



*Associação
Portuguesa
de Fisioterapeutas*

**Fisioterapia nas Unidades de Cuidados na
Comunidade:
Modelo de intervenção e Recursos humanos**

- Posição da APFISIO -

Lisboa, 29 de maio de 2019

Nota Técnica

Documento elaborado por:

Emanuel Vital

Análise e revisão por:

Pedro Rebelo

Adérito Seixas

Elsa Silva

Andreia Rocha

Paula Campos Jorge

Emanuel Heleno

Mariana Fonseca

Enquadramento

A Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento (ERA) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSNorte), no âmbito da sua missão, solicitou à Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO), em abril de 2019, que se pronunciasse sobre o que considera ser o modelo de intervenção da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), nomeadamente, áreas de intervenção e rácios de profissionais por habitante.

A APFISIO assume a sua responsabilidade social de cuidar dos assuntos profissionais e de contribuir para o desenvolvimento da saúde em Portugal e, nesse sentido, agradece a oportunidade criada pela ERA, e o reconhecimento que esta demonstra pelo papel social da estrutura que representa os fisioterapeutas portugueses.

A oportunidade é especialmente relevante, quando o que está em causa é tratar do planeamento da oferta de cuidados de saúde numa área de crucial importância, como é a rede dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Reforça esta relevância a dimensão que as UCC da ARSNorte têm no panorama nacional: as suas 94 UCC ativas, correspondem a 37,6% do total das UCC em Portugal.

A resposta às duas questões colocadas deve ser considerada de forma integrada uma vez que a intervenção da Fisioterapia depende dos recursos humanos e materiais alocados e que estes últimos condicionam a capacidade da implementação dos Planos de Atividades das Unidades Funcionais (UF). Contudo, para facilidade de exposição, cada questão será analisada em capítulo próprio.

O Capítulo I analisará o Modelo de Intervenção da Fisioterapia nas UCC, na perspetiva da APFISIO. O Capítulo II tratará da questão dos Recursos Humanos de Fisioterapia.

Capítulo I

Modelo de Intervenção da Fisioterapia nas UCC

O contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade

Quando em 2008 a Organização Mundial de Saúde apelava aos governos dos países de todo o mundo para uma atenção especial para a organização dos seus sistemas de saúde e para os CSP em particular¹, em Portugal assistíamos a uma importante Reforma dos CSP através de uma reorganização dos seus serviços nos designados Agrupamentos de Centros de Saúde. É neste ponto de evolução organizativa dos CSP que são previstas e criadas as UCC que viriam a ser regulamentadas, no ano seguinte, pelo Despacho 10143 de 2009, de 16 de abril.

Intervindo no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional, é atribuída às UCC a missão de, entre outras, prestar “... cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”².

Ainda, numa das atribuições da UCC, compete-lhe “...constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho”³.

O compromisso assistencial das UCC é negociado periodicamente com o departamento de contratualização do respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), do qual resulta o seu PAUF.

Para o desenvolvimento da sua atividade a UCC conta com o recurso de diferentes profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas, tal como previsto no N.º 2 do Artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro.

¹ OMS (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – agora, mais que nunca*. Organização Mundial de Saúde. Editor da versão portuguesa: Alto Comissariado da Saúde. Lisboa. 156 páginas.

² Despacho N.º 10143/2009. *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República, 2.ª Série, N.º 74, de 16 de Abril de 2009.

³ Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª Série, N.º 38, de 22 de Fevereiro de 2008.

A carteira de serviços das Unidades de Cuidados na Comunidade

As UCC procuram concretizar as estratégias de saúde definidas pelo Ministério da Saúde, na dimensão da intervenção comunitária, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS)⁴, visando ganhos em saúde para a população.

De um modo geral a intervenção percorre todo o ciclo de vida, privilegiando a atuação no seu contexto.

A intervenção na saúde da criança, da mulher, do idoso, nas populações vulneráveis e nas condições crónicas de saúde e doenças não transmissíveis visam cumprir os objetivos do PNS, designadamente a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável aos 65 anos, entre outros, procurando melhorar a acessibilidade aos serviços, promovendo a equidade na prestação dos cuidados e a sustentabilidade do SNS.

O conjunto das intervenções mobiliza uma equipa de saúde multidisciplinar, a articulação intersectorial e os recursos comunitários.

Nesta equipa multidisciplinar tem lugar o fisioterapeuta, que deve intervir em todas as condições de saúde que afetam ou são afetadas pelo movimento e pela funcionalidade. A intervenção do fisioterapeuta é ainda relevante nas intervenções dirigidas à promoção e proteção da saúde, na vigilância epidemiológica de algumas condições de saúde, na promoção da literacia em saúde e promoção de ambientes mais saudáveis.

Modelo de Intervenção da Fisioterapia nas Unidades de Cuidados na Comunidade

O modelo de intervenção da Fisioterapia nas UCC decorre do perfil funcional do fisioterapeuta nos CSP do SNS.

A Confederação Mundial da Fisioterapia (World Confederation for Physical Therapy – WCPT), estrutura mundial que reúne o conjunto das associações nacionais e representa a Fisioterapia nos fóruns internacionais, recomenda que, no âmbito dos CSP, o fisioterapeuta incorpore diferentes abordagens que se relacionam tanto com a promoção da saúde, como com prevenção da doença e com o tratamento/reabilitação⁵.

⁴ DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde. Lisboa. 39 páginas.

⁵ WCPT (2015). *Policy Statement: Community Based Rehabilitation*. World Confederation for Physical Therapy. London.

Um estudo de caracterização da intervenção dos fisioterapeutas dos ACES da ARS Centro, descreve a multiplicidade de condições de saúde e âmbitos de intervenção da Fisioterapia em CSP⁶.

Para melhor esclarecer o modelo de intervenção, servirão de referência ainda, documentos orientadores das estruturas profissionais e governamentais.

A intervenção do Fisioterapeuta alinha-se, conceptualmente, com o modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste sentido, o fisioterapeuta, sendo o profissional de saúde mais habilitado para a promoção da saúde e funcionalidade na área da função e disfunção do movimento, interage com o indivíduo otimizando o seu potencial e contribuindo de modo decisivo para a melhoria da condição de saúde do indivíduo, grupo e população.

Para o Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses (SFP)⁷, *“...intervir em fisioterapia no âmbito dos CSP deve considerar todas as condições de saúde com impacte na mobilidade e funcionalidade humana; deve considerar a atividade de vanguarda em condições que beneficiam de uma intervenção oportuna e de proximidade, deve considerar, sublinhamos, a atividade de consultoria, e deve prever o investimento necessário nas atividades de promoção e proteção da saúde que engloba um leque amplo de condições de saúde”*.

A APFISIO⁸ informa que fisioterapeuta é habilitado de competências para, na rede pública dos Cuidados de Saúde Primários realizar:

- **Ações de promoção da saúde** e bem-estar dos indivíduos e do público em geral.
- **Ações de proteção da saúde** reduzindo a exposição a fatores de risco comportamentais 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, e dando ênfase à qualidade de vida em intervenção individual ou de grupos de indivíduos.

⁶ Vital E. (2013). *Fisioterapia nos Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro - traços de uma realidade*. FÍSIO - Boletim Informativo da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas; Nº13:10-16.

⁷ SFP (2015). *Recursos Humanos de Fisioterapia no Serviço Nacional de Saúde - Um referencial para o estabelecimento do rácio Fisioterapeuta/Habitante*. Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses. Lisboa, novembro de 2015. 8 páginas.

⁸ APFISIO (2016). *A Fisioterapia no contexto do Sistema Nacional de Saúde: o papel de charneira do Serviço Nacional de Saúde*. Posição da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, 5 de setembro de 2016. S. Domingos de Rana. 11 páginas.

- **Consultoria**, para assistir, numa prática colaborativa, os colegas de equipa de outras profissões no processo de tomada de decisão clínica.

Citando ainda a Tomada de Posição da APFISIO,

“...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”.

No âmbito do Ministério da Saúde, em 2016, e na sequência do processo de reforma dos SNS implementado pelo XXI Governo Constitucional, foi constituído, na dependência da Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde para a Área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), um Grupo de Trabalho para analisar a realidade da Fisioterapia nos CSP e apresentar propostas para aumento da resolutividade dos cuidados de Fisioterapia. O Relatório desse Grupo de Trabalho⁹ conclui que, em CSP, os fisioterapeutas desenvolvem, maioritariamente, três modelos de intervenção: 1) intervenção individual (em regime ambulatorio ou em regime de visitaçao domiciliária); 2) intervenção em grupo, no âmbito da prevençao primária e, 3) intervençao no âmbito da prevençao secundária/gestao da doençao crónica.

Este Relatório esclarece ainda que:

- 65% dos fisioterapeutas desenvolvem intervençao individual/tratamento/reabilitaçao em regime de ambulatorio.
- Na intervençao individual em regime de ambulatorio, as condiçoes de saude mais frequentes saõ as condiçoes do foro musculoesquelético (55,3%), respiratório (16,6%), neurológico (13%) e pediátrico (11%).
- Na intervençao individual em regime de visitaçao domiciliária, os fisioterapeutas desenvolvem esta atividade maioritariamente no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) (68%).

⁹ CNCSP (2016). *Fisioterapia nos Cuidados de Saude Primários: proposta para promover a resolutividade dos CSP e assegurar cuidados de fisioterapia*. Grupo de Trabalho Fisioterapia nos Cuidados de Saude Primários. Coordenaçao Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saude Primários. Ministério da Saude. Lisboa. p.3.

- Foram identificados 202 projetos de intervenção da Fisioterapia em desenvolvimento no ano de 2015. As áreas abrangidas foram a prevenção primária (159) e secundária/gestão da doença crónica (43), nomeadamente a preparação para a parentalidade, a proteção da saúde das costas (no âmbito da Saúde Escolar), a saúde ocupacional, a prevenção das lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, a promoção da atividade física, a prevenção das quedas, e a gestão das condições crónicas (diabetes mellitus tipo 2 e dor lombar).

O Relatório do Grupo de Trabalho de Fisioterapia¹⁰ atualiza informação sobre áreas em que a investigação científica traz evidência da efetividade da intervenção da Fisioterapia em CSP, destacando-se as seguintes:

- Saúde da Mulher
- Saúde Escolar
- Quedas em pessoas idosas
- Condições musculoesqueléticas degenerativas
- Dor Crónica
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Hipertensão Arterial (HTA)
- Cardiopatia Isquémica
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Condições Oncológicas
- Saúde Mental
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)
- Situações agudas

Ainda no sentido de aprofundar a reforma do SNS, a CNCSP criou, em 2017, um Grupo de Trabalho (GT) para a Contratualização das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). A missão desse GT visava propor a criação de mecanismos que permitissem a avaliação da produção do trabalho daquelas Unidades Funcionais.

O documento elaborado por aquele GT analisa e aprofunda o modelo de articulação interna das URAP com as demais UF dos ACES.

O Relatório¹¹ apresentado foi alvo de apreciação pela CNCSP, fundamentando, por parte

¹⁰ CNCSP (2016). *Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários: proposta para promover a resolutividade dos CSP e assegurar cuidados de fisioterapia*. Grupo de Trabalho Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Lisboa. 148 páginas.

¹¹ CNCSP (2017). *Contratualização das URAP: Proposta de Modelo de Operacionalização Nacional*. Grupo de Trabalho para a Contratualização das URAP. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS para a área dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde (CNCSP). Lisboa, setembro de 2017. 65 páginas.

daquele organismo, uma recomendação para a reconceptualização das URAP, sendo defendido um modelo assistencial mais amplo e mais bem concretizado, bem como o reconhecimento de que os profissionais das URAP devem estar sediados a tempo inteiro nestas Unidades¹². Esta conclusão, relativamente à gestão do horário de trabalho e ao vínculo à URAP acolhe também o que era uma das propostas do Grupo de Trabalho da Fisioterapia da CNCSP, apresentada no Relatório de 2016. Esta posição deverá ter implicações organizacionais na gestão do trabalho dos profissionais das URAP e esta eventual evolução deverá ser considerada e ponderada pelas Equipas Regionais de Apoio e Acompanhamento das ARS.

Neste último documento, adotado pela CNCSP, são ainda identificadas as diferentes áreas de intervenção em que os fisioterapeutas podem estar envolvidos:

- Assistencial;
- Consultoria;
- Participação e/ou desenvolvimento de programas e projetos de saúde e sociais e comunitários internos e externos ao ACES em possível parceria com entidades locais (Cuidados paliativos, Equipa de Cuidados Continuados Integrados, Equipas Locais de Intervenção Precoce, etc.);
- Participação noutros programas e projetos do ACES (por exemplo: cessação tabágica, preparação para a parentalidade);
- Intervenção na promoção e proteção da saúde;
- Atividades de saúde na comunidade organizadas pelo ACES ou por organizações parceiras, nomeadamente escolas e autarquias locais, desde que no âmbito do Plano Local de Saúde e Plano de Desempenho do ACES;
- Formação;
- Investigação;
- Participação na organização de grupos de trabalho e eventos (por exemplo, em grupos de trabalho, em grupos de melhoria contínua da qualidade);
- Integração, consultoria e articulação com as Unidades Coordenadoras Funcionais do ACES (Diabetes, Saúde Materna, HTA, Saúde Infantil).

A articulação com outros serviços, hospitalares e/ou sociais, insere-se no âmbito das atividades acima descritas com o objetivo de intervenção no cuidado à pessoa e família, via URAP, ou consultoria às UF do ACES.

Em função destes dados é de prever uma evolução nos procedimentos de contratualização das diversas UF dos ACES e uma mais bem integrada gestão dos recursos humanos das URAP que

¹² Botelho H. (2018). *Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP*. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS para a área dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Lisboa, 5 de janeiro de 2018. 4 páginas.

colaboram com as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP) e UCC.

A APFISIO concorda com a recomendação do Exmo. Sr. Coordenador da CNCSP, Dr. Henrique Botelho, entendendo que há um espaço muito grande de desenvolvimento da intervenção da Fisioterapia nos CSP e que, no modelo atual, considera-se ser mais razoável que os fisioterapeutas estejam alocados a tempo inteiro nas URAP e que o valor do seu trabalho e os ganhos em saúde que promovem possam ser devidamente contabilizados numa estrutura de gestão adequada.

Capítulo II

Recursos humanos de Fisioterapia

Para operacionalizar esta dimensão serão considerados separadamente os recursos humanos de Fisioterapia que se consideram necessários para dar resposta à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito das Equipas Cuidados Continuados Integrados (ECCI) existentes nas UCC, e aqueles que se prevê serem necessários para uma adequada intervenção em Cuidados de Saúde Primários.

Recursos humanos de Fisioterapia para as ECCI

A RNCCI foi criada há cerca de 13 anos pelo Decreto-Lei Nº 101/2006 de 6 de junho. Normativos legais e orientações técnicas foram sendo implementadas e a consolidação desta oferta de cuidados deve ser considerada uma conquista importante para a sociedade portuguesa. As diversas tipologias de cuidados no âmbito da RNCCI preveem cuidados de saúde e sociais com características próprias e, em tempo próprio, o governo português decidiu atribuir os Cuidados Continuados Integrados domiciliários a equipas próprias a constituir nas UCC. A ausência de recrutamento de fisioterapeutas para dotarem as ECCI de recursos próprios, fez privar os CSP de fisioterapeutas que desenvolviam atividade de tipologia de CSP, forçando a sua inclusão nas ECCI.

Para dar consequência à proposta de aumento da resolutividade da Fisioterapia em CSP, tal como foi defendido pelo Sr. Ministro da Saúde em fevereiro de 2016, a APFISIO entende que deve haver um planeamento próprio de recursos para dar resposta às necessidades das ECCI, e, do mesmo modo, o mesmo planeamento deverá ser realizado para dotar Portugal de um número adequado de fisioterapeutas nos CSP que o afaste da posição muito má que ocupa no ranking europeu de fisioterapeutas por 100.000 habitantes nos serviços públicos de saúde. Recordamos que na atualidade, para cerca de 10 milhões de habitantes, Portugal dispõe de 150 fisioterapeutas nos CSP.

A experiência acumulada na RNCCI, a consolidação das práticas e as exigências impostas pelos normativos técnicos faz considerar ser necessário dedicar, em média, cerca de 90 minutos de atividade do fisioterapeuta por cada sessão de cuidados a uma pessoa internada na ECCI. Neste valor estão incluídos os tempos de deslocação e os de atividade não assistencial, bem como o

respeito pelas boas práticas assistenciais.

Este valor servirá de referencial para estimar as necessidades de fisioterapeutas para a carteira de serviços das ECCI. De referir que uma pessoa internada na ECCI que requeira cuidados de Fisioterapia, necessita daqueles cuidados com uma frequência não inferior a três vezes por semana, sendo expetável a prestação diária de cuidados de Fisioterapia e intervenção aos cuidadores.

Recursos humanos de fisioterapia para os Cuidados de Saúde Primários (URAP)

No respeito pela posição assumida pelo Exmo. Sr. Coordenador da CNCSP relativamente à alocação dos recursos humanos, e a qual a APFISIO apoia, consideraremos aqui os recursos humanos de Fisioterapia que deverão ser alocados às URAP e com os quais esta UF pode gerir na articulação com as demais UF, incluindo as UCC.

Os dois documentos de referência consultados, e os quais anexamos para melhor análise, apresentam propostas de rácio fisioterapeuta/habitante ligeiramente diferentes.

O documento do SFP¹³ refere que

“... considerando os constrangimentos enfrentados por serviços que têm um rácio 1/10.000 de fisioterapeuta por habitante, defendemos que existe um forte fundamento e uma grande dose de razoabilidade para admitir que o rácio de 1 fisioterapeuta para 6.000 habitantes constitui o valor que permite um planeamento mais adequado de intervenção em saúde na área da fisioterapia”.

Por seu turno, o Relatório do Grupo de Trabalho de Fisioterapia¹⁴, apresenta, nesta questão, os seguintes argumentos, que passamos a citar.

“...Parece razoável admitir a existência de duas referências de rácios distintos. Um rácio de 1 fisioterapeuta para 6.000/8.000 habitantes para regiões de interior, regiões muito envelhecidas e onde as pessoas se encontram dispersas e muito isoladas, e um rácio de 1 fisioterapeuta para 10.000/12.000 para as zonas de maior densidade populacional. Esta lógica de flexibilizar a distribuição de recursos humanos de acordo com as necessidades sociodemográficas, em saúde

¹³ SFP (2015). *Recursos Humanos de Fisioterapia no Serviço Nacional de Saúde - Um referencial para o estabelecimento do rácio Fisioterapeuta/Habitante*. Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses. Lisboa, novembro de 2015. p.6.

¹⁴ CNCSP (2016). *Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários: proposta para promover a resolutividade dos CSP e assegurar cuidados de fisioterapia*. Grupo de Trabalho Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério da Saúde. Lisboa. p.20.

e territoriais vai de encontro à realidade europeia atual, onde países com maior dispersão territorial apresentam rácios superiores.”.

A APFISIO defende que se deve caminhar no sentido de se adotar os valores propostos pelo Grupo de Trabalho de Fisioterapia e, caso o modelo permita evolução, estimada a partir de um processo de monitorização adequado, e baseado em indicadores de ganhos em saúde e de qualidade de serviço, acreditamos ser possível um maior investimento em recursos de Fisioterapia nos CSP, o qual será justificado por um retorno em resultados financeiros e de saúde favoráveis, o que permitirá robustecer o SNS e torna-lo mais eficiente e sustentável.

O Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas