



Exm^a Senhora

Alta Comissária para a Saúde

Na sequência da abertura à população de apresentação de sugestões para o Plano Nacional de Saúde (PNS), vem a Associação Profissional de Fisioterapeutas, representante dos Fisioterapeutas Portugueses, apresentar o seu contributo naquilo que se relaciona com a prestação de cuidados de Fisioterapia:

1. O primeiro aspecto que gostaríamos de mencionar é que a Fisioterapia é a terceira maior profissão prestadora de cuidados não só na Europa como também em Portugal. Existem no momento cerca de 6000 Fisioterapeutas no nosso País, grande parte com as suas licenciaturas realizadas em Escola Públicas e é esperável que sejam cerca de 10000 em 2015.

Por outro lado, a World Health Professions Alliance (WHPA) - organização internacional que representava organismos mundiais de quatro profissões de saúde, - enfermeiros, médicos, dentistas e farmacêuticos - integrou recentemente a fisioterapia através da sua representante mundial, a World Confederation of Physical Therapy (WCPT). A WHPA é, neste momento, a maior e mais poderosa organização mundial para os profissionais de saúde. Através das suas cinco organizações daqueles profissionais representa mais de 600 organizações nacionais filiadas, falando para 26 milhões de profissionais de saúde em mais de 130 países.

Esta aliança permite o trabalho em colaboração de profissionais de saúde de todo o mundo, estando a Fisioterapia ao nível das outras quatro grandes profissões de Saúde.

Porém, verificamos não existir ainda em Portugal, compreensão das potencialidades do contributo do fisioterapeuta junto das populações, nem o seu efectivo aproveitamento, tendo os fisioterapeutas portugueses um forte sentimento de que as reais mais-valias da profissão não são reconhecidas.

A fisioterapia é parte essencial dos sistemas de saúde. Os fisioterapeutas podem praticar independentemente de outros profissionais de saúde e também no contexto de programas e projectos interdisciplinares de habilitação/reabilitação, com o objectivo de restaurar a função e a qualidade de vida, em indivíduos com perdas ou alterações de movimento. Os fisioterapeutas guiam-se pelos seus próprios códigos e princípios de éticos.

Pensamos ser tempo de ver reflectido no PNS o contributo específico destes profissionais e deixarmos de encontrar em todos os documentos da saúde a menção exclusiva a médicos e enfermeiros, inclusivamente em áreas típicas da prestação daqueles profissionais



1.1. Nesse sentido deverão ser utilizados **os indicadores próprios dos recursos e da prestação em fisioterapia** criados pelos próprios profissionais

1.2. Existem já **normas de boas práticas** para os fisioterapeutas e para unidades de fisioterapia baseadas em normas internacionais emanadas pela World Confederation of Physical Therapy (WCPT) e adaptadas à realidade Portuguesa que deverão servir de base ao exercício da fisioterapia.

2. O Sistema de Saúde Português baseia-se em três níveis de Cuidados

- Cuidados de Saúde Primários (CSP), que devem ocorrer na comunidade e são o primeiro nível de contacto dos indivíduos e das famílias no sistema de saúde
- Cuidados Diferenciados que devem ser reservados para tratamento de situações agudas e severas
- Cuidados Continuados Integrados (CCI) - cuidados de natureza multidisciplinar e intersectorial com áreas específicas de articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e a rede social de apoio, com projectos definidos de intervenção e gestão integradas

2.1. Nesta perspectiva entendemos ser necessário clarificar o papel dos fisioterapeutas a estes três níveis:

2.1.1. Cuidados de Saúde Primários

Os fisioterapeutas enquanto profissionais de saúde actuam com os seguintes propósitos:

- **Promoção** da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral.
- **Prevenção** de diminuições, limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devidos a factores relacionados com saúde, sócio económicos ou de estilo de vida.
- **Intervenção**, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos, com alterações do comportamento dos movimentos resultando em diminuições, limitações funcionais e incapacidades.

A actividade do Fisioterapeuta nos vários contextos de actuação - na promoção da saúde, prevenção da doença e incapacidade, tratamento da doença, lesões ou disfunções e reabilitação - é uma realidade cujos benefícios sociais e económicos para os utentes e seus familiares são amplamente reconhecidos.

A intervenção do Fisioterapeuta deve ser dirigida tanto a **indivíduos** como, a **grupos (utentes, doentes famílias)** como a **comunidades**.

No campo da autonomia profissional a situação em Portugal encontra-se muito aquém dos padrões europeus, mais por razões sociológicas do que técnicas e em muitos casos por razões puramente administrativas e de natureza política.

Os fisioterapeutas detêm hoje formação superior ao nível de licenciatura podendo aceder a mestrados e doutoramentos na área da fisioterapia. Não se compreende a tentativa sistemática de coarctar a autonomia destes profissionais com evidente prejuízo para os clientes e custos para o sistema, raiando a violação das Directivas comunitárias sobre esta matéria.

Na presente intervenção legislativa sobressai a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Sendo que cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados, sendo que em várias equipas encontram-se os enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Apesar da legislação relativa aos fisioterapeutas ser clara, continua no nosso País a tentar-se fazer passar que esta prestação tem que ser mediatizada por médicos especialistas em Medicina Física e Reabilitação.

Tal situação tem trazido evidentes prejuízos e crassa violação do direito europeu:

A nível dos cuidados de saúde primários há locais onde ainda existe este conceito, que felizmente tende a desaparecer e que provoca desfasamento do que deve ser a realidade da prestação na comunidade e custos em consultas de médicos especialistas desnecessárias.

A confirmar a eficiência da fisioterapia e o seu contributo para a diminuição de custos em consultas de especialidade, Vital, Emanuel (2009) menciona estudos que comprovam essa eficiência enquanto prestação autónoma: Fricke¹ faz uma revisão de estudos que atestam as vantagens para os serviços de saúde quando investem nos serviços de fisioterapia. Num período de um ano, O’Cathain e col. verificaram em Inglaterra uma redução de 8% na referência para consulta de ortopedia e 17% de redução na referência para a consulta de reumatologia, quando se utilizaram os recursos de fisioterapia integrados na clínica geral e familiar².

¹ Fricke, M. *Physiotherapy and Primary Health Care: Evolving Opportunities*. Canadian Physiotherapy Association. 2005

² O’Cathain, A; Froggett, M; & Taylor, MP. *General practice based physiotherapy: Its use and effect on referrals to hospital orthopaedics and rheumatology outpatient departments*. The British Journal of General Practice, 1995. Vol 45 (396): 352-354

Hendriks e col. analisaram a utilização dos serviços de consulta de fisioterapia por um grupo de médicos dos CSP na Holanda. Os médicos consideraram-se satisfeitos com a consulta de fisioterapia e modificaram a sua orientação terapêutica em 50% dos casos referenciados. Foi registado um aumento de referenciação para a consulta de fisioterapia e simultaneamente uma redução de referenciação para as especialidades médicas³. Conforme referido naquele estudo as recomendações dos fisioterapeutas foram consideradas adequadas pelos médicos que as aceitaram e implementaram em 93% dos casos (310/332). Na perspectiva dos fisioterapeutas, em cerca de 30% dos casos (100/332) não havia indicação para intervenção de fisioterapia, e as intenções de referenciação para especialidade médica foram modificadas depois da consulta de fisioterapia em 46% dos casos (46/101).

Os resultados demonstraram que os médicos que participaram no estudo ficaram satisfeitos com a oportunidade de fazer referenciação para uma única consulta de fisioterapia e referiram que este recurso trouxe benefícios para a gestão dos seus casos. Tanto os médicos como os fisioterapeutas consideraram que o procedimento era fácil de incorporar na sua prática diária. Os autores concluíram que a utilização da consulta de fisioterapia pode reduzir referenciações desnecessárias para tratamentos de fisioterapia e para as especialidades médicas. Este estudo confirmou os achados de um trabalho publicado 7 anos antes que demonstrou que os médicos de CSP reduziram a referenciação para as especialidades médicas de 28% para 14% dos casos, depois de uma consulta de fisioterapia⁴.

Um investimento nos recursos de fisioterapia e uma boa gestão destes serviços poderia ser importante para providenciar melhores serviços clínicos e poupar em procedimentos mais onerosos. Transpondo para a nossa realidade, não será difícil determinar os recursos financeiros e humanos que poderiam ser melhor aproveitados com uma redução em consultas desnecessárias nesta área.

As equipas pluridisciplinares das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que responderão às necessidades da população na saúde infantil, na saúde materna, na saúde do idoso, na saúde ocupacional, na saúde escolar e, de um modo alargado, na saúde pública necessitam de integrar os fisioterapeutas em situação de igualdade e paridade com os outros profissionais prestadores e assim não dependentes de prescrições de especialistas em Medicina Física e Reabilitação (MFR) e numa perspectiva custo eficaz para os serviços.

Quando actualmente, em situação de crise, se defende um investimento estratégico na saúde são importantes medidas de eficiência de viabilidade financeira e de sustentabilidade para o futuro.

Para a obtenção de ganhos reais e efectivos deverá ser acautelado o recrutamento dos necessários recursos humanos. Os serviços integrados de CSP

³ Hendriks, EJM; Kerssens, JJ; Dekker, J; et al. *One-time physical therapist consultation in primary health care*. Phys Ther., 2003. Vol 83:918 –931



que responderão às necessidades da população na saúde infantil, na saúde materna, na saúde do idoso, na saúde ocupacional, na saúde escolar e, de um modo alargado, na saúde pública exigem mais do que os cerca de 5-8% de recursos humanos das “profissões emergentes” previstos actualmente nos ACES. Em alguns ACES, a URAP reúne menos de 5% do total dos recursos humanos. A existência de número tão reduzido destes profissionais representa um desperdício.

Numa economia de escala, para respeitar alguns dos princípios enformadores do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e para se obter ganhos efectivos de saúde e poupança de recursos financeiros, os recursos afectos àqueles serviços deverão crescer progressivamente para um nível próximo dos recursos humanos alocados aos serviços tradicionais de medicina e enfermagem. É neste quadro que o modelo **URAP** pode servir para o desenvolvimento dos ACES em eficiência e qualidade.

No quadro legislativo actual os Fisioterapeutas são os únicos profissionais de saúde habilitados a prestar cuidados de fisioterapia, podendo nessa qualidade ser considerados parceiros habilitados para o Estado e, assim pretendem ser tratados em pé de igualdade e de autonomia com os restantes membros daquelas equipas.

Tendo ainda em conta que “os instrumentos para a melhoria do desempenho devem contribuir para melhorar os resultados em saúde” torna-se necessário medir esses resultados e a centralização na medição de processos parece ser insuficiente.

Propõe-se, por isso, a inclusão de indicadores em resultados de fisioterapia que afirmam a alteração do estado de saúde, seja numa perspectiva de medição de indicadores clínicos relevantes, seja numa perspectiva de indicadores funcionais relevantes. Só assim se pode dar por bem empregue o investimento que o Estado, as empresas e os cidadãos fazem em saúde.

2.1.2. Cuidados Diferenciados

A nível dos cuidados diferenciados tem-se verificado a vários níveis a tentativa de fazer passar a ideia que a Fisioterapia é um sector da Medicina Física, procurando limitar a actuação dos profissionais que a prestam – os Fisioterapeutas – exclusivamente à área de actuação daquela especialidade médica.

Tal conceito, para além de ilegitimamente coarctar direitos de autonomia de exercício e de identidade profissional consignados na lei, bilateralmente, têm-se revelado totalmente inadequado não só a nível da prestação no sector privado mas também no contexto hospitalar onde o Fisioterapeuta intervém activamente, integrando equipas pluridisciplinares, contribuindo como uma mais-valia para o doente ao nível de cuidados específicos e diferenciados.

Além do seu contributo na prevenção, o fisioterapeuta actua junto do indivíduo, estabelecendo modelos próprios de intervenção fundamentados na avaliação do indivíduo como um todo, programando, executando e avaliando a sua intervenção.

Tais conceitos têm vindo a trazer problemas de vária ordem, a saber:



- Demora no atendimento pelo profissional prestador dos cuidados – o fisioterapeuta
- Custos mais elevados e muitas vezes duplicação de consultas (clínico geral/especialista e a seguir da MFR)
- Percursos de acesso mais demorados.
- Pouca adequação de prescrição às reais necessidades dos doentes,
- Prescrições estanques que não têm em conta a evolução do doente
- Tratamentos tipo para patologias semelhantes.

Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e com a clara definição do que são os cuidados diferenciados e dos seus objectivos não entendemos que continuem a crescer a este nível de cuidados, os serviços de Medicina Física e Reabilitação: baseados nos modelos de organização dos Centros de Reabilitação, com estruturas pesadas de recursos humanos e materiais.

Quando a demora media hospitalar tende a diminuir fortemente qual a intenção de modelos de intervenção em reabilitação a nível dos cuidados diferenciados/curativos? Com o crescimento da RNCCI e como modelo cada vez mais em utilização em muitos dos países europeus da Reabilitação baseada na Comunidade (RBC) (Community based Rehabilitation–CBR), como prosseguir com este modelo claramente dispendioso? O conceito de RCB compreende a descentralização de responsabilidade e de recursos, tanto humanos como financeiros ao nível das organizações da comunidade.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o regime jurídico da Gestão Hospitalar, determina que os hospitais constituem um sector estratégico da Rede de Prestação de Cuidados de Saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade, e pelo contributo relevante que tem dado à educação e investigação na saúde. O seu peso no Orçamento do Estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico, quer em recursos humanos, justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento.

Não obstante os progressos alcançados, a realidade tem revelado que os modelos de organização dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) se encontram desajustados às necessidades actuais das populações, aos novos padrões de doença e oportunidades terapêuticas, justificando as alterações legislativas em curso. Estas tem como principal objectivo, introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional, uma maior capacidade directiva aos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar, nomeadamente aos conselhos de administração e aos directores de departamento ou de serviço, bem como uma identificação clara das suas responsabilidades na cadeia hierárquica.

O novo modelo de organização exige de todos os profissionais habilitações para trabalho em equipas de saúde multiprofissionais, e aos respectivos gestores



capacidade de liderança e conhecimentos que lhes permitam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor.

A par de se reconhecer o contributo insubstituível dos profissionais de saúde, e de respeitar as suas competências ou interesses legítimos, este novo regime atribui-lhes maior autonomia e correspondente responsabilização na gestão clínica, bem como incentivos à produtividade e qualidade assistenciais.

O processo de empresarialização hospitalar que se insere numa política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde pressupõe a adopção por parte das novas unidades, de uma gestão inovadora com carácter empresarial orientada para a satisfação das necessidades do utente e terem a capacidade de ser geridas com maior agilidade e autonomia, disponibilizando um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, promovendo o desenvolvimento e o mérito dos respectivos profissionais.

O art. 19º na secção I do Cap. III do DL n.º 188/2003, de 20 de Agosto, define a estrutura dos serviços mencionando que o hospital se estrutura em departamentos, serviços e unidades funcionais, descrevendo estas como “agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos integradas em serviços ou departamentos ou partilhadas por departamentos e serviços distintos”. Parece-nos pois que tal descrição se adequa claramente ao tipo de prestação dos fisioterapeutas inseridos em unidades hospitalares e com o mesmo pressuposto dos serviços sociais, anestesia, dietética, farmacêuticos e outros.

Perante tudo o que foi anteriormente enunciado parece-nos ser claro que a fisioterapia apresenta todas as características para ser considerada uma **unidade funcional**. Os fisioterapeutas pertencem aos quadros dos Hospitais e não aos de qualquer serviço e deverão ser hierarquicamente dependentes de uma direcção da própria profissão, (estando esta naturalmente dependente do conselho de administração), prestando cuidados em todas as áreas da instituição.

Actualmente, decorre um período caracterizado pela mudança no sentido da uniformização e normalização da qualidade da prestação de serviços hospitalares constituindo uma oportunidade para desenvolver novas competências de gestão aumentando assim a eficiência das organizações de Saúde.

O actual contexto é caracterizado pelos seguintes factores:

- Ser possível, presentemente, o enquadramento legal da Fisioterapia como Unidade Funcional (ponto 3 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto);
- O crescimento verificado na procura de cuidados de Fisioterapia;
- Não existir em termos legais a obrigatoriedade dos fisioterapeutas terem, que exercer a sua profissão integrados num Serviço de Medicina Física e Reabilitação, nem tão pouco de trabalharem sob prescrição de médico fisiatra;



- A reabilitação estar claramente inserida a nível dos cuidados terciários e ao nível de Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Propomos pois, à semelhança do que existe em outros países (UK, Holanda, países nórdicos, etc.), a criação de unidades de fisioterapia em serviços hospitalares contrariando o modelo dos serviços de Medicina Física e Reabilitação, pelas razões já apontadas.

Mais uma vez e também a este nível propomos a criação de indicadores de recursos e de resultados apropriados a este tipo de prestação e propostos pelos reais prestadores deste cuidados: os Fisioterapeutas.

Nesta senda e sem prejuízo dos respectivos enquadramentos institucionais, e ainda por cima na conjuntura que se vive e para a qual se tende, **o regime de convenções** deixando de fora a fisioterapia é um descrédito para os impostos dos contribuintes, mas mais do que isso, para a solvência do sistema de Saúde, no que a acompanhamos em recentes declarações prestadas nos Açores.

2.1.3. Cuidados Continuados Integrados

A criação da RNCCI tem enfatizado uma realidade que progressivamente tem vindo a demonstrar-se, como sendo o reconhecimento interventivo de alguns profissionais de saúde, como é o caso dos fisioterapeutas, cujas principais linhas de intervenção encontram-se muito próximas da filosofia da RNCCI. São elas:

- Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral.
- Prevenção de diminuições, limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devidos a factores relacionados com saúde, sócio económicos ou de estilo de vida.
- Intervenção, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos, com alterações do comportamento dos movimentos resultando em diminuições, limitações funcionais e incapacidades.

A Fisioterapia é uma profissão autónoma e o seu exercício é caracterizado por um comportamento reflexivo, e um raciocínio clínico sistemático que contribuem para uma abordagem centrada no utente, apoiada por uma metodologia de resolução de problemas. Estas permitem a evolução e o desenvolvimento da própria intervenção uma vez que a evolução do utente acontece a cada instante e não permite que haja uma pré definição das atitudes do fisioterapeuta.

O objectivo da Fisioterapia em cuidados continuados é o de manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo ou minimizar a percentagem de deterioração, através de um plano de intervenção planeado com o utente. O modelo de avaliação e intervenção do Fisioterapeuta está fundamentado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a fim de se obterem resultados centrados nos doentes, que devem reflectir controlo dos sintomas,



capacidade de realizar actividades diárias, desempenho para o exercício e melhoria da qualidade de vida.

A Rede Nacional de cuidados continuados integrados pressupõe um contínuo de cuidados articulados estando descrita a tipologia dos serviços.

De acordo com a tipologia da rede a prestação de cuidados continuados de saúde é assegurada por:

- Unidades de Internamento: U. de convalescença, U. de média duração e reabilitação, U. de longa duração e manutenção e U. de cuidados paliativos;
- Unidades de ambulatório: U. de dia e de promoção da autonomia;
- Equipas hospitalares: Equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- Equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

O Fisioterapeuta em termos legislativos deve estar integrado em todas estas unidades ou equipas deixando a legislação a valor facultativo a sua presença nas Unidades de dia e de promoção da autonomia, Equipa de gestão de altas e Equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, o que desde logo nos levanta algumas reservas pois em todas estas nos parece indispensável a presença dos mesmos.

O Fisioterapeuta como membro de uma determinada equipa ou unidade é obrigado por lei a contribuir para a constituição de um processo individual do utente, do qual devem constar: o seu registo de admissão, informações de alta, diagnóstico das necessidades, plano individual de intervenção, registo de avaliação semanal e eventual aferição do plano individual de intervenção.

Existem pois alguns conceitos relacionados com o papel do Fisioterapeuta enquanto profissional de saúde especialista em matérias como a Função, Movimento, Autonomia funcional e que estão intimamente ligados aos objectivos expresso na criação da RNCCI.

A interacção destes factores faz parte integrante da intervenção da fisioterapia visando alcançar uma mútua compreensão entre o Fisioterapeuta, o utente/família e prestadores de cuidados de saúde. A interacção é pré requisito para uma alteração positiva na consciência corporal e no comportamento do movimento, levando à promoção da saúde e bem-estar e procurando a máxima independência motora e psicológica.

O movimento, controle postural e autonomia e independência funcional são conceitos que estão inter-relacionados. Mas o movimento depende de uma função íntegra e coordenada do corpo humano a diferentes níveis, dependendo das características do indivíduo, da tarefa e do contexto ambiental.

Procuramos através da nossa intervenção, apresentar uma forma de aumentar as possibilidades funcionais a partir de um espectro de experiências motoras e com base em aspectos fundamentais para o sucesso, nomeadamente valores e expectativas do doente, objectivos a curto, médio e longo prazo e de resultados, partilhando um sistema operacional com outros profissionais

Avaliar o contexto habitacional, criar uma série de sequências de movimento através de diferentes experiências para melhorar a qualidade e quantidade de movimentos realizados, de acordo com as capacidades e necessidades do doente. Encorajar a realização de actividade complexas e interactivas que necessitam de uma presença física mais evidente bem como a vontade de conseguir um resultado positivo. Estruturar hábitos de movimentos correctos, de atitudes e de formas de participação social, potenciando os efeitos do tratamento, através do aconselhamento e da educação e habilitar ou reabilitar num contexto funcional, obtendo resultados centrados nos doentes que devem reflectir controlo dos sintomas, capacidade de realizar actividades diárias, com performance para o movimento e melhoria da qualidade de vida.

Um levantamento que procurámos realizar não permitiu ainda concluir acerca do número efectivo de fisioterapeutas em cada tipologia das unidades da RNCCI. Existem ainda unidades sem uma resposta consistente em número de fisioterapeutas, verificando-se uma prestação muitas vezes a tempo parcial.

Em alguns casos continuamos a encontrar problemas de relacionados com a acessibilidade à fisioterapia, sendo vedada a possibilidade aos fisioterapeutas de iniciar intervenção sem prescrição médica de fisioterapia e casos de impedimento de acesso ao processo clínico dos doentes e a exames de diagnóstico, o que consideramos inaceitável, quer pelo direito à autonomia destes profissionais quer por razões já mencionadas anteriormente de custo e eficácia da prestação.

Mesmo nos E.U.A. o acesso directo aos cuidados de fisioterapia é um tema relativamente recente (1970) apesar de alguns estados já terem acesso directo há mais de 20 anos. Em 1990 já, 24 estados americanos permitiam que os doentes tivessem acesso directo à fisioterapia⁵.

O acesso directo trouxe naturalmente alguns problemas. De uma maneira geral a classe médica poderá não estar muito interessada pois como disse o fisioterapeuta Samuel Feitelberg, há um nivelamento no “campo de jogo” ao permitir que tanto os médicos como os fisioterapeutas sejam pares na referência mútua. Se por um lado este nivelamento pode ser percebido como benéfico para os fisioterapeutas, poderá não o ser para os médicos que têm tradicionalmente o papel dominante nos sistemas de saúde.

⁵ Domholdt Elizabeth; Clawson Ann L.; Flesh, Pauline; Taylor, Tamra K. Direct access to Physical Therapy Services: an Educational Module, Monografia 1990



Foi no entanto possível analisar nos EUA o impacto do acesso directo⁶. Foram realizados vários estudos sobre o efeito dos cuidados de 1º contacto realizados por fisioterapeutas. Uma das áreas de maior impacto, foram as relacionadas com os custos, conveniência do acesso directo e disponibilidades dos fisioterapeutas para a prestação directa de cuidados.

No que respeita a custos os autores afirmam que o acesso directo tem o potencial para diminuir custos através de visitas supérfluas ao médico; por outro lado tem também o potencial de os aumentar pela perda da função de barreira realizada pelo médico. O primeiro aspecto da equação sobre os custos foi o da referência. Os doentes gastam tempo e dinheiro em visitas ao médico cujo único produto (Outcome) é a referência para a fisioterapia.

Se o objectivo da visita ao médico é exclusivamente a obtenção dessa referência, então o custo da visita seria poupado no cenário do acesso directo quando o doente sabe que necessita de fisioterapia. Se a visita tem dois propósitos, o da referência e da obtenção de prescrição de medicação, então não haverá poupança uma vez que ambas as visitas serão necessárias. Não foi determinada a incidência relativa destes dois cenários, tornando difícil determinar a quantia exacta gasta nas visitas médicas quando o objectivo é exclusivamente a obtenção da referência para a fisioterapia.

O segundo componente do cenário do custo acesso directo é o caso em que o fisioterapeuta referencia o doente para o médico. Durchholz e Domholdt estimaram que os fisioterapeutas enviavam cerca de 40% dos doentes que tinham recebido por acesso directo para outro profissional de saúde. Assim, no presente estudo só 60% dos doentes tratados directamente pouparam o custo de visita a outro profissional de saúde. Perante este estudo e outros também ali referenciados foi encontrado que entre 8% e 40% dos doentes observados directamente são referidos para outros profissionais de saúde, significando que entre 60% e 92 % dos doentes observados directamente pelos fisioterapeutas poupam o custo de uma visita médica.

O terceiro componente mencionado na equação dos custos é o do episódio de tratamento em si. O custo do episódio de tratamento pode ser influenciado pelo tipo de cuidados prestados, o período de tempo em tratamento e o custo por unidade de tratamento. Overman et al compararam a quantidade de serviços usados nos doentes com dor lombar quando orientados pelos fisioterapeutas ou pelos médicos.

Qualquer destes profissionais eram prestadores de 1º contacto e tiveram a opção de referir os seus doentes para outros profissionais para avaliação posterior ou para continuação de tratamentos de fisioterapia. Médicos e fisioterapeutas pediram elementos complementares de diagnóstico, tais como RX e análises, com igual frequência. No entanto os doentes orientados pelos fisioterapeutas foram atendidos com mais frequência para fisioterapia do que os dos médicos (62% e 25% respectivamente). Tal facto sugere que os custos dos doentes orientados por

⁶ Impact on Direct access on Physical therapy care, in Domholdt Elizabeth and all; Direct access to Physical Therapy Services: an Educational Module, Monografia 1990



fisioterapeutas poderiam ser mais elevados dos que os dos médicos por causa do maior número de doentes enviados a realizar tratamentos de fisioterapia. No entanto, o estudo demonstra que o número de radiografias pedidas pelos fisioterapeutas era na ordem de metade do dos médicos e que os radiologistas que apoiaram o estudo confirmaram que os pedidos dos fisioterapeutas eram mais apropriados em relação á situação dos doentes do que os dos médicos indicando que os doentes orientados pelos fisioterapeutas eram mais custo efectivos que o que os orientados pelos médicos pois eram pedidos menos exames o os que eram pedidos eram mais apropriados.

O período de tempo em que decorre o tratamento também influencia o custo dos cuidados. No mesmo estudo os doentes seguidos por fisioterapeutas tinham um número inferior de visitas dos que os que os médicos enviavam para fisioterapia (2,7 para 7,7 visitas respectivamente). Um dos autores atribui essa discrepância à existência de prescrição específica dos médicos em contraste com a maior independência dos fisioterapeutas para decidirem da frequência das visitas.

Outra das preocupações com o acesso directo é a do custo por unidade de tratamento realizado. Os dados apresentados pela Medicare mostraram que os encargos da fisioterapia são menos dispendiosos quando são apresentados pelos fisioterapeutas do que quando são provenientes de médicos ortopedistas ou fisiatras.

Em resumo o estudo em questão revela que, o custo das visitas ao médico é poupado, na maioria dos doentes de acesso directo que não são referidos pelo fisioterapeuta para outro profissional de saúde; o custo dos doentes orientados pelos fisioterapeutas são mais baixos uma vez que são menos demorados, embora neste caso possa ser descompensado por haver maior proporção de doentes a receber fisioterapia; os custos podem ser mais baixos com o acesso directo uma vez que os fisioterapeutas pedem testes diagnósticos com menos frequência.

A conveniência para os clientes também foi considerada como um dos benefícios do acesso directo. Existem três aspectos desta conveniência:

- a. A conveniência de se ir a um único profissional de saúde. No presente estudo verificou-se tanto uma melhoria na conveniência para os clientes, como a diminuição dos custos. Os doentes foram observados mais rapidamente nas clínicas de fisioterapia, dos que nas de ortopedia ou outras, e no conjunto gastaram menos tempo, pois tiveram menos tempo de espera e menos profissionais a consultar. Existem grupos especiais de doentes, em que a conveniência pode ser um factor importante; são exemplo as condições crónicas ou recorrentes, em que os diagnósticos já estão estabelecidos e que precisam esporadicamente de cuidados de fisioterapia.
- b. Existe um “timing” para o tratamento em cada condição/situação. O acesso directo eliminando a necessidade de referência, proporciona uma abordagem atempada



c. Quando existem carências dos prestadores de primeiro contacto tradicionais é da maior conveniência para o consumidor, o aumento do número de prestadores que podem actuar directamente. Tendo sido reconhecida a má distribuição dos médicos em áreas rurais este aspecto não foi de menosprezar.

Neste estudo foi também considerada a qualidade dos cuidados prestados sob acesso directo pois muita gente manifestou preocupação sobre este aspecto. Muitas fontes de informação indicam que a qualidade dos cuidados não se perde em condições de acesso directo. Overman et al verificaram que os doentes orientados por fisioterapeutas tem episódios menos prolongados, melhores resultados em maior número de doentes e maior satisfação com o tratamento do que aqueles que eram orientados pelos médicos. Além disso, não foram encontrados resultados nefastos que pudessem ser atribuídos aos fisioterapeutas que actuaram como prestadores de 1º contacto.

Entende-se como necessário o redimensionamento dos recursos humanos em Fisioterapia bem como a criação de condições para que os doentes tenham um acesso rápido e eficaz aos cuidados de fisioterapia.

Face a alguns problemas que têm sido diagnosticados na referenciação dentro da Rede manifestamos a necessidade de os fisioterapeutas fazerem parte das equipas coordenadoras locais e/ou regionais para uma correcta identificação da dimensão das necessidades em fisioterapia, que permita o desenvolvimento de um plano de operacionalização da rede nessa matéria, a definição de metas de cobertura da população, a caracterização do papel dos profissionais envolvidos e na responsabilização das unidades de saúde pela qualidade dos cuidados prestados.

A realidade que apresentamos mostra escassez de recursos no que respeita ao modelo e objectivos defendidos pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados relativamente à reabilitação. No entanto, é também de salientar que a reforma dos Cuidados Continuados tem apenas 4 anos, sendo que a mudança tem sido sólida e progressiva.

Por outro lado, de há muito que Associação Portuguesa de Fisioterapeutas vem chamando a atenção dos serviços do Ministério da Saúde no sentido de preverem nomenclaturas específicas de fisioterapia, quando ao invés se reitera a incorrecção e, até hoje já ilegalidade, de as subsumir no âmbito da Medicina Física e de Reabilitação.

A Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro, que aprovou o Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde, mantém, porém, tal sistematização.

Da respectiva tabela de medicina física e de reabilitação constam várias nomenclaturas, que não sendo efectivamente da especialidade médica em causa, são próprias de uma profissão autónoma, constante da carreira dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, aprovada pelo Decreto-Lei nº564/99, de 21 de Dezembro.

Com efeito, não só se trata de uma profissão autónoma, como o seu desenvolvimento institucional não depende do serviço de acção médica referido de medicina física e de reabilitação.

De há muito que a própria interpretação legal é a de que o seu desenvolvimento é independente daquele serviço de acção médica, o que associado ao perfil profissional constante do artigo 2º do citado Decreto-Lei, determina grave violação destes preceitos legais a circunstância de tais nomenclaturas virem inseridas em departamentalização incorrecta.

Situação que, já não bastando, é enquadradora do regime das convenções em curso.

Nestes termos, emerge a criação de nomenclaturas autónomas e próprias desta profissão.

2.1.4. Equipas de Gestão de Altas

As novas estratégias de resposta às necessidades dos cidadãos em situação de dependência, que levaram à criação da RNCCI, prevêem a capacidade de identificação dos utentes alvo a partir da triagem efectuada por equipas multidisciplinares de gestão de altas situadas em hospitais de agudos. O parâmetro mais significativo para a determinação do encaminhamento do utente para estas redes assistenciais é portanto o seu grau de funcionalidade à data da cessação da prestação de cuidados. Está prevista até a inclusão neste grupo preferencial de utentes daqueles que justifiquem esse encaminhamento por carecerem simplesmente de uma avaliação mais precisa do impacto dos seus défices e limitações funcionais na sua qualidade de vida ou em termos do potencial risco de incapacidade e dependência (Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social 2006).

Em qualquer circunstância, é inegável o contributo do fisioterapeuta para a identificação das necessidades dos utentes, privilegiado pelo seu domínio dos aspectos relacionados com o movimento, a funcionalidade e a autonomia, no que constituem o cerne das suas estratégias de avaliação e intervenção, no âmbito do Processo de Fisioterapia, na definição do seu diagnóstico específico e na natureza do próprio conceito operacional de Fisioterapia (Coffin-Zadai 2007; Finger et al 2006; Higgs, Refshauge, Ellis 2001; Jette 2006; Jones, Edwards, Gifford 2002), suportado pelo actual enquadramento legal e jurídico, que reforça o papel do fisioterapeuta na promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação (APF 2007a).

A ausência de uma referência explícita ao fisioterapeuta no Manual de Planeamento e Gestão de Altas da RNCCI e nas directrizes sobre o conteúdo mínimo do processo individual dos utentes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados 2006a, 2006b) não deve fragilizar a sua participação na noção de multidisciplinaridade que o diploma advoga. Pelo contrário, a presença empenhada na determinação de critérios de alta e da necessidade de assistência pela Rede deve assentar na forma como demonstra a sua capacidade de avaliação



da condição de saúde do utente e da influência dos diferentes factores na sua funcionalidade, desde logo nos registos que efectua no processo clínico, expondo a toda a equipa constantemente aquilo que constitui o centro das suas atenções ao longo de todo um episódio de cuidados e em particular no planeamento da alta dos utentes.

Estas preocupações e a necessidade de demarcar a importância da inclusão do contributo do fisioterapeuta tornam os registos clínicos e a comunicação daí resultante os factores decisivos para a visibilidade e protagonismo da Fisioterapia e para a qualidade e sucesso dos próprios sistemas de saúde (Atwal, Caldwell 2002; Sulch et al 2002).

Nesse sentido, há que promover uma maior dinamização entre os fisioterapeutas na efectivação de registos de qualidade, que denotem a sua adequação como instrumentos de relação interprofissional, capazes de reflectir a mais-valia de todo o ciclo de intervenção da Fisioterapia. Como tal, a concepção do próprio registo deverá privilegiar uma linguagem universal, inteligível pelos diferentes membros da equipa, de forma a facilitar uma participação multi-sectorial pela abertura de verdadeiros canais de comunicação.

A utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – ICF (WHO 2001) parece ser a via que associa não só essas características de universalidade com uma flagrante proximidade com os modelos de raciocínio clínico do fisioterapeuta, enquanto esquema conceptual. Estando a tarefa da sua adopção aparentemente facilitada em termos de adequação aos seus princípios, trata-se então de desenvolver uma maior destreza na sua operacionalização, enquanto sistema de categorização, codificação e registo. A sua implementação generalizada, já preconizada pelas deliberações dos órgãos de decisão política, virá conferir maior protagonismo a quem detiver o domínio do seu uso e se identifique com os seus princípios.

Parece ser incontornável o seu potencial para a visibilidade, o reconhecimento e a aceitabilidade dos registos efectuados pelos fisioterapeutas, tornando mais claro o papel da Fisioterapia na avaliação e nos ganhos de funcionalidade, como via de acesso directo para a inclusão da sua participação na Rede. Desde logo, ao nível do conteúdo mínimo da documentação mais pertinente, designadamente no processo clínico dos utentes e nos relatórios de alta, mas igualmente na capacidade de articulação a nível organizacional, no seio das próprias equipas de gestão de altas e no âmbito mais lato da Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, responsável pela condução, coordenação e acompanhamento das estratégias de operacionalização da Rede (APF 2007b).

2.1.5. Cuidados Paliativos

No âmbito da revisão do Programa Nacional de Cuidados Paliativos procura-se uma melhor adaptação à realidade do nosso actual sistema de saúde, especialmente após o desenvolvimento dos primeiros serviços de Cuidados Paliativos no País e a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que também integra unidades e equipas de Cuidados.

São estes cuidados que, em doentes com diagnóstico de doença incurável e progressiva, têm como objectivo apoiar e cuidar de uma forma holística, mantendo e melhorando a qualidade de vida do doente e das famílias.

É de conhecimento geral que, os cuidados paliativos, realizados segundo os padrões de qualidade e por equipas especializadas, diminuem os custos directos da saúde substancialmente. Ao nível social, para além dos benefícios conhecidos, nas famílias desencadeia sinergias no sentido dos lutos saudáveis e consequente diminuição do absentismo

Desde já reconhecendo a mais-valia e importância fundamental para uma sociedade, da existência e melhoria progressiva de um programa deste natureza, o certo é que o mesmo, no que aos recursos humanos respeita, continua a não espelhar a realidade e a evolução dos mesmos, parecendo, inclusive, esquecer as vicissitudes várias, que se esperam conjunturais, do desperdício de custos, sempre tão alavancados e sistematicamente imputados à responsabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde e à organização do Sistema de Saúde.

Com efeito, tal situação parecia ter sido afastada pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mas que agora, ao invés do referido em termos de articulação, parece vir represtinar conceitos e estruturas ultrapassadas, que interessa, de uma vez por todas, arredar do espectro jurídico nacional.

Nas equipas Intra-hospitalares e Comunitárias é referida a fisioterapia/fisioterapia:

Esta referência é ambígua; não se compreendendo se o apoio complementar será dado quer por um profissional ou por outro, o que não faz sentido, uma vez que tanto a abordagem como a intervenção terapêuticas são distintas e, se a fisioterapia poderá intervir de forma autónoma relativamente à fisioterapia, o mesmo não acontecerá com a fisioterapia que necessitará, na maior parte das vezes, da intervenção do Fisioterapeuta.

Com efeito, ao manifestar, em aparente alternatividade e articulação a fisioterapia e a fisioterapia, realidades clínicas bem díspares, está esta proposta a potenciar, uma vez mais e não cremos que propositadamente, uma visão desadequada da melhor articulação no âmbito de equipas multidisciplinares.

Em nossa opinião, dada a já existência de um médico com formação específica em cuidados paliativos, não se justificará a existência de um médico fisiatra, tanto mais que a referência médica é assegurada por aquele. Não existindo para mais coerência com as condições previstas para as Unidades de Cuidados Paliativos, onde só faz referência exclusivamente ao Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

Relativamente ao Acompanhamento e Monitorização do Programa:

Todo o processo dependerá dos procedimentos de registos efectuados e da necessidade da sua uniformização, sob pena dos resultados serem enviesados por imprecisões, omissões ou pior ainda, por incorrecções. Para além da problemática dos recursos escassos a que já estamos habituados neste País, esta questão das

operacionalizações dos registos, falha habitualmente por ausência de normas regulamentadoras, comprometendo a evidência e o rigor dos resultados.

As alíneas c) e d), exigem previamente a uniformização da avaliação das condições referidas, o que dependerá da selecção de instrumentos de avaliação rigorosos, fiáveis e que sejam utilizados por todos os serviços que pretendem mostrar nos seus relatórios de actividades, dados objectivos e passíveis de comparação.

Ainda em relação a esta matéria e, dado o importante contributo dos Fisioterapeuta nas equipas prestadoras nos cuidados paliativos, chama-se a atenção para a necessidade de formação adequada para a integração nessas equipas. É pois recomendável que os fisioterapeutas desenvolvam ou se envolvam em processos de ensino/aprendizagem, tanto nas escolas como nos locais de trabalho sugerindo/ demonstrando as reais necessidades de formação específica, dada a grande especificidade e sensibilidade desta área, manifestando-se esta Associação disponível para eventual colaboração.

3. Outras participações dos Fisioterapeutas

3.1. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares pretende, através de uma abordagem integrada, enfatizar quer a educação para a saúde como a educação terapêutica, enquanto processos que visam contribuir para que mulheres e homens sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e, quando for caso disso, sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma.

Este programa visa, assim, a redução global dos riscos cardiovasculares, articulando-se sobre cinco pólos fundamentais:

- a. Melhorar a vigilância epidemiológica dos factores de risco e das patologias cardiovasculares;
- b. Promover a prevenção cardiovascular, actuando especificamente sobre cada um dos factores de risco;
- c. Encorajar o cidadão a ser responsável pela sua própria saúde;
- d. Melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor pré-cordial e dos acidentes vasculares cerebrais;
- e. Promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.

A este respeito gostaríamos só de mencionar a necessidade de uma real integração dos fisioterapeutas na abordagem integrada e pluridisciplinar destas doenças e das suas sequelas.

Insistir na integração dos fisioterapeutas:

- Ao nível das actividades de prevenção - prevenção e controlo do tabagismo; redução do número de pessoas com excesso de peso/obesidade e implementação da prática regular de actividade física
- Ao nível acesso ao diagnóstico e terapêutica da doença coronária e ao diagnóstico e terapêutica do Acidente Vascular Cerebral,
- Estratégias de melhoria dos sistemas de informação

Mantemos a ideia da forte necessidade coordenação e cooperação entre equipas pluridisciplinares, profissionais com competências e interesse específico em doenças cardio-vasculares e educação contínua para os profissionais, doentes e cuidadores.

Pela nossa parte temos assumido e continuaremos assumir esse desafio preparando e formando fisioterapeutas especialistas para as necessárias respostas e envolvimento profissional.

3.2. Programa Nacional de Controlo da Dor

Desconhecem-se, quais as principais causas da dor crónica em Portugal, mas os vários estudos internacionais coincidem na atribuição do primeiro lugar à lombalgia. As patologias do foro osteoarticular e musculo-esquelético, para além da lombalgia, constituem outras causas de elevada prevalência de dor crónica, bem como as cefaleias e, em menor escala, a dor de origem neuropática. A dor oncológica, frequentemente encarada como uma das principais causas de dor crónica, representa uma pequena percentagem dos doentes que padecem de dor crónica. No entanto, tem uma importância especial pela patologia referida representar a segunda causa de morte em Portugal e por existir dor moderada a intensa em mais de 90% dos doentes em situação oncológica terminal.

O Programa Nacional de Controlo da Dor tem três objectivos gerais:

- a. Reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa;
- b. Melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor;
- c. Racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor

O presente programa estende-se por um período de 10 anos, sendo alvo de uma avaliação estratégica intercalar no final de 2010. Desta avaliação poderá resultar a necessidade de se introduzirem medidas correctoras.

Apresenta estratégias de Formação para os aos profissionais de saúde e, em termos de comunicação, à população em geral:

- a. Sensibilização das Faculdades de Medicina para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;

b. Sensibilização das Escolas Superiores de Enfermagem para a necessidade de melhorar a formação pré e pós-graduada em abordagem da dor;

Apresenta formas organizadas de diagnóstico e tratamento da dor crónica distribuídas pelas seguintes unidades

- 1) Consulta da dor
- 2) Unidade terapêutica da dor
- 3) Unidade multidisciplinar da dor
- 4) Centro multidisciplinar da dor

A presença do Fisioterapeuta só é requisitada a partir da 3ª unidade. Os conhecimentos e competências dos Fisioterapeutas na área do diagnóstico e intervenção nas situações de natureza musculo esquelética seriam um excelente contributo com os outros elementos da equipas em todos os níveis estabelecidos.

Ao detectar alguma alteração músculo-esquelética, susceptível de originar dor permitiria um despiste de situações possíveis de serem minimizadas/controladas permitindo diminuir o recurso à administração de analgésicos. Por outro lado o seu papel na educação para a saúde, tal como instruir o utente a lidar com a dor bem como programas de higiene/educação postural, de educação para o movimento, de prevenção de algias vertebrais, de segurança e higiene no trabalho, não seriam também de desprezar. O processo de **informar, educar, treinar** os utentes e os seus familiares deve ter a intenção de **optimizar o trabalho de recuperação** do utente, tendo sempre em atenção a sua condição, limitações funcionais, plano de cuidados, entre outros.

Neste âmbito, seria vantajoso a possibilidade de acesso pós-graduadas sobre a dor realizadas em parceria com os outros membros das equipas.

4. Programa Nacional de Combate à Obesidade

A intervenção neste grupo de cliente deve ser ampla e multidisciplinar para lidar com as comorbilidades médicas, necessidades nutricionais, hábitos alimentares e padrões de exercício e de actividade física.

O fisioterapeuta tem as competências para realizar uma avaliação individualizada da situação Músculo-esquelética no que diz respeito à flexibilidade, força, resistência e equilíbrio. A prescrição de exercício e a actividade física em clientes obesos, pode situar-se num quadro de risco para os sistemas cardiovasculares e músculo-esqueléticos.

Os fisioterapeutas são profissionais treinados para facilitar a intervenção com enfoque na circulação segura e eficiente, correcção de deficiências (flexibilidade, equilíbrio, força e resistência), atenuando de síndromes de dor músculo-esquelética e a independência funcional.



Ao prescrever exercício, é importante avaliar e ter em conta os gostos do cliente, a motivação e a prontidão para aderir a um programa de exercício. Os programas devem ser recomendados em função de cada indivíduo, podendo ser feito individualmente ou em grupos. Os grupos serão muito úteis para ajudar a manter os níveis de motivação e promover a adesão aos programas.

Propomos pois integração do Fisioterapeuta nas equipas multidisciplinares de combate à obesidade.

5. Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas.

Está prevista no programa já apresentado pela DGS, entre outras, a melhoria do acesso à reabilitação.

“Existe evidência científica de que os doentes com DPOC beneficiam de programas de exercício físico, os quais melhoram os sintomas de dispneia e reduzem o grau de fadiga. Atendendo a que há possibilidade de intervenção no sentido de melhorar a qualidade de vida destes doentes, devem ser, progressivamente, criadas condições de alargamento da acessibilidade do doente com DPOC a cuidados de reabilitação, segundo critérios de referenciação entre unidades de saúde, a definir no âmbito geográfico de cada Administração Regional de Saúde.

Considera-se fundamental a articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde” (DGS.2005)

Tem havido grande desenvolvimento científico na área da fisioterapia respiratória, tendo sido desenvolvidos protocolos e “guide lines” de grande eficácia clínica.

Dada a sua especificidade, a fisioterapia respiratória, sendo uma área da fisioterapia deve ser realizada exclusivamente por fisioterapeutas a fim de garantir a eficácia do tratamento.

6. Programa Nacional do Controlo da Asma

Sobre este ponto pensamos não valer a pena entrar em grandes considerações uma vez que o documento presente no site da Direcção Geral de Saúde, em língua inglesa, é suficientemente claro sobre a necessidade de actividades educativas e de fisioterapia respiratória, que demonstram como **indispensável o contributo do fisioterapeuta**

7. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

Segundo as directivas da DGS, as “estratégias revistas do actual Programa de Prevenção e Controlo da Diabetes só terão êxito se forem desenvolvidas numa sólida infra-estrutura de saúde pública que contemple capacidade organizativa, profissionais de saúde com formação necessária para responder às exigências da qualidade dos cuidados a prestar, tecnologias de informação que facilitem o acesso atempado a bases de dados e à informação indispensável à gestão do programa”

O exercício tem um papel importante na prevenção e controlo da diabetes. Segundo a Organização Mundial da Saúde, 30 minutos de actividade física de intensidade moderada na maioria dos dias, juntamente com uma dieta saudável, pode reduzir significativamente o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Numa perspectiva de investimento na prevenção, o exercício é uma das intervenções chave para ajudar a controlar ou reduzir o peso e reduzir o risco de diabetes tipo 2. Os Fisioterapeutas são especialistas em prescrever exercício dentro de um programa estruturado, seguro e eficaz.

Através de programas de educação e aconselhamento especializado, os fisioterapeutas ajudam ainda as pessoas que, em consequência da diabetes, têm outras complicações de saúde. Em situação de amputações relacionadas com a diabetes o fisioterapeuta terá um importante papel na recuperação da mobilidade e adaptação de ajudas técnicas/tecnologias de apoio, do ambiente que promova a independência e integração, colaborando ainda no retorno ao trabalho, educação e participação comunitária.

Na perspectiva de uma intervenção com claros benefícios para a saúde pública, devem também os fisioterapeutas integrar as equipas que actuam a nível da prevenção primária sobretudo nos factores de risco, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e tratamento, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social, bem como na promoção da qualidade dos cuidados de saúde a prestar à pessoa com diabetes.

7. Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas

O estudo «Fit for Work: Doenças Musculoesqueléticas e Participação no Mercado de Trabalho», desenvolvido pela The Work Foundation - organização sem fins lucrativos - demonstra que em Portugal, mais de 48% das ausências laborais por doença músculo-esquelética duram 21 dias ou mais, o dobro da média europeia, mas a situação pode ser evitada pela intervenção precoce. Os investigadores demonstram que “uma intervenção precoce, que procure manter em actividade os doentes com estas patologias, pode contribuir para a produtividade nacional e reduzir o número de pessoas que abandonam a carreira profissional devido à doença”.

O trabalho pode agravar os sintomas, mas se houver uma intervenção precoce, e se se criarem forma de apoiar os doentes, o trabalho pode fazer parte do processo de recuperação, na medida em que contribui para a auto-estima e faz com que o doente se sinta produtivo.

É fundamental mudar a atitude dos profissionais de saúde e empregadores que acreditam que quem sofre de doenças musculoesqueléticas deve estar 100% recuperado antes de voltar a trabalhar.

O estudo examinou quatro sintomas: dores musculares (afectam 31% dos trabalhadores portugueses), lesões de origem laboral nos membros superiores (afectam 29% das pessoas), a artrite reumatóide (cerca de 25% das pessoas deixa de trabalhar ao fim de cinco anos depois do diagnóstico) e as espondiloartropatias (doença reumática, crónica e progressiva que afecta sobretudo a coluna, mas também articulações, tendões e ligamentos).

Face a este problema, os investigadores deixam algumas recomendações como a intervenção precoce, o reforço da avaliação dos custos sociais directos e indirectos e do impacto na vida laboral destas doenças, mais especialistas de reumatologia e uma maior concentração na capacidade e não na incapacidade. Face a estas recomendações e outras contidas no Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas, mais uma vez se impõe ser reconsiderado o contributo dos fisioterapeutas quer numa fase de intervenção precoce quer na recuperação e sempre numa perspectiva custo eficaz

Tendo em conta alguns dos eixos previstos para o Plano Nacional de Saúde 2010-2016 esperamos ter contribuído desde logo nos aspectos respeitantes à acessibilidade, apresentando propostas no sentido da redução das desigualdades em saúde, com especial atenção aos grupos mais desfavorecidos e vulneráveis, maior equidade no acesso a cuidados e diminuição nos tempos de espera de acesso à fisioterapia e, na Qualidade, centrando os cuidados no cidadão de forma torná-los mais efectivos, equitativos e prestados em tempo útil.

Aguardamos a 1ª apresentação do novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 para nessa altura, apresentarmos novas propostas.

Com os melhores cumprimentos

2010-05-28

A Presidente do CDN



(Isabel de Souza Guerra)