

A Fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Saúde: o papel de charneira do Serviço Nacional de Saúde

- Posição da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas -

1

Na sua visão estratégica para a saúde, o XXI Governo Constitucional, estabeleceu como uma das medidas prioritárias, defender o Serviço Nacional de Saúde (SNS) em todas as suas áreas de intervenção. O Programa do XXI Governo acentua que «É fundamental relançar a reforma dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados integrados ao mesmo tempo que se deverá concretizar uma reforma hospitalar que aposte no relançamento do SNS» (pág. 93).

A articulação entre os três níveis de cuidados é considerada crucial neste processo, tendo sido nomeados coordenadores nacionais para assessorarem o órgão executivo do Estado na concretização daquela visão (Despachos Nº199/2016, 200/2016 e 201/2016 publicados no Diário da República, 2ª Série, em 7 de janeiro).

Assumindo a sua responsabilidade social na representação da Fisioterapia, a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF) apresenta o seu contributo para o desenvolvimento do SNS, para a sua sustentabilidade, e para o modo como os cuidados de Fisioterapia podem ser colocados em benefício do cidadão e do país.

Numa abordagem e numa intervenção integrada em saúde, a dor, as limitações funcionais e de mobilidade, entre outras, assumem uma importância relevante na qualidade de vida das pessoas e constituem o principal motivo da procura dos serviços de saúde (Üstün *et al*, 2003; Bickenbach, 2003). É neste contexto, e com as suas competências próprias que são mobilizados os recursos de Fisioterapia, um recurso que o cidadão reconhece e que o Sistema de Saúde não pode negligenciar. A dimensão da capacidade funcional é sublinhada no relatório de 2006 da Comissão Europeia, preparado pelo Comité para a Política Económica. Naquele documento é referido que a despesa pública é muito sensível ao perfil funcional da população idosa, apontando, mais à frente, que no cenário previsível de envelhecimento, os gastos poderão ser entre 40 a 60% mais baixos se a tendência do aumento da esperança de vida for acompanhada pelo mesmo valor de melhoria da capacidade funcional.

É de referir que a intervenção do fisioterapeuta alinha-se conceptualmente com o modelo de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Neste sentido, o fisioterapeuta, sendo o profissional de saúde com diferenciação técnica e científica para a promoção da saúde e funcionalidade na área da função e disfunção do movimento, interage com o indivíduo e com o contexto em que o indivíduo vive, visando promover a capacidade, o desempenho, a qualidade de vida e o bem-estar. Assim, procura-se contribuir de modo decisivo para a melhoria da condição de saúde do indivíduo, do grupo e/ou população.

Também importa frisar o fato da Fisioterapia ser a terceira maior profissão prestadora de cuidados de saúde não só na Europa e no mundo, como também em Portugal, existindo,

atualmente, cerca de 10.000 fisioterapeutas no nosso país. A nível internacional, através da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT - World Confederation of Physical Therapy), esta profissão integra a Aliança Mundial das Profissões da Saúde (WHPA - World Health Professions Alliance), a organização internacional que representa os organismos mundiais de cinco profissões de saúde - enfermeiros, médicos, médicos dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos. A WHPA é, neste momento, a maior e mais poderosa organização mundial para os profissionais de saúde. Através daquelas cinco confederações mundiais, representa mais de 600 organizações nacionais filiadas, dando voz a cerca de 26 milhões de profissionais de saúde em mais de 130 países. Questões relacionadas com a regulação do exercício profissional, com a prática colaborativa e com a qualidade dos serviços estão na agenda daquela organização.

A Fisioterapia é parte essencial dos sistemas de saúde. Os fisioterapeutas podem exercer a sua prática de forma independente de outros profissionais de saúde, mas também podem intervir no contexto de programas e projetos multidisciplinares de habilitação, reabilitação, com o objetivo 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, e, neste particular, a APF desenvolve atividades para promover as boas práticas de Fisioterapia na defesa do interesse e segurança do cidadão.

O reconhecimento das competências para a prática autónoma, bem como as potencialidades da interação em equipas de saúde e/ou projetos de intervenção multidisciplinares é algo que consideramos que ainda precisa ser consolidado em Portugal, e o Serviço Nacional de Saúde (SNS), neste ponto, poderia ser o exemplo da boa prática e da eficiência da gestão de recursos. Os indicadores estatísticos relativos aos recursos humanos de Fisioterapia no SNS, porém, não constituem motivo de orgulho pois colocam o país na cauda dos países europeus. A título exemplificativo, refira-se que, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, Portugal apresenta um rácio fisioterapeuta/habitante de 1,5/100.000, que se traduz, no dia-a-dia, em constrangimentos muito graves em termos de acessibilidade, equidade e resolutividade daqueles serviços. Aquele valor situa-se muito longe dos rácios de 1/10.000 ou 1/6.000 que se crê serem os adequados para garantir capacidade de resposta e ganhos efetivos em saúde. O programa do XXI Governo Constitucional para a área da saúde apresenta-se como uma promessa que se deseja ver-se cumprida. Neste sentido, aproveitamos para saudar as iniciativas do Ministério da Saúde e é colocando-nos na perspetiva da Reforma do SNS impulsionada pelo Senhor Ministro da Saúde, que apresentamos as seguintes posições.

A Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários

Em boa hora o Senhor Coordenador Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), criou um Grupo de Trabalho de Fisioterapeutas com a missão de apresentar fundamentos suficientes para melhorar a resolutividade dos serviços de Fisioterapia nos CSP. Investigação no terreno foi realizada, evidência científica de nível "A" foi reunida, e exemplos de boas práticas foram identificados de modo a tornar impossível,

Conselho Diretivo Nacional

sob todos os aspetos, o adiamento da reforma dos CSP na área da Fisioterapia. O planeamento estratégico deverá criar as necessárias condições para que as competências específicas dos fisioterapeutas sejam direcionadas para a:

- **Promoção da saúde** e bem-estar dos indivíduos e do público em geral.
- **Proteção da saúde** reduzindo a exposição a fatores de risco socioeconómicos relacionados com a saúde, ou de estilo de vida que possam causar limitações funcionais e incapacidade relacionada com o movimento e a função.
- **Consulta de Fisioterapia**, com o fim de avaliar a disfunção motora e restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, otimizando a atividade e a participação, considerando os fatores contextuais e dando ênfase à qualidade de vida em intervenção individual ou de grupos de indivíduos.
- **Consultoria**, para assistir, numa prática colaborativa, os colegas de equipa de outras profissões no processo de tomada de decisão clínica.

A atividade do fisioterapeuta nos vários contextos de atuação - na promoção e proteção da saúde, no tratamento da doença, das lesões ou disfunções e na recuperação do movimento e função -, é uma realidade cujos benefícios sociais e económicos para os utentes e seus familiares são amplamente reconhecidos. No contexto dos CSP, a intervenção do fisioterapeuta deve ser dirigida tanto a indivíduos, como a grupos (utentes, doentes, famílias) e comunidades. A abordagem ao longo do ciclo da vida e a abordagem em contextos de vida (*“settings”*), a proximidade e oportunidade de intervenção, bem como a capacidade para identificar condições de saúde que beneficiam de outras tipologias de intervenção (cuidados de Fisioterapia diferenciados com intensidade e especialização técnica) enformam o perfil do fisioterapeuta dos Cuidados de Saúde Primários.

Para tanto, propõe-se que sejam fomentadas, respeitadas e mobilizadas as competências científicas e a autonomia técnica destes profissionais. Este aspeto revela-se fundamental, pois, 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, mestrados e doutoramentos na área da Fisioterapia. Não é razoável permitir-se desperdiçar o capital humano e técnico dos fisioterapeutas em modelos de gestão que sistematicamente coartam a autonomia destes profissionais com evidente prejuízo para o cidadão e custos para o sistema, raiando a violação das Diretivas comunitárias sobre esta matéria. Lamentavelmente esta prática é mais comum nos serviços públicos do Estado e na contratualização externa do setor da saúde. Queremos acreditar que o atual pensamento político e visão estratégia terão um papel fundamental na reforma desta realidade.

A criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), na rede dos CSP trouxe oportunidades de desenvolvimento de modelos de gestão alternativos, mas que não teve eco para além das áreas da Medicina e da Enfermagem. De fato foi praticamente nula a evolução do valor dos recursos humanos de Fisioterapia nos últimos dez anos nos CSP. Os dados estatísticos assim o confirmam e a média de idade dos profissionais em exercício não o permite desmentir. Contudo, o desenho do objeto legislativo encerra em si possibilidades

Conselho Diretivo Nacional

de desenvolvimento que podem acomodar a reforma que o atual Governo pretende imprimir. Assim, consideramos e entende-se que, ao tempo da Reforma da Rede Nacional dos CSP os recursos de Fisioterapia fossem alocados na URAP. Atualmente, no entanto, com a visão estratégica da reforma do SNS, apostada na resolutividade, na eficiência dos serviços e nos ganhos em saúde, é razoável prever-se o desenvolvimento dos serviços de Fisioterapia e dos serviços de outras áreas científicas. Esta evolução, a respeitar os princípios de economia de escala numa ótica de gestão, e numa perspetiva de evitar assimetrias nas dimensões das Unidades, poderá significar uma reconfiguração das URAP e/ou das Unidades Funcionais dos ACES, ou, tal como a legislação prevê, a criação de outras Unidades/Serviços que possam acomodar o redimensionamento dos recursos humanos e possam permitir uma gestão mais eficiente e articulada daqueles recursos.

Defende-se, porém, que este desenvolvimento deve ser acompanhado por um devido planeamento das estruturas e meios para acomodar e rentabilizar aqueles recursos.

Foram já, pela própria Coordenação Nacional para a Reforma do SNS para a área dos CSP, identificados alguns constrangimentos na rede dos CSP. O reconhecimento de que os sistemas de informação, registo clínico e produção de dados estatísticos merecem uma séria e célere intervenção parece ser um garante de que, num futuro que se almeja para breve, existam os meios adequados para registar os processos e medir os resultados de Fisioterapia. Esta medida é condição necessária para permitir aferir a alteração do estado de saúde, seja numa perspetiva de medição de indicadores clínicos, seja numa perspetiva de indicadores funcionais relevantes. Só assim se pode avaliar o custo-benefício do investimento que o Estado, as empresas e os cidadãos fazem em saúde.

A Fisioterapia nos Cuidados Hospitalares

Os hospitais constituem um setor estratégico da Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, 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 atuais das populações, e aos novos padrões de doença e oportunidades terapêuticas, justificando a visão estratégica de integrá-los na reforma do SNS em curso.

A intervenção da Fisioterapia nos cuidados hospitalares, há muito deixou de ser questionada. Aliás, o desenvolvimento desta profissão sofreu um grande impulso no meio hospitalar, no final do século XIX e primeiras décadas do século XX. A sua intervenção é transversal às diversas especialidades médicas e cirúrgicas, num modelo de equipas multidisciplinares, em abordagens protocoladas e/ou personalizadas.



Conselho Diretivo Nacional

A nível dos cuidados diferenciados tem-se verificado, contudo, a vários níveis, a tentativa de fazer passar a ideia de que a Fisioterapia é um setor dependente da Medicina Física e Reabilitação (MFR), procurando limitar a atuação dos fisioterapeutas exclusivamente à área daquela especialidade médica.

Tal prática, para além de ilegitimamente coartar direitos de autonomia de exercício e de identidade profissional consignados na Lei, tem-se revelado muito inadequada não só ao nível da prestação de serviços no setor privado mas também no contexto hospitalar, constituindo mais um obstáculo à acessibilidade aos serviços de Fisioterapia e colocando esta profissão e estes profissionais em situação de tratamento desigual no mercado de prestação de cuidados de saúde. Deve reconhecer-se que, no contexto hospitalar, o fisioterapeuta intervém ativamente, integrando equipas multidisciplinares, contribuindo, ao nível de cuidados específicos e diferenciados, para acelerar os processos de recuperação.

Os recursos de Fisioterapia, em ambiente hospitalar, devem ser direcionados diretamente para as unidades de internamento, integrando os protocolos de intervenção multidisciplinar e contribuindo para a recuperação integral da pessoa doente no período de internamento. A efetividade reconhecida da intervenção de Fisioterapia nas unidades que mobilizam cuidados intensivos deve ser expandida para as outras unidades de internamento, garantindo oportunidade de intervenção e eficiência de meios.

Não é demais realçar o valor acrescentado que a intervenção de Fisioterapia no Internamento traz para o doente e para o sistema. Manter o fisioterapeuta afastado das equipas das unidades de internamento hospitalares traz problemas de várias ordens, a saber:

- Percursos de acesso aos cuidados de Fisioterapia mais demorados;
- Tempos de internamento mais longos e mais dispendiosos, com aumento do risco de infeções hospitalares;
- Custos mais elevados e muitas vezes duplicação de consultas;
- Prescrições médicas estanques, desadequadas aos perfis profissionais envolvidos, e que não acompanham a evolução da pessoa doente, entre outros;
- Défice de autonomia da pessoa doente no momento da alta e consequente dependência de terceiros com os respetivos custos daí decorrentes;
- Menor competência por parte da pessoa doente e cuidador, relativos aos conhecimentos sobre evolução da sua condição de saúde e busca da sua independência funcional;
- Aumento das comorbilidades, especialmente em pessoas idosas, e consequente prolongamento de internamento associado ao défice de mobilidade, repouso e sedentarismo exagerado no internamento hospitalar.

No sentido de promover uma maior eficiência na utilização dos meios, defende-se que os recursos de Fisioterapia podem e devem integrar as equipas de saúde das unidades de internamento hospitalar, bem como as equipas de especialidades médicas com protocolos de intervenção multidisciplinar. Deste modo poderão ser disponibilizados cuidados mais custo-efetivos na área da reabilitação oncológica, cardíaca, respiratória, vestibular, vascular, neurológica, pediátrica, ortopédica, traumatológica, etc., etc..

Os ganhos de efetividade justificam o reforço de recursos humanos de Fisioterapia nas Unidades de Internamento e nas equipas de intervenção multidisciplinar. Este novo desenho

Conselho Diretivo Nacional

de organização dos serviços e dos cuidados oferecerá ao gestor alguns desafios que nos permitimos contextualizar.

A empresarialização hospitalar e a política de modernização e revitalização do SNS pressupõem a adoção por parte das unidades hospitalares, de uma gestão inovadora, ágil e autónoma, orientada para a satisfação das necessidades do utente, disponibilizando um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, promovendo o desenvolvimento e o mérito dos respetivos profissionais.

O Artigo 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 organiza 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 de serviços dos fisioterapeutas inseridos em unidades hospitalares e com o mesmo pressuposto dos serviços sociais, anestesia, dietética, farmacêuticos e outros. Esta medida não conflitua, antes pelo contrário, pode harmonizar-se com o previsto na legislação que regula a carreira pública em que os fisioterapeutas e outros profissionais de saúde estão integrados (ver Decreto-Lei n.º 564/99), nomeadamente na questão relacionada com a organização dos serviços e gestão dos recursos humanos.

Perante tudo o que foi anteriormente enunciado, e reconhecendo a necessidade de uma estrutura de gestão que garanta, a dado momento, que seja assegurado a todas as unidades assistenciais hospitalares, cuidados de Fisioterapia, parece-nos ser claro que a Fisioterapia apresenta todas as características para vir a ser considerada uma **Unidade Funcional**. Os fisioterapeutas pertencem aos quadros dos Hospitais e o decisor político entenderá que deverá colocar à disposição da administração hospitalar esta unidade. Esta é uma realidade que, parecendo ser uma inovação em Portugal, já se encontra estabelecida noutros países da Europa, nomeadamente no Reino Unido, Holanda, países nórdicos, entre outros.

Por outro lado, consideramos adequado e razoável que a capacidade instalada nos hospitais ao nível da MFR contribua para uma organização planeada e estruturada a nível nacional de uma rede de cuidados diferenciados de reabilitação, multidisciplinares por natureza, e com capacidade técnica e tecnológica para oferecer os melhores cuidados, neles incluídos os cuidados de Fisioterapia. A criação e desenvolvimento da Rede dos Centros de Reabilitação permitiria redesenhar a oferta pública ou convencionada nesta área de cuidados diferenciados, oferecendo aos hospitais novas perspetivas de gestão.

Pode-se, deste modo, antever vias de desenvolvimento da reforma hospitalar no que aos recursos de Fisioterapia diz respeito. Nesta fase de planeamento da reforma, a experiência colhida com o trabalho realizado pelo Grupo de Fisioterapia no âmbito da Coordenação Nacional para a reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários, poderia ser aproveitada no âmbito hospitalar, de modo a fornecer ao decisor político um conjunto de elementos de informação mais precisos para o processo de tomada de decisão.

Uma vez mais, a questão do registo de atividade de Fisioterapia nos hospitais é crítica, verificando-se que as limitações atuais são transversais às outras tipologias de cuidados (primários e continuados) e requerem uma solução a merecer a máxima prioridade. Nos tempos que correm em que a comunicação, a gestão do risco e a segurança do doente são

Conselho Diretivo Nacional

aspectos chave do sistema não é mais aceitável que os fisioterapeutas não tenham acesso ao processo clínico eletrónico (SClinico) para consulta e registo de toda a sua atividade, permitindo uma comunicação efetiva e segura com a restante equipa prestadora de cuidados.

A APF disponibiliza-se para colaborar com as entidades competentes para dar o seu contributo na área da Reforma dos Hospitais, fazendo notar que têm sido implementadas noutros países soluções com grande sucesso em termos de qualidade assistencial e economia de meios, como é o caso de alocação de recursos especializados de Fisioterapia nos serviços de urgência hospitalar para atendimento de condições tipificadas de lesões músculo-esqueléticas, entre outros exemplos de boas práticas.

7

A Fisioterapia nos Cuidados Continuados

Os Cuidados Continuados Integrados constituem um dos eixos sobre o qual recai a atenção do Senhor Ministro da Saúde, na sua estratégia de reforma do SNS. A Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados Continuados Integrados, acolhe, na sua equipa, uma fisioterapeuta, o que saudamos.

Avultados e justificados investimentos foram realizados durante os últimos dez anos para dar forma a uma estrutura da qual Portugal se mostrava carente. Existe uma franja da população que reside em Portugal com um perfil de saúde que requer uma atenção continuada e adequada para permitir ter uma vida com melhor autonomia funcional, com melhor qualidade, com mais dignidade, com menos sofrimento e, não menos importante, acompanhada por cuidadores informais capazes e saudáveis. Todos os utentes e cuidadores informais requerem intervenção de Fisioterapia. O objetivo da Fisioterapia em cuidados continuados é o de manter um nível de funcionalidade adequado a cada indivíduo ou moderar o processo de deterioração da condição de saúde. Este objetivo é alcançado através de um plano de intervenção planeado com o utente e com o cuidador, numa abordagem individual ou, preferencialmente, de equipa. Determinantes neste processo, são as intervenções dirigidas para capacitar os cuidadores para gestos e ações que cuidam da saúde da pessoa dependente e do próprio. Aqui, uma vez mais, a prática do fisioterapeuta encontra a sua matriz conceptual no modelo de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pressupõe um contínuo de cuidados articulados estando descrita a tipologia dos serviços, prevendo unidades de internamento e intervenção domiciliária. Esta última, pela melhor relação custo-benefício trazida à evidência pela investigação, constitui o foco de atenção principal da reforma em curso.

Um levantamento que a APF procurou realizar não permitiu ainda concluir acerca do número efetivo de fisioterapeutas em cada tipologia das unidades da RNCCI. Registaram-se avanços significativos neste campo, mas também são identificados constrangimentos: existem ainda unidades sem uma resposta consistente em número de fisioterapeutas, verificando-se uma prestação de serviços, muitas vezes, a tempo parcial.

Horário : 2ª a 6ª das 10h às 13h e das 14h às 19h

Web: www.apfio.pt

E-mail: apfio@apfio.pt

Mas a RNCCI é uma estrutura que importa desenvolver e revitalizar. A evidência confirma, em vários estudos realizados, que as respostas dadas pelas diversas tipologias de internamento da RNCCI, são mais custo-efetivas que os internamentos hospitalares para situações semelhantes. Mais ainda, é possível garantir efetividade nas intervenções domiciliárias, com um esforço financeiro significativamente inferior. A aposta da Reforma do SNS na área dos CCI para a domiciliação das intervenções acolhe, por isso, a posição favorável da APF. Este reconhecimento deve traduzir-se, contudo, pela consolidação operacional das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Não estranhemos que as ECCI, pela proximidade que as caracteriza, e pelas vantagens operacionais que podem ser identificadas, partilhem o espaço dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). O acompanhamento da família ao longo do ciclo de vida é uma das virtudes e uma identidade dos CSP. Mas é crucial reconhecer que a tipologia de intervenção é distinta e, mais fundamental ainda, é assumir que os recursos investidos nos CCI não devem ocorrer a expensas dos CSP. A já identificada insuficiência de meios de Fisioterapia nos CSP foi gravemente afetada quando aqueles recursos foram mobilizados para serviços dos CCI. O Relatório do Grupo de Trabalho de Fisioterapia realizado no âmbito da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), é claro na identificação desta situação.

Defende-se, pelo envolvimento que a Fisioterapia significa nos CCI, que adequados e suficientes recursos de Fisioterapia sejam alocados às ECCI e à RNCCI desde as equipas de gestão de alta (EGA), às equipas domiciliárias, de modo a garantir os cuidados necessários, de acordo com os normativos legais e em respeito pelas boas práticas.

Entende-se como razoável, e numa visão integrada da Reforma do SNS, nos seus três eixos, que a proposta da criação de serviços de Fisioterapia no âmbito dos CSP se constitua como um recurso de gestão que garanta a capacidade de resposta onde ela é necessária (ver documento “Proposta para Promover a Resolutividade dos CSP e Assegurar Cuidados de Fisioterapia”, da CNCSP de 30 de junho de 2016).

Ainda em relação aos CCI, e no que diz respeito aos sistemas de informação e comunicação, a experiência colhida pela utilização da plataforma de registo da GestCare, exige que se repense na sua melhoria, na vertente da produção de indicadores estatísticos, na facilidade da sua utilização e na sua interoperabilidade com outros sistemas de informação.

Relativamente à Reforma do SNS na área dos CCI a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas manifesta a sua disponibilidade para colaborar no processo, dispondo para tal de um Grupo de Interesse e Especialidade na área, com produção significativa de documentos estruturantes da intervenção de Fisioterapia em Cuidados Continuados Integrados, com vocação para a divulgação da produção de conhecimento, tendo já organizado três congressos temáticos, e, ainda, com responsabilidades formativas em pós-graduação e mestrados.

Aproximação do SNS aos melhores sistemas internacionais: o fisioterapeuta como profissional de primeiro contato

É uma realidade! Continuamos a encontrar constrangimentos relacionados com a acessibilidade à Fisioterapia, sendo, na maioria das situações, vedada a possibilidade aos fisioterapeutas de iniciar a intervenção sem prescrição médica. Casos existem, ainda, 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-eficácia da prestação, às quais se somam aquelas das boas práticas clínicas, da qualidade e da segurança do utente.

Nos Estados Unidos da América do Norte (EUA) o acesso direto aos cuidados de Fisioterapia é uma realidade, com alguns estados a garantirem-no há mais de 20 anos. Esta realidade nos EUA permitiu a realização de estudos para avaliar os resultados do acesso direto à Fisioterapia. Uma das áreas de maior impacto, foram as relacionadas com os custos, conveniência do acesso direto e disponibilidade dos fisioterapeutas para a prestação direta de cuidados.

No que respeita a custos, a investigação publicada indica que o acesso direto tem o potencial para diminuir custos através da redução 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 aspeto da equação sobre os custos foi o da referenciação. Os doentes gastam tempo e dinheiro em visitas ao médico cujo único resultado é a referenciação para a Fisioterapia.

Se o objetivo da visita ao médico é exclusivamente a obtenção dessa referência, então o custo da visita seria poupado no cenário do acesso direto quando o cidadão 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 exata gasta nas visitas médicas quando o objetivo é exclusivamente a obtenção da referência para a Fisioterapia.

O segundo componente do cenário do custo do acesso direto refere-se à possibilidade do fisioterapeuta referenciar o utente para o médico. Domholdt e col. (1990) estimaram que os fisioterapeutas enviavam cerca de 40% dos doentes que tinham recebido por acesso direto para outro profissional de saúde. Assim, neste estudo e noutros ali referenciados, foi estimado que entre 60% e 92 % dos doentes observados diretamente 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 e col. (1988) compararam a quantidade de serviços usados nos doentes com dor lombar quando orientados pelos fisioterapeutas ou pelos médicos. Qualquer destes profissionais eram prestadores de primeiro contato e tiveram a opção de referir os seus doentes para outros profissionais para avaliação posterior ou para continuação de

tratamentos de Fisioterapia. Verificou-se que os utentes orientados pelos fisioterapeutas foram atendidos com mais frequência em Fisioterapia do que os dos médicos (62% e 25% respetivamente). Tal fato sugere que os custos dos utentes orientados por fisioterapeutas poderiam ser mais elevados dos que os dos médicos por via do maior número de doentes enviados a realizar tratamentos de Fisioterapia. No entanto, o estudo demonstrou 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 à situação dos utentes do que os dos médicos indicando que os casos orientados pelos fisioterapeutas eram mais custo-efetivos que aqueles orientados pelos médicos, pois eram pedidos menos exames, ou 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 utentes seguidos por fisioterapeutas tinham um número inferior de visitas do que os utentes que os médicos enviavam para Fisioterapia (2,7 para 7,7 visitas respetivamente). Um dos autores atribui essa discrepância à existência de prescrição específica dos médicos em contraste com a maior autonomia dos fisioterapeutas para decidirem da frequência das visitas.

Outra das preocupações com o acesso direto 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.

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

1) A conveniência de se ir a um único profissional de saúde. Naquele estudo verificou-se tanto uma melhoria na conveniência para os clientes, como a diminuição dos custos. Os utentes foram observados mais rapidamente nas clínicas de Fisioterapia, do 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 de utilizadores de cuidados de saúde em que a conveniência pode ser um fator importante; são exemplo as condições crónicas ou recorrentes, em que os diagnósticos médicos já estão estabelecidos.

2) Existe uma oportunidade (“*timing*”) para o tratamento em cada condição/situação. O acesso direto eliminando a necessidade de referência, proporciona uma abordagem atempada.

3) Quando existem carências dos prestadores de primeiro contato tradicionais é da maior conveniência para o consumidor, o aumento do número de prestadores que podem atuar diretamente. Sendo reconhecido que esta é também uma realidade em Portugal, este aspeto não é de menosprezar.

Neste estudo foi também considerada a qualidade e a segurança dos cuidados prestados no acesso direto. Muitas fontes de informação indicam que a qualidade dos cuidados não se perde em condições de acesso direto. Overman e col. (1988), verificaram que os doentes orientados por fisioterapeutas têm episódios menos prolongados, melhores resultados em maior número de doentes e maior satisfação com o tratamento do que aqueles que eram orientados pelos médicos.

Na defesa do interesse público deve ser questionada se a autorreferenciação é segura. Numa amostra de 107 sujeitos com dor lombar, Overman e col., em 1988, não encontraram resultados nefastos que pudessem ser atribuídos aos fisioterapeutas que atuaram como prestadores de primeiro contato. Mais recentemente, um estudo de Moore e col. (2005), analisando os registos de 472.013 consultas de Fisioterapia realizadas no Exército, Marinha e Força Aérea dos EUA, concluem que os utentes atendidos apresentavam um risco mínimo de exposição a negligência grave quando eram avaliados por fisioterapeutas com ou sem referenciação médica.

Um conjunto vasto de investigação nesta área, orientada para a avaliação económica, avaliação da efetividade, da satisfação e da qualidade e segurança dos serviços de Fisioterapia organizados em prática autónoma e com possibilidade de autorreferenciação, podem e devem suportar a decisão de introduzir no SNS novos mecanismos de acesso aos serviços de Fisioterapia, com ganhos para todas as partes envolvidas. Esta prática garante, por outro lado igualdade de tratamento no mercado de trabalho e elimina a prática discriminatória contra esta profissão quando comparada com outras profissões de saúde com igual dignidade e autonomia técnica e científica.

Defende-se por isso vários modelos de prática, e a Fisioterapia está preparada para tal. A diversidade de condições de saúde, a diversidade de contextos e de tipologias de serviço, o próprio mercado da área da saúde assim o recomenda. Exige-se, concomitantemente, a regulação do exercício profissional. O interesse público assim o pede e a criação de uma associação profissional de direito público que assegure o interesse do cidadão e garanta o desenvolvimento da profissão, é uma exigência que a realidade impõe.

Esta tomada de posição foi aprovada por unanimidade pelo Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas em reunião de 05 de setembro de 2016

Lisboa, 05 de setembro de 2016

O Conselho Diretivo Nacional
da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas