o Estado ser garante da coerência dos sistemas de informação e da sua interoperabilidade, estimulando, também, a criatividade, o mercado e, em particular, as iniciativas de base nacional.

Constituirão prioridades centrais:

- A concretização de uma rede de nova geração, com alta capacidade, e o desenvolvimento de serviços que ela vem possibilitar;
- A continuidade do processo plurianual de criação do Registo de Saúde Electrónico, que se prevê disponibilizar em 2012;

• A generalização de serviços de base electrónica, ao dispor dos cidadãos e das instituições do SNS: e-agenda (marcação de consultas no Centro de Saúde), e-sigic (que permite a visualização da posição do utente na lista de inscritos para cirurgia e o conhecimento da data provável da intervenção cirúrgica), prescrição desmaterializada de receituário e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, boletim de vacinas desmaterializado, entre outros. Em face da dimensão e importância dos objectivos propostos considera-se essencial rever o modelo de governação das TIC da saúde. À administração devem caber as funções de normalização, regulação e certificação, sendo desenvolvida uma estrutura de natureza empresarial pública para as funções de operação.

Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde

O financiamento do SNS deverá continuar a ser primordialmente realizado através do Orçamento do Estado.

O SNS é para todos os portugueses, e é suportado pelos impostos pagos por todos. É também determinante a existência de um esforço continuado na monitorização do seu desempenho. Há que manter a linha da contenção, só se justificando um aumento da despesa na justa medida em que tal se traduza num aumento da qualidade da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos e do acesso ao Sistema, devidamente fundamentada numa apreciação de análise de custo/benefício, importante num contexto em que a despesa com saúde é impulsionada pelo envelhecimento da população e pelas novas tecnologias da saúde.

O desempenho económico e financeiro dos últimos anos permitiu ultrapassar a sub-orçamentação crónica do SNS, e também dotar o sistema de um conjunto de regras que apelam ao cumprimento dos objectivos de prestação de cuidados médicos e de combate ao desperdício. Neste sentido, afigura-se muito relevante o facto do prazo médio de pagamentos no SNS ter vindo a ser reduzido dos 128 dias em 2007, para os 111 dias em 2008 e para os 95 dias no terceiro trimestre de 2009.

Nesta legislatura manter-se-ão os propósitos de elevar a eficácia e eficiência do sistema, sendo disso exemplo a procura da redução dos prazos de pagamento a fornecedores, distinguindo os gestores com melhor desempenho e adequando as práticas ao que é o interesse da saúde dos portugueses.

A distribuição de recursos financeiros no SNS deve ainda continuar a ser realizada com o aprofundamento dos mecanismos de contratualização ao longo de todo o sistema, utilizando modelos de financiamento de serviços indutores de responsabilização e eficiência, a par da elevação dos ganhos de saúde para os cidadãos.

Com o mesmo objectivo de melhoria do desempenho e utilização dos recursos, serão alteradas as regras actualmente existentes de alocação de recursos financeiros dentro do conjunto das administrações regionais de saúde, dentro do conjunto dos hospitais EPE, e dentro do conjunto das Unidades Locais de Saúde. Adequar a oferta à procura, e ajustar os níveis de produção e de financiamento, sem aumento da despesa, são uma necessidade que a prática e os estudos têm vindo a revelar como urgente e necessária.

Serviços Partilhados

De igual modo será, em 2010, aumentado o número e o valor dos serviços partilhados na saúde, reconhecida que é a enorme economia que a agregação da prestação de serviços pode trazer ao funcionamento de serviços públicos com problemas e necessidades comuns, designadamente aos níveis da gestão de recursos humanos, contabilidade, tecnologias de informação, ambiente, compras.

Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um instrumento estratégico, que permite o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objectivo da maximização dos ganhos em saúde para a população.

O PNS 2004-2010 identificou o estado de saúde inicial, prioridades estratégicas, cenários, programas de acção, indicadores e metas. A sua execução tem sido avaliada interna e externamente pela Organização Mundial de Saúde-Região Europeia, no âmbito de uma análise do Sistema de Saúde Português. A avaliação global será concluída em 2010, mas já é possível adiantar que cerca de 85 % dos indicadores referentes à mortalidade mostram um decréscimo.

Já foi iniciada a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Estão definidos os valores e princípios, os objectivos, o processo de construção e a estrutura responsável por esta construção. O PNS 2011-2016 levará em conta o estado de saúde dos portugueses, as melhores recomendações e orientações nacionais e internacionais sobre política de saúde, em que se integra o reforço da sustentabilidade financeira do SNS, bem como o envolvimento amplo de instituições do Ministério da Saúde e de outros ministérios, de autarquias, de organizações da sociedade civil, designadamente ordens profissionais e associações de doentes. Estruturalmente, O PNS 2011 -2016 assentará em quatro pilares:

I- Qualidade dos Cuidados e Segurança do Doente; II- Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados; III- Promoção da Cidadania e IV- Políticas Saudáveis (intersectorial com outros ministérios).

Relativamente ao **Ensino Superior** realçamos:

Num contexto de reforço institucional, o Governo garantirá níveis crescentes de exigência às instituições de ensino superior, que deverão assegurar a qualificação crescente do seu corpo docente. Estima-se que a aplicação progressiva dos mecanismos de qualificação previstos nos novos estatutos das carreiras docentes, já em vigor, conduza a níveis elevados de qualificação, consistentes com as melhores práticas internacionais.

Na presente legislatura, o Governo desenvolverá mecanismos para contrariar a existência de processos de bloqueio corporativo à entrada nas profissões regulamentadas e tituladas por formações superiores, no seguimento da acreditação de todos os cursos pela Agência Nacional de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Neste âmbito, será revisto o regime dos estágios obrigatórios e garantido o reforço das condições de estágio de estudantes e diplomados.

Na perspectiva de atingir uma base social de recrutamento mais alargada, o Governo garantirá o aumento continuado do número total de vagas para adultos e a adequação progressiva das formações oferecidas. Outra medida passa por aumentar as vagas para cursos de medicina em, pelo menos, 15 %.

Propõe -se também fomentar a criação de gabinetes de apoio ao emprego e ao empreendedorismo em todas as instituições de ensino superior, promovendo o seu funcionamento em rede, articulada com o sistema nacional de apoio ao emprego e com as instâncias responsáveis pelo apoio ao empreendedorismo. De modo a poder tornar mais eficazes e justos os mecanismos de apoio social, o Governo prosseguirá o investimento na acção social escolar, designadamente alargando a rede de residências disponíveis. Será fomentada a melhoria da eficácia dos serviços de acção social, optimizando os serviços de apoio directo e indirecto aos alunos, assim como o acolhimento de trabalhadores-estudantes.

Artigo 21.º

Revisão das carreiras, dos corpos especiais e dos níveis remuneratórios das comissões de serviço e de estatutos

1 — Sem prejuízo da revisão que deva ter lugar nos termos legalmente previstos, mantêm -se as carreiras que ainda não tenham sido objecto de extinção, de revisão ou de decisão de subsistência, designadamente as de regime especial e as de corpos especiais, bem como a integração dos respectivos trabalhadores, sendo que:

a) Só após tal revisão, tem lugar, relativamente a tais trabalhadores, a execução das transições através da lista nominativa referida no artigo 109.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, excepto no respeitante à modalidade de constituição da sua relação jurídica de emprego público e às situações de mobilidade geral do, ou no, órgão ou serviço;

b) Até ao início de vigência da revisão:

l) A portaria referida no n.º 2 do artigo 68.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, fixa a actualização dos montantes pecuniários correspondentes aos índices remuneratórios para vigorar durante o ano de 2010;

ll) As carreiras em causa regem-se pelas disposições normativas aplicáveis em 31 de Dezembro de 2008, com as alterações decorrentes dos artigos 46.º a 48.º, 74.º, 75.º e 113.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro;

lll) Aos procedimentos concursais para as carreiras em causa é aplicável o disposto na alínea d) do n.º 1 do artigo 54.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, bem como no n.º 11 do artigo 28.º da Portaria n.º 83-A/2009, de 22 de Janeiro;

lV) O n.º 3 do artigo 110.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, não lhes é aplicável, apenas o vindo a ser relativamente aos concursos pendentes na data do início da referida vigência.

2 — A revisão das carreiras a que se refere o número anterior deve assegurar:

a) A observância das regras relativas à organização das carreiras previstas na secção I do capítulo II do título IV e do artigo 69.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, designadamente quanto aos conteúdos e deveres funcionais, ao número de categorias e às posições remuneratórias;

b) O reposicionamento remuneratório com o montante pecuniário calculado nos termos do n.º 1 do artigo 104.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, sem acréscimos;

c) As alterações de posicionamento remuneratório em função das últimas avaliações de desempenho e da respectiva diferenciação assegurada por um sistema de quotas;

d) As perspectivas de evolução remuneratória das anteriores carreiras, elevando-as apenas de forma sustentável.

3 — O disposto no n.º 1 é aplicável, na parte adequada, aos níveis remuneratórios das comissões de serviço.

4 — O procedimento de adaptação dos diplomas estatutários das entidades reguladoras independentes iniciado nos termos do disposto no artigo 23.º da Lei n.º 64-A/2008, de 31 de Dezembro, deve ser concluído até 31 de Dezembro de 2010.

Artigo 152.º

Controlo da despesa do SNS

1 — O Governo toma as medidas necessárias para que o crescimento da despesa em convenções de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica não exceda a taxa de inflação prevista para 2010 acrescida de um ponto percentual.

Como já referimos em número anterior foi publicada em Outubro legislação acerca das Unidades Privadas de Saúde. Mais uma vez os gabinetes de fisioterapia ficaram de fora destas disposições legais. Como sempre defendemos, a assumpção dos nossos gabinetes como clínicas de Medicina e Reabilitação é totalmente descabida, encontrando-se o Estado a desproteger grupos de cidadãos/profissionais em detrimento de lobbies; pois o exercício da fisioterapia não é subalterno; os fisioterapeutas constroem o seu próprio corpo de saberes, obedecem a padrões de elevada qualidade na sua prática, a par de outros profissionais. Deixem-nos trabalhar e ser o que o Estado nos deu aval para ser, Fisioterapeutas. Não temos mais que ser justificação para o exercício de outros profissionais.

Contudo, apesar destas vicissitudes e da continuidade do vazio legal, consideramos pertinente a divulgação de informação, parcial, do Dec.Lei nº 279/2009.

Unidades privadas de Saúde

Decreto-Lei n.º 279/2009 de 6 de Outubro

“... Por toda a conjuntura acima exposta tornou-se inevitável construir um novo modelo de licenciamento de unidades privadas de serviços de saúde, que permita, efectivamente, garantir que se verificam os requisitos mínimos necessários para que seja assegurada a qualidade dos serviços prestados no sector privado, com ou sem fins lucrativos.

O procedimento previsto no presente decreto-lei é simplificado, assumindo os agentes a responsabilidade pelo cumprimento dos requisitos técnicos exigidos para cada tipologia.

No caso das unidades mais simples que estejam registadas junto da Entidade Reguladora da Saúde, não são necessários procedimentos específicos, considerando-se aquelas como licenciadas, bastando preencher uma declaração electrónica na qual se responsabilizam pelo cumprimento dos requisitos de funcionamento exigíveis para a actividade a que se propõem.

A existência de um procedimento simplificado não significa que haja uma facilitação no cumprimento dos requisitos técnicos, ou que a Administração seja menos rigorosa na exigência de qualidade. Trata -se, apenas, de reconhecer a existência de menor complexidade tecnológica relativamente a algumas tipologias de unidades privadas de serviços de saúde, que, por isso, implicam um procedimento administrativo mais leve.

Prevê-se, pois, que o regime agora aprovado venha, verdadeiramente, a cumprir o objectivo que sempre esteve nas orientações do Ministério da Saúde: um sector privado de prestação de serviços de saúde, complementar ao Serviço Nacional de Saúde, que garanta qualidade e segurança. Precisamente por este motivo, o decreto -lei deverá ser revisto no prazo de dois anos, a fim de garantir que o desiderato que o norteia é efectivamente prosseguido...

Artigo 1.º

Objecto

1 — O presente decreto-lei estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração, adiante designadas por unidade privada de serviços de saúde.

2 — Para efeitos do presente decreto-lei, entende-se por unidade privada de serviços de saúde qualquer estabelecimento, não integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), no qual sejam exercidas actividades que tenham por objecto a prestação de serviços de saúde.

3 — O regime jurídico aplicável às unidades privadas de serviços de saúde cuja titularidade seja de instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde é objecto de diploma próprio.

4 — A listagem das tipologias de unidades privadas de serviços de saúde é aprovada por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 2.º

Abertura e funcionamento

1 — A abertura ou funcionamento de uma unidade privada de serviços de saúde depende da obtenção de licença emitida pela administração regional de saúde (ARS) territorialmente competente, nos termos previstos na secção II do presente decreto -lei, e do registo na Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos do Decreto -Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio.

2 — As unidades privadas de serviços de saúde que pretendam funcionar com mais de uma tipologia devem requerer apenas uma licença de funcionamento, que segue a tramitação prevista para a tipologia sujeita ao procedimento de controlo mais exigente.

3 — Para efeitos do disposto no número anterior, as unidades privadas de serviços de saúde devem respeitar os requisitos estipulados para cada tipologia, podendo a ARS emitir licença de funcionamento por tipologia, no caso de não serem verificados os requisitos para todas as tipologias.

SECÇÃO II

Procedimento de licença

Artigo 3.º

Procedimento de licenciamento simplificado

1 — As unidades que prestem serviços enquadrados nas tipologias identificadas na portaria a que se refere o n.º 4 do artigo 1.º como sujeitas ao procedimento de licenciamento simplificado apenas estão obrigadas a preencher a declaração prevista no número seguinte.

2 — As tipologias identificadas nos termos do número anterior devem respeitar os respectivos requisitos de funcionamento, definidos nos termos do artigo 9.º, devendo preencher electronicamente declaração disponível nos sítios da Internet da ERS e da ARS, na qual se responsabilizam pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a actividade que se propõem exercer ou que exercem.

3 — A licença corresponde ao recibo de entrega da declaração, que é disponibilizado quando aquela é validamente submetida.

4 — Sem prejuízo de outras que assim possam ser identificadas na portaria a que se refere o n.º 4 do artigo 1.º, consideram-se como estando sujeitas ao procedimento de licenciamento simplificado as seguintes tipologias:

- a) Os consultórios médicos e dentários;
- b) Os centros de enfermagem;
- c) As unidades de medicina física e reabilitação;
- d) Os laboratórios de anatomia patológica e patologia clínica.

Artigo 4.º

Pedido de licença

1 — Para as unidades não previstas no artigo anterior, a licença é requerida pelo interessado através da submissão electrónica de formulário disponível nos sítios da Internet da ERS e das ARS, no qual aquele se responsabiliza pelo cumprimento integral dos requisitos de funcionamento exigíveis para a actividade a que se propõe, e identifica os elementos constantes do título de utilização do prédio ou fracção, ou do pedido de autorização de utilização apresentado à câmara municipal territorialmente competente, e acompanhado dos elementos instrutórios definidos na portaria referida no n.º 4.

2 — A ARS indefere liminarmente o pedido de licença se o mesmo não estiver acompanhado de todos os elementos instrutórios cuja junção é obrigatória.

3 — Considera -se que a data do pedido de licença é a data aposta no respectivo recibo comprovativo de entrega do formulário referido no n.º 1 que a ARS emite através de dispositivo do sistema de informação.

4 — Sem prejuízo de outros elementos instrutórios, definidos na portaria a que se refere o artigo 9.º, o requerimento é acompanhado de:

- a) Memória descritiva e justificativa e telas finais dos projectos de arquitectura, instalações e equipamentos eléctricos, instalações e equipamentos mecânicos e instalações e equipamentos de águas e esgotos relativos às instalações em que a unidade deve funcionar, assinados por técnicos devidamente habilitados;
- b) Autorização de utilização para comércio, serviços, indústria ou outra finalidade mais específica pela câmara municipal competente;
- c) Certificado da Autoridade Nacional de Protecção Civil ou equivalente, que comprove o cumprimento do regulamento de segurança contra incêndios.

5 — O modelo de declaração previsto no n.º 1 é aprovado na portaria a que se refere o artigo 9.º

Artigo 5.º

Vistoria

1 — As unidades privadas de serviços de saúde são sujeitas a vistoria, que deve ter lugar dentro dos 30 dias subsequentes à data de apresentação do pedido de licença.

2 — A data da realização da vistoria é comunicada, com a antecedência mínima de 10 dias, ao requerente.

3 — Os resultados da vistoria são registados em relatório, em formato electrónico ou em papel, do qual devem constar os seguintes elementos:

- a) A conformidade ou desconformidade da unidade privada de serviços de saúde com condicionamentos legais e regulamentares, com o projecto aprovado e as pretensões constantes do pedido de licença;
- b) Medidas de correcção necessárias;
- c) Posição sobre a procedência ou improcedência de reclamações apresentadas na vistoria.

4 — O relatório de vistoria é comunicado ao requerente no prazo máximo de 10 dias a contar da data de realização da vistoria.

Artigo 6.º

Consultas no âmbito do regime jurídico da urbanização e da edificação

1 — As unidades privadas de serviços de saúde devem dar prévio cumprimento aos procedimentos previstos no regime jurídico da urbanização e da edificação (RJUE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 555/99, de 16 de Dezembro, sempre que se realizem intervenções abrangidas pelo mesmo.

2 — Nos termos e para os efeitos previstos no artigo 13.º do RJUE, devem ser objecto de consulta externa as seguintes entidades:

- a) ARS, para verificação das normas legais e regulamentares aplicáveis a unidades privadas de serviços de saúde e em matéria de higiene e saúde;
- b) Autoridade Nacional de Protecção Civil, no que respeita a medidas de segurança contra riscos de incêndio, nos termos do Decreto -Lei n.º 220/2008, de 12 de Novembro, e da Portaria n.º 1532/2008, de 29 de Dezembro, sempre que não seja obrigatória no âmbito do processo de licenciamento camarário.

Artigo 7.º

Decisão de licença

1 — A ARS decide o pedido de licença no prazo de 30 dias contados a partir da data da realização da vistoria.

2 — O pedido de licença é indeferido com fundamento na existência de desconformidades da unidade privada de serviços de saúde face aos condicionamentos legais e regulamentares aplicáveis à sua tipologia, desde que a ARS, com base no relatório de vistoria, devidamente fundamentado, lhe atribua relevo suficiente.

3 — Decorrido o prazo para decisão sem que esta seja proferida, considera-se tacitamente deferida a pretensão do requerente, sendo esta informação automaticamente disponibilizada no sistema informático previsto no artigo 12.º

4 — A licença ou a informação referida no número anterior constituem título bastante e suficiente para efeitos de identificação da unidade privada de serviço de saúde e de legitimidade de funcionamento.

5 — Sendo o requerimento a que se refere o n.º 1 do artigo 4.º instruído com cópia do pedido de autorização de utilização, o efectivo funcionamento da unidade privada de serviço de saúde só pode ter lugar após a obtenção daquela autorização.

Artigo 8.º

Informação relativamente às unidades privadas de serviços de saúde

1 — É criado um sistema de informação através do qual as ARS disponibilizam, nos respectivos sítios da Internet, informação actualizada sobre a firma ou a denominação social e o nome ou insígnia das unidades privadas de serviços de saúde, os respectivos endereços, serviços prestados e datas de abertura.

2 — Para efeitos do número anterior, a ERS comunica de forma imediata e automática à ARS territorialmente competente as informações constantes do seu registo de entidades legalmente estabelecido, necessárias à permanente actualização dos seus sistemas de informação sobre as unidades privadas de serviços de saúde abrangidas pelo artigo 3.º

3 — Relativamente às unidades privadas de serviços de saúde não abrangidas pelo artigo 3.º, a ARS territorialmente competente comunica de forma imediata e automática à ERS todas as informações constantes do sistema de informação, para efeitos do registo obrigatório junto desta última e de emissão de nota de liquidação da taxa prevista no artigo 13.º

SECÇÃO III

Funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde

Artigo 9.º

Requisitos de funcionamento

1 — O funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde deve cumprir requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública.

2 — As unidades privadas de serviços de saúde devem funcionar de acordo com as regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis.

3 — No desenvolvimento da sua actividade, devem os profissionais das unidades privadas de serviços de saúde observar o cumprimento das regras deontológicas aplicáveis.

4 — Na prestação de serviços de saúde no âmbito das unidades privadas de serviços de saúde deve ser respeitado o princípio da liberdade de escolha por parte dos doentes.

5 — Os requisitos de funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde são definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde.

Artigo 10.º

Obrigações

As unidades privadas de serviços de saúde devem afixar nas suas instalações, em local bem visível, para os utentes e visitantes, a identificação dos serviços prestados e a licença.

Artigo 11.º

Modificações à licença

1 — Sempre que se verifiquem modificações aos elementos constantes da licença, incluindo a ampliação ou alteração da unidade, a modificação da entidade titular da exploração, bem como a modificação de qualquer dos elementos essenciais à licença, devem as mesmas ser comunicadas, no prazo de 30 dias, à ERS ou ARS, consoante se trate, respectivamente, de unidades privadas de serviços de saúde indicadas no artigo 3.º ou das restantes unidades.

2 — Na sequência da comunicação referida no número anterior, a ARS pode, sem prejuízo dos poderes de fiscalização e sancionatórios da ERS, decidir proceder a uma vistoria à unidade, nos termos do artigo 14.º, aplicando-se o disposto nos n.º 3 e 4 do artigo 5.º aos seus resultados, com as devidas alterações.

Artigo 19.º

Unidades privadas de serviços de saúde não licenciadas As unidades privadas de serviços de saúde em funcionamento, que não se encontrem licenciadas ao abrigo de legislação anterior, dispõem de um ano desde a entrada em vigor do presente decreto-lei para se adequarem ao que nele está disposto.

ELEIÇÕES

Segundo os Estatutos do SFP, o Presidente da Mesa de Congresso convoca eleições para a Direcção do SFP bem como das restantes estruturas elegíveis a 27 de Novembro, a realizar nas instalações da Escola da Cruz Vermelha Portuguesa.

Solicitamos assim aos sócios que apresentem listas, de modo a dinamizarmos mais a profissão e democraticamente encontrarmos estratégias que correspondam às nossas expectativas .



Iremos apresentar uma recapitulação cronológica, dos ofícios trocados entre o MS e o SFP, bem como das 2 reuniões agendadas, desde o ultimo boletim informativo do SFP. A dilação temporal da reestruturação das carreiras especiais residuais tem sido escudada nos pretextos da complexidade/decisão política bem como do encargo financeiro inerente à esperada reestruturação.

03/02 2010 16:50 0213305175
 C/C/001.070
 Data: 03-02-2010

GAB APOIO MIN SAUDE #3039 P.001/001
 17/02/10

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 GABINETE DA MINISTRA

C/C SEAP Exma. Senhora
 Dra. Cristina Abreu Freire
 Presidente da Direcção do Sindicato dos
 Fisioterapeutas Portugueses
 Apartado 146 EC - Rebelva
 2776-902 Carcavelos

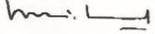
Sua referência Sua comunicação Nossa referência

ASSUNTO: Agendamento de Reunião

O Ministério da Saúde pretende começar o processo negocial relativo à revisão e regulamentação das carreiras especiais dos Técnicos Superiores de Saúde e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica.

Neste sentido, e para numa primeira fase discutir a metodologia e calendarização do processo negocial, encarrega-me Sua Excelência a Ministra da Saúde de solicitar a V. Exa. a presença numa reunião, a realizar conjuntamente com todos os Sindicatos representativos destas carreiras especiais, a ter lugar no próximo dia 22 de Fevereiro, pelas 15H00, no Ministério da Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete

 (António Mendes)

Av. João Crisóstomo, 9, 1049-062 LISBOA - ☎ 21 330 50 00 - Fax 21 330 51 98 - ms@ms.gov.pt - www.portaldesaude.pt

A 22 de Fevereiro, decorreu pelas 15 h, no MS, uma reunião com todos os sindicatos envolvidos na negociação da carreira dos TDT e TSS; Assunto: discussão de metodologia e agendamento das reuniões.

A Sr.^a Ministra referiu que relativamente às carreiras todas as estruturas sindicais e legítimos representantes, serão ouvidos; na outorgação do ACT é que somente participarão, quem de facto, tiver a legitima representatividade das respectivas profissões. É de considerar não ser legítimo impedir profissões de traçarem o seu próprio desenvolvimento com a cobertura falseada e pretenciosa da defesa de outros interesses, nomeadamente da representação de grupos e não profissões.

Foi sugerido no sentido de agilizar o processo negocial, que os sindicatos que entendem-se estabelecer plataformas entre si, assim o fizessem. O SFP manteve a posição de iniciar o processo por si, até ter em mão uma proposta de carreira formal e que seja a base negocial, reservando assim a sua decisão, em face de defender exclusivamente os interesses dos fisioterapeutas.

A Sr.^a Ministra da Saúde por ocasião desta reunião referiu que o relatório da Comissão criada para a análise da estruturação da carreira TSS/TDT não vinculava o MS, carecendo de uma análise e ponderação acrescida. Manifestou igualmente a intenção de anexar outras profissões, não especificadas nesta reunião, mas já mencionadas no relatório da comissão, podologia e reabilitação psico-motora.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GABINETE DA MINISTRA DA SAÚDE

C/C Secretário de Estado da Administração Pública
Secretário de Estado Adjunto e da Saúde

Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses
Apartado 146 EC - Rebelva
2776-902 Carcavelos

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência
Processo - 00108/2008

**Ofício enviado
pelo MS
a 26/3/2010**

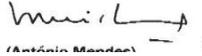
ASSUNTO: Processo de revisão das carreiras de Técnico Superior de Saúde e de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Na sequência da reunião realizada no passado dia 22 de Fevereiro, relativa ao processo de revisão das Carreiras de Técnico Superior de Saúde e de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, encarregá-me Sua Exa. a Ministra da Saúde de remeter documento que pretende apresentar, para discussão, as propostas do Ministério da Saúde.

No sentido de discutir estas propostas e de fazer uma primeira audição relativamente às mesmas, o Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde iniciará, a partir do dia 13 de Abril, reuniões com as Comissões Negociadoras Sindicais, entretanto constituídas, bem como com as restantes estruturas sindicais.

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe do Gabinete



(António Mendes)

26/03 2010 18:40 0213305175

GAB APOIO MIN SAUDE

#3232 P.002/004



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Ministra da Saúde

PROCESSO DE REVISÃO DAS CARREIRAS DE TÉCNICO SUPERIOR DE SAÚDE E DE TÉCNICO DE
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Propostas do Ministério da Saúde

1. Na sequência da aprovação da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, tornou-se necessário proceder à revisão das carreiras especiais de trabalhadores em funções públicas. Com esse propósito, o Ministério da Saúde deu início, ainda na anterior legislatura, ao processo de revisão das carreiras especiais de técnico superior de saúde e de técnico de diagnóstico e terapêutica.

2. No dia 22 de Fevereiro de 2010, realizou-se uma primeira reunião com as diversas associações sindicais representativas do sector, para efeito de dar início ao processo negocial da revisão das referidas carreiras especiais.

No âmbito dessa reunião acordou-se o processo que deverá ser seguido no âmbito das negociações. Assim, até final de Abril de 2010, realizar-se-ão reuniões individualizadas com as diversas estruturas sindicais para discussão do modelo que deverá ser seguido na revisão das carreiras em causa. Na sequência das opiniões recolhidas nas referidas reuniões, proceder-se-á à apresentação das propostas do Governo, tendencialmente durante o mês de Maio de 2010 em reunião especialmente organizada para o efeito. Após essa reunião, iniciar-se-á nova ronda de audição das diversas associações sindicais representativas do sector, com o objectivo de discussão da proposta apresentada.

Foi igualmente acordado que seria enviado um documento, com a definição de uma posição inicial do Governo, sobre o qual incidiria a primeira fase de audição das associações sindicais, que é corporizado pelo presente documento.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Gabinete da Ministra da Saúde

3. Na sequência do trabalho desenvolvido na anterior legislatura, o Governo gostaria de submeter à apreciação das estruturas sindicais as seguintes propostas:

- a) A existência de três carreiras especiais neste âmbito: a de técnico superior de saúde, a de técnico de diagnóstico e terapêutica e a de farmacêutico.

Em função das exigências do conteúdo funcional específico da respectiva actividade, que gera deveres especiais que se impõem aos profissionais de saúde, as carreiras dos técnicos superiores de saúde, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica e de farmacêutico revestem especificidades que impõem a sua conversão em carreiras especiais, nos termos e para os efeitos da Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro.

Em traços largos, propõe-se a manutenção da actual divisão de carreiras, com a autonomização da carreira especial de farmacêutico. As profissões englobadas nas diversas carreiras devem ser igualmente alvo de regulação específica, podendo ser alvo de alterações face ao regime actual.

O seu regime obedecerá ao disposto na Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, designadamente no que respeita às regras de alteração de posicionamento remuneratório e de atribuição de prémios de desempenho, ao Regime do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, aprovado pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, e à diferenciação de desempenho. A revisão das carreiras deve assegurar assim a observância das regras relativas à organização das carreiras previstas na referida lei, bem como das regras relativas ao reposicionamento remuneratório, sem acréscimos. As perspectivas de evolução remuneratória das anteriores carreiras só podem ser elevadas de forma sustentável.

- b) A autonomização da carreira de farmacêutico tendo como conteúdo funcional o correspondente à vertente de farmácia hospitalar.

Nesse sentido, as vertentes relativas a laboratório e a genética seriam abrangidas pela carreira especial de técnico superior.

- c) O regime de integração na carreira de técnico superior de saúde e de farmacêutico dependente da aprovação em formação específica.

4. O Governo também gostaria de ouvir as associações sindicais relativamente à estrutura da carreira, sendo que, que nos termos da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, esta pode ser unicategorial ou pluricategorial, de acordo com o estabelecido no artigo 42.º.

Lisboa, 5 de Março de 2010



Ofício enviado pelo SFP antes da reunião de 13 de Abril

Rebelva, 7 de Abril de 2010

Assunto: Negociação das carreiras especiais, TSS/TDT. Agendamento de reunião com as estruturas sindicais a 13 de Abril.

Cumpra ao Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses acusar recepção de fax, com V^a ref^a 108/2008; bem como responder perante as propostas apresentadas que directamente visem o grupo profissional representado por esta estrutura sindical, os fisioterapeutas.

Antes do mais, tendo por base o seguinte enquadramento:

Em Portugal, o 1^o ciclo de estudos em fisioterapia enquadra-se no previsto n^o2 do artigo.8^o do Decreto-Lei n^o 74/2006, de 24 de Março, que prevê a existência no Ensino Superior Politécnico, de formações até 240 créditos para acesso ao exercício de determinada actividade profissional, quando haja uma prática consolidada em instituições de referência de ensino superior do espaço europeu.

Este facto foi reconhecido no relatório dos Professores Pedro Lourtie e M^a Luísa Rocha Pinto sobre “Adequação dos cursos de Tecnologias da Saúde”, de Maio de 2007, realizado a pedido do Ministério da Saúde, onde se poderá ainda verificar que num número crescente de países, a formação inicial para acesso ao exercício profissional é ao nível do 2^o ciclo (mestrado).

O modelo de resolução de problemas, ou do processo da Fisioterapia, pressupõe uma intervenção de natureza sistemática e baseada na melhor evidência científica disponível sobre o contributo próprio para a resolução desses problemas.

A Fisioterapia não pode ser vista como uma técnica, mas uma área do saber, operacionalizada pelo exercício de uma profissão, não se coadunando com uma visão reducionista do processo de aprendizagem centrado na aquisição técnica.

Com efeito, e como se reconhece, o fisioterapeuta é um profissional que contribui para a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida das populações, em múltiplos contextos.

Esta diversidade exige também uma educação que forme profissionais autónomos e reflexivos, com capacidade para, logo após a sua formação, serem capazes de compreender e analisar criticamente a complexidade do sistema de saúde no qual os serviços de fisioterapia são prestados.

A fisioterapia, distintamente da maioria das outras dezassete profissões, centra a sua intervenção e os seus objectivos nos planos da incapacidade, da inadaptação e da funcionalidade, em clara consonância com as mais recentes directivas da OMS.

A complexidade das tarefas, a responsabilidade que estas exigem, bem como a natureza das intervenções, é semelhante a outras profissões (ex. Enfermagem, Medicina dentária ou Farmácia), pois tratam-se de profissões que desenvolveram metodologias/abordagens próprias decorrentes do seu modelo de intervenção, que é original e não decalcado ou cientificamente subordinado a outras profissões.

Aliás, reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), com a publicação da Classificação Internacional das Profissões (ISCO 08), como profissão de saúde, a par de Médicos, Enfermeiros, Veterinários, Dentistas, Farmacêuticos, Dietistas, Nutricionistas, entre outros (*in* “Resolução da OIT, 6 de Dezembro de 2007”); A aquisição dos níveis de responsabilização e autonomia supra referidos, assim como a obrigatoriedade de frequência de um estágio profissional, só nos parecem possíveis se esta profissão for de facto integrada num contexto profissional com os mesmos níveis de autonomia, responsabilização e requisitos de ingresso, ou seja, autonomamente ou e sucedaneamente por integração na carreira dos TSS, dado o reconhecimento e elevação da qualidade da intervenção de profissionais que assumem já, a vários níveis, responsabilidades de 1.^o contacto com o utente.

Saliente-se que, em Portugal, não existe nenhuma estrutura reconhecida como idónea para garantir a realização de estágios tutelados, supervisionada fora do contexto pedagógico/escola.

Tal, parece igualmente, justificar a existência de uma associação profissional pública, com proposta de Ordem em Comissão de Trabalho na Assembleia da República desde 15/1/2010, Petição N^o40/XI/1^a, com percurso firmado no sentido da auto-regulação e da garantia do exercício profissional.

A construção do espaço europeu do ensino superior visa também o aumento da competitividade internacional desse espaço, ou seja, permitir que seja concorrencial com outros mercados de ensino, sendo referidos amiúde os mercados do Estados Unidos da América, do Canadá e da Austrália. No plano mundial, por exemplo nos EUA, Canadá, Nova Zelândia, e, mais perto de nós, na Bélgica, assiste-se a uma progressiva tendência para exigir o nível de mestrado como formação inicial para acesso ao exercício profissional.

A profissão de Fisioterapeuta existe em todos os Estados-membros da União Europeia, e, como se pode comprovar no site da União Europeia (http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/index_en.htm), trata-se de uma profissão autónoma e regulamentada, ao abrigo da Directiva 2005/36/EC de 7 de Setembro de 2005.



Já o Decreto-Lei n.º 320/99, de 11 de Agosto, refere concretamente que o exercício dos fisioterapeutas se desenvolve em "complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde, com igual dignidade e autonomia técnica de exercício profissional".

O elemento central da autonomia profissional reside na garantia de que os fisioterapeutas a nível individual, têm a liberdade de tomar as suas decisões profissionais, na promoção de saúde, na prevenção ou prestação de cuidados e tratamentos aos utentes/clientes, dentro dos limites do respectivo conhecimento e competência. (Declaração de princípio da WCPT- 1995).

Também, na sua obra "Retrato Político da Saúde", em 2004, Jorge Simões referindo-se à emergência de novos poderes nos profissionais de saúde, diz "O outro poder emergente, embora numa fase mais atrasada de afirmação, mas não mais lenta, é o das tecnologias da saúde, ou dos técnicos paramédicos.

Estes profissionais têm, por um lado, a situação peculiar de se constituírem em dezoito diferentes profissões, com distintos graus de autonomia e de poder, sendo a fisioterapia a profissão que mais visivelmente se distancia das outras profissões paramédicas, com um processo de afirmação próprio. Por outro lado, a formação destes técnicos confere também o grau de licenciatura ainda que com um formato diferente da dos enfermeiros" (pag. 166). Simões, Jorge, 2004, "Retrato Político da Saúde", Almedina, Coimbra.

Quanto a esta individualidade reconhece-se a determinação da classificação internacional das profissões, conforme sítios públicos da sua referenciação e publicitação.

Os critérios utilizados na distinção dos grupos na ISCO-08, supra referido, dizem respeito aos níveis de competência e de especialização. Sendo recomendação da OIT, que a recolha e processamento estatístico classificado por ocupação, i.e., para utilização em áreas como a análise do mercado de trabalho, planeamento educacional, de recursos humanos, análise da saúde ocupacional e segurança no trabalho, estudos financeiros, etc, deverá ser realizada sob a sistematização da ISCO-08, de modo a facilitar a utilização internacional bem como a comparação da informação ocupacional.

ISCO-08

2 Profissionais

21 de engenharia e ciências

22 de saúde

23 de ensino

24 de gestão e administração

25 de tecnologias de informação e comunicação

26 do sector legal, social e cultural

22 Profissionais de Saúde

221 Médicos

222 Enfermeiros

223 de medicina tradicional e complementar

224 Paramédicos

225 Veterinários

226 Outros profissionais de saúde

226 Outros profissionais de saúde

2261 Dentistas

2262 Farmacêuticos

2263 Profissionais de saúde ambiental, ocupacional e sanitários/higiene

2264 Fisioterapeutas

2265 Dietistas e nutricionistas

2266 Audiologistas e Terapeutas da Fala

2267 Optometristas e ópticos oftalmológicos (ophthalmic opticians)

2269 Outros profissionais de saúde que não se encontrem classificados

Por outro lado, sempre se dirá que, tal como se propunha a autonomização da carreira dos farmacêuticos, que naturalmente se acompanha, não se percebe porque não se sufraga, com a mesma fundamentação e argumentação, pois são rigorosamente iguais, a autonomização da carreira dos fisioterapeutas. Tendo em consideração que:

O processo de auto-regulação da profissão está em curso;

A existência de um Código Deontológico próprio (emanado pela World Confederation of Physical Therapy e adoptado em Portugal pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas);

Apresentam na sua área profissional autonomia técnico-científica;

Exigência de formação contínua e desenvolvimento profissional;

Assim, devido à especificidade, diferenciação, responsabilização e autonomia, ao perfil de competências, ao modelo de desenvolvimento profissional, carreado por um processo de formação base de 240 ECTS, com mestrados e doutoramentos na área profissional, decorrentes da exigência do seu corpo de saberes, ao modelo do processo de resolução de problemas, e ao processo contínuo na relação com o utente, em toda a estrutura do SNS;



Carreira



O SFP não pode deixar de questionar a continuação da integração dos fisioterapeutas na carreira dos TDT, cujas razões foram já sobejamente explanadas e manifestadas em inúmeras intervenções prévias, considerando que essa manutenção seria um elemento assaz redutor, aliás ao arrepio do assente e reconhecido articulado europeu.

Portanto, a admissibilidade, caso não se crie uma carreira exclusiva para os fisioterapeutas, a par do que acontece com a enfermagem, médicos e farmacêuticos no futuro próximo, será a da integração na carreira dos TSS, com a realização de aprovação em formação específica profissional para ingresso na referida carreira. Expectantes da consideração dos seus legítimos interesses,

Reunião com o Sec. Estado Adjunto da Saúde

A 13 de Abril o SFP reuniu com Comissão liderada pelo Sr. Sec. de Estado da Saúde Dr. Manuel Pizarro, onde fomos informados que o MS ainda estaria a estudar o modelo de carreira. Manifestámos a nossa total discordância face a uma possível futura inclusão/manutenção no grupo dos TDT. Na medida em que nos foi apresentada, conforme puderam constatar pela missiva anteriormente enviada pelo MS, ao convocar esta reunião, a carreira da profissão de Farmácia provavelmente irá dispor de uma estrutura isolada, pelo que exigimos carreira autónoma, não nos vislumbrando razões que se nos possam advogar do contrário. Tal pretensão não foi encarada como possível pelo MS, visto fugir ao âmbito da reestruturação da AP segundo a Lei nº 12-A/2008.

O Sr. Sec. de Estado auscultou-nos relativamente à viabilidade de uma carreira única; foi manifestado que o SFP foi uma das primeiras estruturas sindicais a propor uma carreira única, dinâmica, baseada no reconhecimento de competências e habilitações, em sede de Reunião com a Comissão criada pela Sr.^a Ministra da Saúde para o estudo da reestruturação da carreira TSS/TDT. Tendo o mesmo sido descartado pela Comissão e respectiva assessoria jurídica presente, pois violava disposições da Lei nº 12^a/2008.

Considerámos assim, que dos 3 cenários possíveis a integração na carreira dos TSS minimiza os atentados às nossas legítimas pretensões.

Aguardamos a continuidade das negociações, pois a falta de celeridade no agendamento e concretização das mesmas tem sido uma evidente discriminação face a todas as outras carreiras especiais da Saúde...

No sentido do aumento das competências profissionais dos recém-licenciados, desempregados à procura de novo emprego ou de correspondente na respectiva área de qualificação, foi promulgada legislação no sentido da implementação de um programa de estágios profissionais, remunerados, que mencionamos de seguida.

Decreto-Lei n.º 18/2010 de 19 de Março

Artigo 2.º Âmbito

1 — O regime estabelecido no presente decreto-lei aplica-se aos serviços e organismos da administração central directa e indirecta do Estado, com exclusão das entidades públicas empresariais, designados, para efeitos do presente decreto-lei, por entidades promotoras.

2 — O presente regime é aplicável, através de diploma próprio, à administração autárquica, bem como, sem prejuízo da competência dos seus órgãos de governo próprio, às Regiões Autónomas.

Artigo 4.º Destinatários

1 — O Programa destina-se a jovens que preencham, cumulativamente, os seguintes requisitos:

- a) Sejam jovens à procura do primeiro emprego, desempregados à procura de novo emprego ou jovens à procura de emprego correspondente à sua área de formação e nível de qualificação;
- b) Tenham até 35 anos de idade, aferidos à data de início do estágio;
- c) Possuam uma qualificação de nível superior correspondendo, pelo menos, ao grau de licenciado.

2 — Para efeitos do presente decreto-lei, considera-se que preenche os requisitos da alínea a) do número anterior quem se encontre numa das seguintes situações:

- a) Nunca tenha tido registos de remunerações em regimes de protecção social de inscrição obrigatória;
- b) Não tenha exercido uma ou mais actividades profissionais por um período de tempo, seguido ou interpolado, superior a 12 meses;
- c) Se encontre a prestar trabalho em profissão não qualificada integrada no grande grupo 9 da Classificação Nacional de Profissões;
- d) Não tenha exercido actividade profissional correspondente à sua área de formação e nível de qualificação, por período superior a 36 meses, seguido ou interpolado.

Artigo 7.º Publicitação dos estágios

1 — O lançamento dos estágios é publicitado na bolsa de emprego público (BEP) e em, pelo menos, dois órgãos de comunicação social de expansão nacional, sendo ainda comunicado ao Instituto do Emprego e Formação Profissional, I. P. (IEFP).

Artigo 8.º Candidaturas

1 — As candidaturas à frequência dos estágios profissionais são apresentadas em página da Internet criada para o efeito, divulgada na BEP no momento da publicitação a que se refere o n.º 1 do artigo anterior, mediante preenchimento de formulário *online*, que inclui todos os elementos curriculares considerados necessários para efeitos de selecção.

2 — O candidato deve efectuar prova do cumprimento dos requisitos exigidos, nos termos a fixar pela portaria prevista no artigo 20.º

3 — Cada candidato pode frequentar apenas uma edição do Programa.

4 — Não podem apresentar candidatura os interessados que se encontrem a frequentar ou tenham frequentado programas de estágios profissionais financiados pelo Estado.

Portaria n.º 172-A/2010 de 22 de Março

Fixou número de vagas

Portaria n.º 172-B/2010 de 22 de Março

Regulamenta o novo Programa de Estágios Profissionais na Administração Central do Estado (PEPAC)

Portaria n.º 186-A/2010 de 1 de Abril

Altera o número de estagiários por entidade promotora no âmbito do Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento, alterando em conformidade o anexo da [Portaria n.º 172-A/2010](#), de 22 de Março, que fixa o número máximo de estagiários a seleccionar anualmente para o Programa de Estágios Profissionais na Administração Pública Central (PEPAC)

Decreto-Lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro

Os problemas de saúde mental, aliados a situações de demência que, em parte, resultam do aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, importam severas consequências para a vida das famílias. Por isso, a saúde mental constitui uma das prioridades das políticas sociais e de saúde do XVIII Governo Constitucional, cujo programa prevê a criação de novas respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em articulação com a segurança social, em função dos diferentes níveis de autonomia das pessoas com doença mental.

Artigo 1.º Objecto

1 — O presente decreto-lei cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, adiante designadas como pessoas com incapacidade psicossocial.

2 — O referido conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados específicas de saúde mental inclui unidades residenciais, unidades sócio -ocupacionais e equipas de apoio domiciliário e articula-se com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e com a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI).

Artigo 3.º Princípios orientadores

Os cuidados continuados integrados de saúde mental são desenvolvidos de acordo com os seguintes princípios:

- a) Consideração das necessidades globais, que permita o desenvolvimento das capacidades pessoais e a promoção da vida independente e de um papel activo na comunidade;
- b) Respeito pela privacidade, confidencialidade e autodeterminação através do reconhecimento das decisões informadas acerca da própria vida;
- c) Respeito pelos direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais, para o efectivo exercício da cidadania plena;
- d) Respeito pela igualdade e proibição de discriminação com base no género, origem étnica ou social, idade, religião, ideologia ou outro qualquer estatuto;
- e) Promoção de relações interpessoais significativas e das redes de suporte social informal;
- f) Envolvimento e participação dos familiares e de outros cuidadores;
- g) Integração das unidades em contextos comunitários inclusivos e não estigmatizantes;
- h) Localização preferencial das unidades no âmbito territorial dos SLSM, de forma a facilitar a articulação e a continuidade de cuidados;
- i) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos serviços.

Artigo 4.º Objectivos das unidades e equipas

Constituem objectivos das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental:

- a) A reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial;
- b) A manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial, com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação;
- c) A integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial;
- d) A promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições psiquiátricas do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais;
- e) A promoção e o reforço das capacidades das famílias e outros cuidadores das pessoas com incapacidade psicossocial, habilitando-as a lidar com as situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Artigo 8.º Tipologia das unidades e equipas

1 — A prestação de cuidados continuados integrados de saúde mental é assegurada por:

- a) Unidades residenciais;
- b) Unidades sócio-ocupacionais;
- c) Equipas de apoio domiciliário.

2 — Constituem unidades residenciais:

- a) Residências de treino de autonomia;
- b) Residências autónomas de saúde mental;
- c) Residências de apoio moderado;
- d) Residências de apoio máximo.

3 — As diferentes tipologias são adaptadas às características de grupos etários específicos, nomeadamente da infância e adolescência.

4 — As especificidades inerentes aos serviços prestados em cada tipologia, assim como os técnicos necessários, são fixadas na portaria prevista no artigo 6.º

Unidades residenciais

Artigo 9.º Caracterização

1 — As unidades residenciais têm obrigatoriamente direcção técnica, função desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

2 — As unidades residenciais apresentam diversos níveis de intensidade e periodicidade e asseguram, designadamente, os seguintes serviços, de acordo com os níveis de complexidade das diferentes tipologias:

- a) Acesso a cuidados médicos gerais e da especialidade de psiquiatria;
- b) Cuidados de enfermagem gerais e especializados em saúde mental e psiquiátrica;
- c) Acesso e prestação a dispositivos médicos e meios de diagnóstico e terapêutica;
- d) Apoio psicossocial, de reabilitação e de integração na comunidade;
- e) Apoio a familiares e outros cuidadores;
- f) Actividades de vida diária e de lazer;
- g) Apoio de pessoal auxiliar;
- h) Transporte de doentes residentes para exames, consultas e tratamentos.

Artigo 10.º Residência de treino de autonomia

1 — A residência de treino de autonomia é uma unidade residencial, localizada preferencialmente na comunidade, destinada a desenvolver programas de reabilitação psicossocial para pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, estabilizadas clinicamente e que conservam alguma funcionalidade.

2 — A residência de treino de autonomia tem por finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial, preparando-as para o regresso ao domicílio ou, em caso de ausência de suporte familiar ou social adequado, para a admissão em outras unidades e equipas.

3 — A residência de treino de autonomia pode abranger as situações de continuidade de cuidados subjacentes ao processo de tratamento, designadamente da fase de consolidação da estabilização clínica e início do processo de reabilitação psicossocial, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação clínica.

4 — A permanência na residência de treino de autonomia tem uma duração máxima de 12 meses consecutivos.

5 — A capacidade das residências de treino de autonomia é de 6 a 12 lugares, com estrutura modular até 6 pessoas em capacidade máxima.

Artigo 11.º Residência autónoma de saúde mental

1 — A residência autónoma de saúde mental é uma estrutura residencial, localizada na comunidade e destinada a pessoas com um reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, sem suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência autónoma de saúde mental tem por finalidade proporcionar suporte residencial que permita a integração em actividades de socialização e de formação profissional ou emprego, promovendo melhor qualidade de vida e maior participação social.

3 — A capacidade máxima das residências autónomas é de sete lugares.

Artigo 12.º Residência de apoio moderado

1 — A residência de apoio moderado é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas com moderado grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência de apoio moderado tem por finalidade proporcionar cuidados que permitam a manutenção e o desenvolvimento da funcionalidade existente, proporcionando melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional.

3 — A residência de apoio moderado destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias por ano.

4 — A capacidade das residências de apoio moderado é de 12 a 16 lugares com estrutura modular de 6 a 8 pessoas.

Artigo 13.º Residência de apoio máximo

1 — A residência de apoio máximo é uma estrutura residencial, localizada na comunidade, destinada a pessoas clinicamente estabilizadas com elevado grau de incapacidade psicossocial, impossibilitadas de serem tratadas no domicílio por ausência de suporte familiar ou social adequado.

2 — A residência de apoio máximo tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.

3 — A residência de apoio máximo destina-se a pessoas com necessidade de apoio por um período imprevisível de tempo e em situações pontuais para descanso do principal cuidador até 30 dias por ano.

4 — A capacidade das residências de apoio máximo é de 18 a 32 lugares, com estrutura modular de 6 a 8 pessoas.

SECÇÃO II

Unidades sócio-ocupacionais

Artigo 14.º Caracterização

1 — A unidade sócio-ocupacional localiza-se na comunidade, em espaço físico próprio, sendo destinada a pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, clinicamente estabilizadas, mas com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social.

2 — A unidade sócio-ocupacional tem por finalidade a promoção de autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional.

3 — A unidade sócio-ocupacional funciona, no mínimo, oito horas por dia, nos dias úteis.

4 — A capacidade da unidade sócio-ocupacional é de 30 lugares diários.

5 — As unidades sócio-ocupacionais têm uma direcção técnica, cuja função é desempenhada por técnico da área de saúde mental ou área social.

Artigo 15.º

Serviços

A unidade sócio-ocupacional assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Apoio e reabilitação psicossocial e nas actividades de vida diária;
- b) Apoio sócio-ocupacional, incluído convívio e lazer;
- c) Supervisão na gestão da medicação;
- d) Reintegração familiar;
- e) Apoio de grupos de auto-ajuda;
- f) Apoio e encaminhamento para serviços de formação e de integração profissional;
- g) Promoção de actividades sócio-culturais e desportivas em articulação com as autarquias, associações culturais, desportivas e recreativas ou outras estruturas da comunidade.

SECÇÃO III

Equipas de apoio domiciliário

Artigo 16.º

Caracterização

1 — A equipa de apoio domiciliário em cuidados continuados integrados de saúde mental desenvolve as actividades necessárias de forma a:

- a) Maximizar a autonomia da pessoa com incapacidade psicossocial;
- b) Reforçar a sua rede de suporte social através da promoção de relações interpessoais significativas;
- c) Melhorar a sua integração social e o acesso aos recursos comunitários;
- d) Prevenir internamentos hospitalares e admissões em unidades residenciais;
- e) Sinalizar e encaminhar situações de descompensação para os SLSM;
- f) Apoiar a participação das famílias e outros cuidadores na prestação de cuidados no domicílio.

2 — As equipas de apoio domiciliário podem estar vinculadas e ser coordenadas tecnicamente por uma unidade residencial, uma unidade sócio-ocupacional, um agrupamento de centros de saúde (ACES) ou um SLSM.

Artigo 17.º

Serviços

A equipa de apoio domiciliário assegura, designadamente, os seguintes serviços:

- a) Acesso a apoio multiprofissional de saúde mental;
- b) Envolvimento dos familiares e outros cuidadores, quando necessário;
- c) Promoção da autonomia, através do apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários;
- d) Supervisão na gestão da medicação;
- e) Promoção do acesso a actividades ocupacionais, de convívio ou de lazer.

Recursos humanos

Artigo 27.º

Recursos humanos

1 — A política de recursos humanos para as unidades e equipas rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua, definida na portaria prevista no artigo 6.º

2 — A prestação de cuidados nas unidades e equipas é garantida por equipas multidisciplinares, podendo contar com a colaboração de voluntários devidamente seleccionados, formados e enquadrados como prestadores de cuidados informais.

DISPOMOS DE UM NOVO SITE!
MAIS FUNCIONAL! VISITE-O!!!

WWW.SFP.PT

DÊ-NOS SUGESTÕES!
PARTILHE FOTOGRAFIAS
TEMÁTICAS!

Informamos os sócios do SFP, que
procedemos à alteração da equipa
de apoio informático.

PREENCHA O
QUESTIONÁRIO ON-LINE
E DIVULGUE-O.





Doenças crónicas na Europa / Observatório Europeu

Este livro tem como objectivo explicitar as estratégias e intervenções à disposição dos decisores políticos para combater as doenças crónicas.

O livro encontra-se dividido em três secções: fazendo a 1ª uma contextualização, definindo os contornos da carga da doença crónica para pacientes, grupos e sociedades na Europa, estado actual e preditivo, bem como as consequências económicas. O segundo foca a epidemiologia da doença crónica e factores de risco relacionados na Europa, demonstrando que as doenças crónicas já não se encontram confinadas aos mais idosos e financeiramente mais protegidos, prevenção e detecção precoce, estratégias a desenvolver face à doença crónica, relação custo-eficácia e qualificações dos prestadores. O terceiro capítulo releva os novos dispositivos farmacêuticos e médicos, o incentivo financeiro, melhoria de coordenação, utilização das tecnologias de informação e comunicação, bem como a necessidade de cultura de avaliação.

Disponível em <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/tackling-chronic-disease-in-europe.-strategies,-interventions-and-challenges>



SFP presente em ...

A terapeuta Manuela Lopes esteve presente, em representação do SFP, no 1º Congresso Anual de Saúde da Universidade de Aveiro, no dia 10 de Abril, a convite da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA).

O terapeuta Nuno Lourenço participou no Seminário de Fisioterapia no âmbito da Electroterapia, realizadas na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, de Castelo Branco, nos dias 15 e 16 de Maio de 2010.

Durante o mês de Dezembro de 2009, a convite da terapeuta Gabriela Colaço, o SFP (Cristina Freire e João Paulo Pequeto) participou numa aula do 4º ano do curso de Fisioterapia do Instituto Politécnico de Setúbal, onde os alunos levantaram várias questões laborais, muito actuais e pertinentes e que motivaram uma reflexão séria e empenhada de todos os participantes.



Fisioterapeuta Ana Calcado

Formada na década de 70 pela Escola de Reabilitação do Alcoitão iniciou o seu exercício profissional no Porto, regressando posteriormente a Lisboa onde passou por várias instituições destacando-se o CMR Alcoitão e o Hospital da CUF. Em 1982 iniciou funções no Serviço de MFR do Hospital de Santa Maria, no ainda conhecido serviço dos “Agentes Físicos”. Em 2001 assumiu a coordenação do serviço, função que desempenhou até ao dia da sua reforma a 31 de Junho de 2008.

Enquanto Fisioterapeuta defendeu sempre aquilo em que acreditou de forma veemente e peremptória, não abdicando da responsabilidade de verbalizar as suas opiniões. Enquanto líder foi um elemento aglutinador, tentando manter presente um forte sentido de grupo. A sua assertividade poderá ter susceptibilizado alguns pares em determinados momentos da sua carreira profissional. Certamente será o preço a pagar por quem assumiu compromissos que poderiam ter sido de todos nós.

Muito obrigado Fisioterapeuta Ana por ter lutado para levar a Fisioterapia ao lugar onde ela merece!

Os colegas do HSM



Agradecimentos

SFP

À Fisioterapeuta Maria da Conceição Bettencourt, pelo apoio dado durante a negociação da carreira.

A todos os colegas que estão agilizar a petição pública no sentido de se viabilizar o processo da nossa Ordem profissional.

Aos alunos de Fisioterapia da Universidade Atlântica pela cedência da fotografia exposta no nosso site.

O Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP) é o único parceiro social que defende única e exclusivamente os Fisioterapeutas, o único órgão possível de negociação das questões importantes da Fisioterapia com o Governo. É esta a função de parceria social de todos os Sindicatos.

O SFP providencia também aos seus associados apoio jurídico através do seu assessor jurídico. Portanto, esta diferença de acção não significa que APF e SFP não estejam unidos, a verdade é que a lei não permite à APF, como Associação de Profissionais diferenciados, negociar com o Estado aquilo que a nosso favor se pretende alterar na legislação.

Estas duas instituições cruzam-se no ponto em que pretendem “a melhor Fisioterapia em Portugal” com os direitos e deveres que assistem a todos os Fisioterapeutas como profissionais licenciados e com autonomia de intervenção. Trabalhamos em campos diferentes mas com um mesmo objectivo final. A APF oferece o seu parecer relativamente aos diversos assuntos, que é considerado no momento em que somente o SFP “se senta na mesa de negociações com o Governo”. E é precisamente neste momento que o SFP tem que ser representativo, tem que ser a VOZ de muitos Fisioterapeutas, para o que é fundamental a **Sindicalização** destes mesmos independentemente do facto de pertencerem ou não à APF.

Associar-se não se traduz simplesmente nas vantagens que a direcção oferece, mas sobretudo contribuir para uma maior representatividade da nossa profissão, através de um sindicato que é o nosso **ÚNICO PARCEIRO SOCIAL**.

Estatuto do trabalhador estudante

Têm sido amiúdes as dúvidas que nos vão chegando relativamente à questão enquadradora do estatuto do trabalhador estudante, nomeadamente pelo facto de hoje, independentemente da relação jurídica contratual subjacente, o seu regime ser o mesmo, nos termos do Código do Trabalho, aprovado pela Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro.

Assim, e tendo em vista, sinteticamente, expor o respectivo enquadramento:

- Considera-se trabalhador-estudante, o trabalhador que frequenta qualquer nível de educação escolar, bem como curso de pós-graduação, mestrado ou doutoramento em instituição de ensino, ou ainda curso de formação profissional ou programa de ocupação temporária de jovens com duração igual ou superior a seis meses (de acordo com o nº 1 do Artigo 89.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante deve comprovar perante o empregador a sua condição de estudante apresentando o comprovativo de matrícula e o horário das actividades educativas a frequentar (de acordo com o nº 1 do Artigo 94.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- A manutenção do estatuto de trabalhador-estudante depende de aproveitamento escolar no ano lectivo anterior (de acordo com o nº 2 do Artigo 89.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Considera-se aproveitamento escolar a transição de ano ou a aprovação ou a progressão em, pelo menos, metade das unidades curriculares em que o trabalhador-estudante esteja matriculado, a aprovação ou validação de metade dos módulos ou unidades equivalentes de cada unidade curricular, definidos pela instituição de ensino ou entidade formadora para o ano lectivo ou para o período anual de frequência, no caso de percursos educativos organizados em regime modular ou equivalente que não definam condições de transição de ano ou progressão em disciplinas (de acordo com o nº 3 do Artigo 94.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Como excepção, considera-se ainda que tem aproveitamento escolar o trabalhador que não satisfaça o disposto anteriormente devido a acidente de trabalho ou doença profissional, doença prolongada, licença em situação de risco clínico durante a gravidez, ou por ter gozado licença parental inicial, licença por adopção ou licença parental complementar por período não inferior a um mês (de acordo com o nº 4 do Artigo 94.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O horário de trabalho de trabalhador-estudante deve, sempre que possível, ser ajustado de modo a permitir a frequência das aulas e a deslocação para o estabelecimento de ensino. Quando tal não seja possível o trabalhador-estudante tem direito a dispensa de trabalho para frequência de aulas, se assim exigir o horário escolar, sem perda de direitos e que conta como prestação efectiva de trabalho (de acordo com os nºs 1 e 2 do Artigo 90.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante deve escolher, entre as possibilidades existentes, o horário mais compatível com o horário de trabalho, sob pena de não beneficiar dos inerentes direitos (de acordo com o nº 2 do Artigo 94.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- A dispensa de trabalho para frequência de aulas pode ser utilizada de uma só vez ou fraccionadamente, à escolha do trabalhador-estudante, e tem a seguinte duração máxima, dependendo do período normal de trabalho semanal: 3 horas semanais para período igual ou superior a 20 horas e inferior a 30 horas; 4 horas semanais para período igual ou superior a 30 horas e inferior a 34 horas; 5 horas semanais para período igual ou superior a 34 horas e inferior a 38 horas e 6 horas semanais para período igual ou superior a 38 horas (de acordo com o nº 3 do Artigo 90.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro). O direito a horário de trabalho ajustado ou a dispensa de trabalho para frequência de aulas, a marcação do período de férias de acordo com as necessidades escolares ou a licença sem retribuição cessa quando o trabalhador-estudante não tenha aproveitamento no ano em que beneficie desse direito (de acordo com o nº 1 do Artigo 95.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro). Os restantes direitos cessam quando o trabalhador-estudante não tenha aproveitamento em dois anos consecutivos ou três interpolados (de acordo com o nº 2 do Artigo 95.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

Estatuto do trabalhador estudante

Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro). Os restantes direitos cessam quando o trabalhador-estudante não tenha aproveitamento em dois anos consecutivos ou três interpolados (de acordo com o nº 2 do Artigo 95.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante cujo período de trabalho seja impossível ajustar, de acordo com o descrito anteriormente, ao regime de turnos a que está afecto tem preferência na ocupação de posto de trabalho compatível com a sua qualificação profissional e com a frequência de aulas (de acordo com o nº 4 do Artigo 90.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Caso o horário de trabalho ajustado ou a dispensa de trabalho para frequência de aulas comprometa manifestamente o funcionamento da empresa, nomeadamente por causa do número de trabalhadores-estudantes existente, o empregador promove um acordo com o trabalhador interessado e a comissão de trabalhadores ou, na sua falta, a comissão intersindical, comissões sindicais ou delegados sindicais, sobre a medida em que o interesse daquele pode ser satisfeito ou, na falta de acordo, decide fundamentadamente, informando o trabalhador por escrito (de acordo com o nº 5 do Artigo 90.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante não é obrigado a prestar trabalho suplementar, excepto por motivo de força maior, nem trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado quando o mesmo coincida com o horário escolar ou com prova de avaliação. Contudo, ao trabalhador-estudante que preste trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado é assegurado um dia por mês de dispensa, sem perda de direitos, contando como prestação efectiva de trabalho (de acordo com os nºs 6 e 7 do Artigo 90.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante pode faltar justificadamente por motivo de prestação de prova de avaliação, nos seguintes termos: no dia da prova e no imediatamente anterior; no caso de provas em dias consecutivos ou de mais de uma prova no mesmo dia, os dias imediatamente anteriores são tantos quantas as provas a prestar; os dias imediatamente anteriores referidos nas alíneas anteriores incluem dias de descanso semanal e feriados. As faltas dadas ao abrigo das disposições anteriores não podem exceder quatro dias por unidade curricular em cada ano lectivo (de acordo com o nº 1 do Artigo 91.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Os direitos previstos para a realização de provas de avaliação só podem ser exercidos em dois anos lectivos relativamente a cada unidade curricular (de acordo com o ponto 2 do Artigo 91.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Considera-se prova de avaliação o exame ou outra prova, escrita ou oral, ou a apresentação de trabalho, quando este o substitua ou complemente e desde que determine directa ou indirectamente o aproveitamento escolar (de acordo com o nº 4 do Artigo 91.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O direito a horário de trabalho ajustado ou a dispensa de trabalho para frequência de aulas, a marcação do período de férias de acordo com as necessidades escolares ou a licença sem retribuição cessa quando o trabalhador-estudante não tenha aproveitamento no ano em que beneficie desse direito. Os restantes direitos cessam quando o trabalhador-estudante não tenha aproveitamento em dois anos consecutivos ou três interpolados. Os direitos do trabalhador-estudante cessam imediatamente em caso de falsas declarações relativamente aos factos de que depende a concessão do estatuto ou a factos constitutivos de direitos, bem como quando estes sejam utilizados para outros fins. O trabalhador-estudante pode exercer de novo os direitos no ano lectivo subsequente àquele em que os mesmos cessaram, não podendo esta situação ocorrer mais de duas vezes (de acordo com o Artigo 95.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- O trabalhador-estudante deve comprovar perante o empregador o respectivo aproveitamento, no final de cada ano lectivo (referido no nº 1 do Artigo 96.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

- Quanto ao prazo para solicitação de uma licença sem retribuição, o mesmo é de quarenta e oito horas ou, sendo inviável, logo que possível, no caso de um dia de licença; 8 dias, no caso de 2 a 5 dias de licença e 15 dias, no caso de mais de 5 dias de licença (referido no nº 1 do Artigo 96.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de Fevereiro).

No que respeita à concessão de licenças sem remuneração para efeitos de frequência de acções de formação, se o âmbito for de relação jurídica de emprego público, deve aplicar-se o nº 2 do artigo 234º do Regime, anexo I ao RCTFP, aprovado pela Lei nº 59/2008, de 11 de Setembro.

Resumo de Contas do Exercício de 2009

Custos	48.439,91€
Fornecimentos e serviços externos	26.715,30 €
Impostos	13,76 €
Custos com o pessoal	20.897,93 €
Amortizações e Ajust. do exercício	298,15 €
Custos e perdas financeiras	352,42 €
Custos e perdas extraordinárias	162,35 €
Quotas (Prestação de serviços)	34.764,10 €
Resultado Líquido	- 13.675,81 €

Os custos sofreram um aumento em relação ao ano anterior, em virtude de um maior investimento no apoio jurídico. As quotas não sofreram variação digna de registo.

Última Legislação

[Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2010. D.R. n.º 94, Série I de 2010-05-14](#)

Presidência do Conselho de Ministros

Prorroga por quatro anos o mandato da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), criada pela [Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006](#), de 18 de Dezembro, e atribui-lhe competências no âmbito das respostas de cuidados continuados integrados de saúde mental

[Lei n.º 3-B/2010. D.R. n.º 82, Suplemento, Série I de 2010-04-28](#)

Assembleia da República

Orçamento do Estado para 2010

[Lei n.º 3-A/2010. D.R. n.º 82, Suplemento, Série I de 2010-04-28](#)

Assembleia da República

Grandes Opções do Plano para 2010-2013

[Decreto-Lei n.º 40/2010. D.R. n.º 82, Série I de 2010-04-28](#)

Ministério da Saúde

Reorganiza as estruturas de coordenação do combate à droga e à toxicodependência, alargando as respectivas competências à definição e à execução de políticas relacionadas com o uso nocivo do álcool, e procede à primeira alteração ao [Decreto-Lei n.º 1/2003](#), de 6 de Janeiro

[Decreto-Lei n.º 38/2010. D.R. n.º 76, Série I de 2010-04-20](#)

Ministério da Saúde

Isenta do pagamento de taxas moderadoras os doentes transplantados de órgãos, os dadores vivos de órgãos e de células envolvidas em dádivas de medula óssea, os potenciais dadores de órgãos e das referidas células e os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação de serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente

[Resolução da Assembleia da República n.º 29/2010. D.R. n.º 70, Série I de 2010-04-12](#)

Assembleia da República

Programa de Estabilidade e Crescimento para 2010-2013

[Decreto-Lei n.º 21/2010. D.R. n.º 58, Série I de 2010-03-24](#)

Ministério da Saúde

Cria o Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos

[Portaria n.º 172-B/2010. D.R. n.º 56, Suplemento, Série I de 2010-03-22](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública, da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento e do Trabalho e da Solidariedade Social

Regulamenta o novo Programa de Estágios Profissionais na Administração Central do Estado (PEPAC)

[Portaria n.º 172-A/2010. D.R. n.º 56, Suplemento, Série I de 2010-03-22](#)

Ministério das Finanças e da Administração Pública

Fixa o número máximo de estagiários a seleccionar anualmente para o Programa de Estágios Profissionais na Administração Pública Central (PEPAC)

[Decreto-Lei n.º 19/2010. D.R. n.º 56, Série I de 2010-03-22](#)

Ministério da Saúde

Cria a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.

[Decreto-Lei n.º 18/2010. D.R. n.º 55, Série I de 2010-03-19](#)

Ministério das Finanças e da Administração Pública

Estabelece o regime do Programa de Estágios Profissionais na Administração Pública e revoga o [Decreto-Lei n.º 326/99](#), de 18 de Agosto

[Decreto-Lei n.º 8/2010. D.R. n.º 19, Série I de 2010-01-28](#)

Ministério da Saúde

Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência

[Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2010. D.R. n.º 13, Série I de 2010-01-20](#)

Presidência do Conselho de Ministros

Aprova a Iniciativa Emprego 2010, destinada a assegurar a manutenção do emprego, a incentivar a inserção de jovens no mercado de trabalho e a promover a criação de emprego e o combate ao desemprego

[Portaria n.º 1458/2009. D.R. n.º 252, Série I de 2009-12-31](#)

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e do Trabalho e da Solidariedade Social

Estabelece as normas de execução da actualização transitória das pensões e de outras prestações sociais atribuídas pelo sistema de segurança social e das pensões do regime de protecção social convergente para o ano de 2010 e revoga a [Portaria n.º 1514/2008](#), de 24 de Dezembro

[Resolução da Assembleia da República n.º 112/2009. D.R. n.º 244, Série I de 2009-12-18](#)

Assembleia da República

Prorrogação do prazo da entrada em vigor do Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social

[Decreto-Lei n.º 322/2009. D.R. n.º 240, Série I de 2009-12-14](#)

Ministério da Saúde

Revoga o artigo 148.º da [Lei n.º 53-A/2006](#), de 29 de Dezembro, e o artigo 160.º da [Lei n.º 64-A/2008](#), de 31 de Dezembro, eliminando as taxas moderadoras para acesso a internamento e acto cirúrgico realizado em ambulatório, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde

VOZES ...

ESPAÇO DE OPINIÃO

Participe. A sua opinião como membro associado é importante. Este é um espaço reservado ao seu comentário, opiniões, sugestão de temas que gostaria de ver abordados no boletim informativo do SFP, etc...Não esqueça o espaço/opinião existente no site www.sfp.pt, bem como o endereço de mail sfp@sfp.pt. O SFP vem assim, propor aos seus associados a participarem na construção de imagens alusivas á fisioterapia (digitalizadas), no sentido de se dinamizar e enriquecer graficamente o nosso site, onde serão identificados os autores.