



Ordem dos Médicos

COLÉGIO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Dezembro de 2016



Ordem dos Médicos

COLÉGIO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

Contributo para o grupo de trabalho nomeado pela

PORTARIA 252/2016 DE 19 DE SETEMBRO

Este documento apresenta a visão estratégica da Direção do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) para o desenvolvimento da especialidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

De acordo com os conceitos atuais de REABILITAÇÃO, propomos um modelo organizacional baseado na equipa multiprofissional de reabilitação, inclusivo de todos os grupos profissionais que intervêm nesta área e em que o doente e o cuidador estão no centro do modelo.

Acreditamos que o mesmo tem condições para potenciar sinergias entre as diferentes estruturas do Serviço Nacional de Saúde, internalizar intervenções em MFR nos CSP, tornar mais transparente e eficiente o processo de referenciação para os prestadores convencionados e ainda monitorizar o sistema.

ÍNDICE

1.	ENQUADRAMENTO da especialidade no Serviço Nacional de Saúde	4
2.	REABILITAÇÃO: Conceito atual	6
3.	MODELO ORGANIZACIONAL de MFR nos CSP	
	3.1. Introdução	8
	3.2. Panorama atual	9
	3.3. Implementação local	9
	3.4. Interligação com os Serviços Hospitalares	11
	3.5. Interligação com a Equipa Cuidados Continuados Integrados	12
	3.6. Articulação dos CSP com a Rede Convencionada de MFR	13
	3.7. Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	15
4.	O PAPEL DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE	17
5.	A MONITORIZAÇÃO DO SISTEMA	17
6.	CONCLUSÕES E PROPOSTAS FINAIS	18
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

Contributo para o grupo de trabalho nomeado pela

PORTARIA 252/2016 DE 19 DE SETEMBRO

1. ENQUADRAMENTO da especialidade no Serviço Nacional de Saúde

A Medicina Física e de Reabilitação (MFR) surgiu como especialidade médica em Portugal com os primeiros títulos de especialista em Fisioterapia Médica atribuídos pela Ordem dos Médicos (OM) em 1944.

Pelo Decreto-Lei nº225/70 de 18 de Maio a especialidade passa a adoptar o nome de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) tendo em conta “a evolução da medicina e a crescente atenção dispensada à reabilitação dos indivíduos com deficiências físicas e sensoriais”.

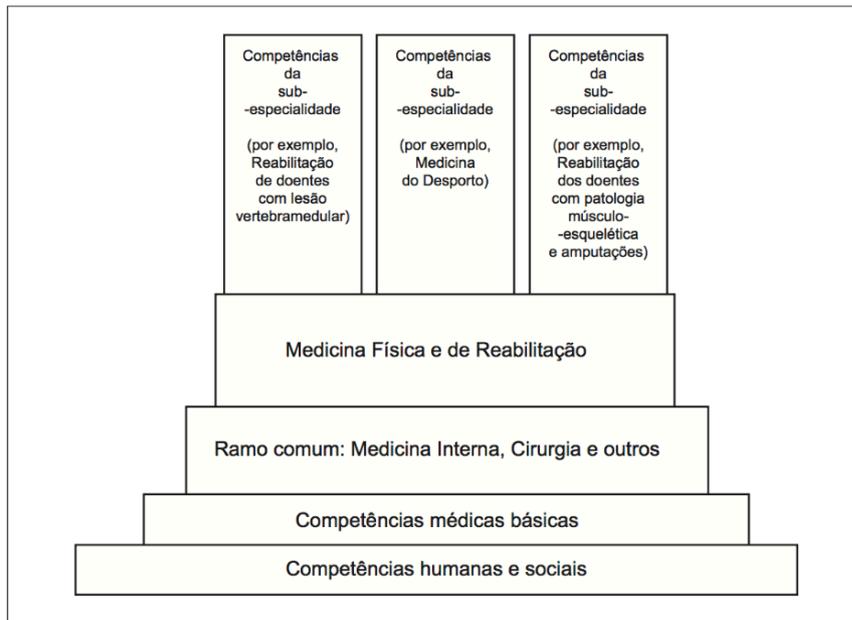
A especialidade tem sido reconhecida pela Ordem dos Médicos e pelo Ministério da Saúde como fundamental para o desenvolvimento de uma área médica que no século XXI se revela primordial, decorrente do envelhecimento da população, das catástrofes naturais e do próprio avanço dos conhecimentos médicos que permitem maior sobrevida mas com frequente instalação de incapacidades e limitações funcionais. Daqui decorre a necessidade de intervenção da equipa multiprofissional de medicina física e de reabilitação com objetivo de melhorar a qualidade de vida minorando as incapacidades e promovendo a participação familiar e social.

A Portaria nº 121/2012 publicada na 1ª série do Diário da República nº 84 de 30 de Abril regulamenta o programa de formação específica de 5 anos do médico especialista em MFR. Todos os anos tem sido pedido pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) à OM um aumento das capacidades formativas em MFR. Numa década, as vagas anuais quase duplicaram (25 no mapa de vagas para 2017). Prevê-se assim que a partir de 2018 haja 20 a 25 novos médicos especialistas por ano.

O médico especialista de MFR também denominado de médico fisiatra é assim, fruto de uma formação pré e pós-graduada, portador de competências únicas adquiridas ao longo de 12 anos de formação médica geral e específica e que lhe permitem fazer a integração diagnóstica e terapêutica delineando um programa de reabilitação integral e progressivo de acordo com a idade do utente e da fase aguda, sub-aguda ou crónica da doença de base. Consegue, recorrendo a um conjunto de técnicas médicas, resolver em ambiente de consulta, muitos quadros clínicos reduzindo o consumo de fármacos e evitando dias de incapacidade temporária para o trabalho. O período mínimo de 12 meses em internamento de reabilitação nos hospitais de agudos e em centros de reabilitação e os estágios em medicina interna, neurologia, ortopedia e reumatologia conferem-lhe competências que se revelam fundamentais na prática médica diária nos cuidados de saúde primários, particularmente na patologia do foro músculo-esquelético e neurológico. A formação é completada com estágios opcionais ou pós-graduações noutras áreas do conhecimento, incluindo Medicina da Dor, Pediatria, Urologia, Pneumologia e Cardiologia, conferindo assim um espectro alargado de saberes e competências clínicas.

A excelência da formação médica portuguesa é reconhecida em toda a Europa como atestam alguns exemplos bem conhecidos ou a aprovação em exames de especialidade nomeadamente o exame do *Board* Europeu de MFR.

Os especialistas em MFR desenvolvem a sua actividade em diversos ambientes, desde as unidades de agudos até ao contexto comunitário. Utilizam instrumentos de avaliação e de diagnóstico específicos e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais. (in Livro branco de MFR na Europa 2009)



Princípios de Competências

Tradicionalmente a atividade do médico fisiatra desenvolve-se ao nível de:

- Unidades hospitalares do serviço nacional de saúde (SNS) no âmbito dos Serviços de MFR, que dirige e onde coordena uma equipa multiprofissional constituída por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, enfermeiros gerais e enfermeiros de reabilitação, psicólogos, assistentes sociais;
- Centros de Reabilitação públicos ou privados onde a equipa acima descrita pode englobar ainda técnicos orto-protésicos, dietistas ou nutricionistas, professores ensino regular e especial, educadores de infância, professores de desporto adaptado.
- Cuidados de Saúde Primários.
- Medicina privada com integração em equipas multiprofissionais onde exerce as funções de diretor técnico. A atividade privada pode desenvolver-se em clínicas de MFR, clínicas multi-especialidades médicas ou hospitais particulares com serviços de MFR. Em qualquer dos locais para além da medicina privada podem existir acordos com os subsistemas de saúde, seguros de saúde ou com o serviço nacional de saúde (SNS);
- Unidades de Cuidados Continuados e Paliativos de acordo com a legislação que regula a sua atividade.

- Com competência ou pós-graduações em medicina desportiva, avaliação do dano, acupuntura médica, hidrologia médica participa igualmente nestes áreas do conhecimento médico integrando-se facilmente em equipas inter-disciplinares e multi-profissionais.

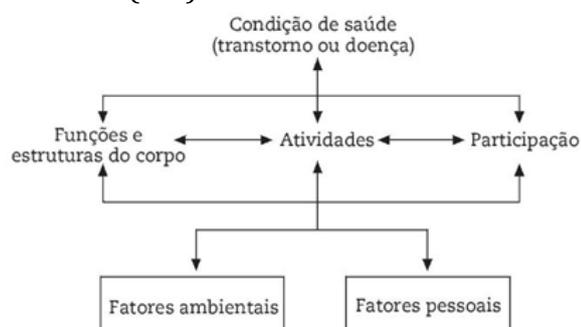
A especialidade tem modelos organizacionais quer nos centros de reabilitação quer nos hospitais que provaram ser eficientes, recursos humanos suficientes e em formação contínua anual pelo que apenas será necessário replicar o modelo nos cuidados primários de saúde à escala e com objetivos bem definidos. **A especialidade tem história, conhecimento, competência e saber consolidado e está integrada no SNS desde a sua criação**, pelo que parece desadequado importar modelos organizacionais de países onde a estrutura e a orgânica funcional dos cuidados de saúde difere da nossa sendo que em muitos desses países não se constataram melhores índices de saúde. Muitos deles embora tendo iniciado mais tarde a formação médica específica em MFR têm já uma representação muito significativa de médicos fisiatras. A Secção de MFR da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS) tem 31 países (28 da UE, Noruega, Islândia e Suíça). Para uma população de 500.000.000 existem mais de 14.000 especialistas em MFR e encontram-se em formação mais de 1500 jovens médicos. Em Portugal, em 2006 estavam no ativo 3,25 fisiatras/100.000 indivíduos. Este número deverá ser atualmente ligeiramente superior e encontra-se dentro da média europeia.

2. REABILITAÇÃO: CONCEITO ATUAL

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define **Reabilitação** como: «o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração».

As boas práticas de Reabilitação asseguram que o indivíduo incapacitado se encontrará no centro de uma abordagem multidisciplinar.

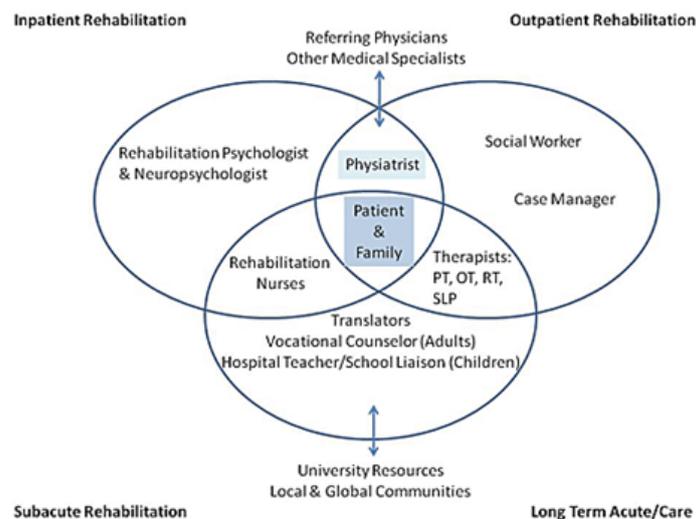
A OMS publicou a sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em 2001 (CIF).



Esta classificação é inerente a uma abordagem bio-psico-social em que as alterações das funções e estruturas do corpo são apenas um dos aspectos a considerar e será essencialmente nas funções e estruturas do corpo onde o fisioterapeuta, o enfermeiro de reabilitação, o terapeuta ocupacional, o terapeuta da fala poderá ter intervenção, sendo esta apenas uma das componentes a

reabilitar, não devendo as outras vertentes serem menosprezadas. É, portanto, essencial haver uma visão de conjunto quando se fala em Reabilitação.

O processo de Reabilitação é uma actividade pluriprofissional, que tem uma visão holística de forma a ir ao encontro das necessidades bio-psico-sociais dos indivíduos; depende por isso de uma boa comunicação entre os vários profissionais que constituem a equipa (fisiatra, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social,...).



Para que funcione, a equipa deve estabelecer objetivos de Reabilitação claros para o doente, relativamente aos quais tanto o doente como os seus cuidadores mais próximos possam ter uma participação ativa. O valor do trabalho de equipa neste contexto reside na possibilidade do resultado desse trabalho ser superior à soma dos trabalhos individuais dos profissionais. O trabalho de equipa produz melhores resultados na partilha de conhecimentos e de sobrecarga de trabalho.

Assim e de acordo com o conceito atual de reabilitação qualquer proposta que se centre apenas no trabalho de uma das partes da equipa, unilateral, «monovisual», eliminando completamente o dos outros profissionais envolvidos coloca em causa toda a filosofia inerente à Reabilitação. Uma proposta desse género evidencia a inexperiência de gestão de equipas em Reabilitação. Coloca um profissional não médico no centro do modelo organizacional, em que se advoga assumir as funções de médico. Cria a falsa permissa que um técnico com formação de 3-4 anos pode substituir um médico com licenciatura de 6 anos em Medicina seguida de 6 anos de especialização.

Impõe-se por isso a visão bidirecional, interdisciplinar e multiprofissional inerente ao conceito de reabilitação com o doente, a sua família e o médico especialista no centro do modelo.

Esta abordagem tem demonstrado ser mais eficaz e não mais dispendiosa do que a proporcionada num sistema *ad hoc*.

3. MODELO ORGANIZACIONAL DA MFR NOS CSP

Pretende este documento apresentar a proposta do Colégio de Medicina Física e de Reabilitação relativamente à melhoria de cuidados nesta área, com especial atenção ao adequado, eficiente e equitativo direcionamento dos recursos existentes. Para tal, e reconhecendo a existência de lacunas no sistema actual, pretende-se utilizar a excelente formação dos médicos de MFR realizada no e pelo Serviço Nacional de Saúde, posicionando estes profissionais em locais em que façam a diferença tanto em termos de cuidados prestados, como em termos de custo-efetividade.

3.1. Introdução

Pela portaria 252/2016 de 19 de Setembro o Exmo. Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde criou um grupo de trabalho de análise da Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório (MFRA) com competências para “a avaliação das situações existentes e a apresentação de novas propostas que conduzam a uma maior internalização de cuidados **no âmbito da MFR...**”

De igual forma o **Ministério da Saúde** na **Nota Explicativa ao Orçamento de Estado para 2017** refere como objetivo a “valorização da rede de cuidados de saúde primários” e dentro desta o “reforço de outras valências (Psicologia, Nutrição, **Medicina Física e de Reabilitação**)”.

O Colégio de MFR considera ser esta uma excelente oportunidade para organizar a Medicina Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários, ao mesmo tempo que está em curso a atualização da rede de referenciação hospitalar.

Tratam-se efetivamente de 2 situações interligadas, com fluxo bidirecional de utentes e em que todos os recursos e esforços de organização são fundamentais para a eficiência e eficácia do Sistema Nacional de Saúde.

Consideramos que este modelo organizacional deve permitir:

- uma efetiva realização de cuidados de Medicina Física e de Reabilitação integrados, justa e equitativa, sob coordenação médica de especialista em MFR;
- ao médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) líder da equipa de cuidados de saúde familiar, ter um apoio efetivo, eficiente e de proximidade do médico fisiatra do SNS;
- internalizar intervenções em MFR nos ACES que estejam de acordo com o estado de arte e sigam os padrões de qualidade que caracterizam o SNS;
- definir as intervenções em MFR nos ACES de forma a serem custo-efetivas e a trazer mais-valias para a população, nomeadamente em termos de deslocação;
- uniformizar a atividade das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) de acordo com a sua definição nomeadamente na avaliação

- integral de cuidados médicos e de reabilitação de pessoas em situação de dependência funcional;
- agilizar a articulação entre os serviços hospitalares e os ACES;
 - modernizar os modelos de referência dos ACES para os prestadores a convencionados de MFR: criar níveis de complexidade, informatizar a informação de retorno e o acesso à mesma em tempo real, incluir escalas de avaliação funcional que permitam determinar os ganhos em saúde e eficiência para os utentes e para o SNS.
 - criar comissões de verificação de qualidade de prestação de serviço de saúde.

3.2. Panorama atual

Nos CSP, resultado de opções regionais ou locais, as administrações regionais de saúde contrataram para os antigos centros de saúde, ainda que de forma pontual, médicos fisiatras e fisioterapeutas a tempo completo. Desde há mais de duas décadas que fisiatras estão contratados pela ARS Norte e exercem funções integrados nos ACES. Mais recentemente com a especialização em enfermagem de reabilitação alguns dos enfermeiros desses centros de saúde passaram a exercer funções como enfermeiros de reabilitação e outros assumiram funções de direção de enfermagem.

Como resultado desta não uniformização de critérios de contratação de recursos humanos, encontramos pelo território continental diferentes modelos de organização de cuidados de reabilitação desde centros de saúde sem qualquer profissional afeto a esta área da saúde, passando por centros de saúde com, tão só, um (1) fisioterapeuta até às mais recentes unidades locais de saúde (ULS) em que se tem procurado integrar os fisioterapeutas dos centros de saúde dentro da equipa multiprofissional do Serviço de MFR do Hospital de base. Os resultados finais desta ausência de critérios de base nacional são assim díspares colocando a população portuguesa sob diferentes níveis de cuidados de MFR no âmbito dos CSP. Não existe qualquer estudo com base metodológica comum pelo que estudos locais não podem e não devem nunca ser extrapolados para o todo nacional e apenas podem ser analisados como tal.

3.3. Implementação local

Quando a portaria refere **Medicina Física e de Reabilitação** implica a constituição de equipas organizadas, como tal com coordenação médica, clínica e necessariamente fisiatra da mesma, com uma equipa de maior ou menor dimensão e diferenciação de acordo com os objetivos a atingir.

O modelo de regulamento Interno das Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (**URAP**) na ARS Norte já previa em 2013 a presença do médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta da fala, enfermeiro de reabilitação na sua estrutura. Assim, e integrada nas unidades funcionais do ACES denominadas URAP, propomos a criação de **uma Unidade de Medicina Física e de Reabilitação (UMFR)** que intervirá localmente no espaço físico-sede do ACES (com replicação em alguns centros de saúde/USF dependendo da dimensão

populacional e área territorial em causa) e ainda no domicílio dentro das equipas de cuidados continuados integrados (ECCI).

O desenvolvimento deste tipo de Unidades de MFR deve obedecer a rácios populacionais e estar sempre dependente de um espaço físico próprio, instalação de equipamentos, recursos humanos e definição de objetivos concretos de intervenção na comunidade. Os recursos humanos devem ser dimensionados de acordo com os objetivos iniciais e sempre numa lógica de diferenciação da atividade a realizar e incluir a ECCI da área de reabilitação.

Não é possível criar um serviço de MFR em cada centro de saúde/USF. Em saúde ou na sua promoção, muitos dos serviços só funcionam numa lógica de economia de escala i.e. a partir de um determinado número de atos passíveis de realização e efetivamente realizados é que é possível dizer se houve ganhos quer para a população quer para o SNS. Nalguns casos poderá mesmo ser mais vantajosa a interligação com Serviços Hospitalares de MFR (ver 3.4).

Não devemos também colocar profissionais a trabalhar isoladamente dado que o conhecimento científico não é estático e a partilha de conhecimento e experiência é fundamental para o sucesso de qualquer proposta terapêutica.

Consideramos que só faz sentido pensar na criação destas Unidades de MFR nos ACES, depois de estabelecidos rácios e relações de recursos e equipamentos necessários, de acordo com a evidência científica atual e a experiência prática dos exemplos vigentes. A direção do Colégio de MFR disponibiliza-se desde já para colaborar na definição dos mesmos.

No ACES, o fisiatra terá como função principal coordenar os recursos humanos (enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais) e recursos materiais existentes, direcionando-os para os utentes que deles beneficiem. Tal gestão poderá passar por organizar, nos casos em que geograficamente e em termos populacionais se justifique, unidades locais com equipamentos de MFR, em que possam ser prestados tratamentos de reabilitação dirigidos às patologias mais prevalentes na área em questão. O fisiatra será ainda peça fundamental na interligação com os serviços hospitalares de MFR encaminhando os utentes com indicação para observação/tratamento em meio hospitalar ou recebendo utentes provenientes dos serviços hospitalares, e dessa forma assegurando uma verdadeira continuidade de cuidados adequados a cada fase da reabilitação. Finalmente, e talvez a mais importante, o fisiatra será o interlocutor privilegiado do médico de MGF, para assim determinarem em conjunto o melhor plano para cada utente, unindo conhecimentos com base semelhante mas vertentes complementares. Tal proximidade trará ainda a possibilidade de serem encontradas na região em causa outro tipo de intervenções em contexto comunitário (por exemplo, utilização de piscinas municipais, de ginásios de juntas de freguesia) que poderão ser indicadas nalguns grupos de utentes e numa lógica de educação para a saúde. Nestas intervenções poderá ainda o médico fisiatra promover a formação dos técnicos/profissionais responsáveis de forma a assegurar que os serviços prestados são os mais adequados para os utentes indicados.

Assim, e na prática, o médico fisiatra do ACES deverá realizar atividade em tempo completo e em exclusividade territorial de modo a anular conflitos de interesse e efetuará a consulta a utentes referenciados pelo médico de MGF,

concluindo da necessidade ou não de intervenção de outros profissionais e, se sim, quais os profissionais mais adequados para o caso em questão e em que contexto (centro de saúde, domicílio, serviço hospitalar, centro de reabilitação ou clínica convencionada). Caso seja apenas indicada intervenção de médico fisiatra, deverá ser mantido o seguimento em consulta se efetuada terapêutica farmacológica (com recurso a técnica invasiva ou não) ou não farmacológica (por exemplo plano de exercícios domiciliários) ou dar alta, se sem necessidade de qualquer intervenção. Nos casos de orientação para tratamento em centro de saúde ou em clínica convencionada, o médico fisiatra do ACES manterá seguimento em consulta para assim acompanhar a evolução do estado do utente em causa e poder suspender a intervenção instituída quando assim o justifique. Desta forma, manter-se-á a disponibilidade de recursos aos utentes que deles necessitam.

De referir que o desenvolvimento deste modelo organizacional deve ter em conta a avaliação de algumas experiências positivas nomeadamente a nível das Unidades Locais de Saúde (ULS). Tendo em conta a dimensão territorial de cada ACES e a sua base populacional é preciso definir se se opta numa primeira fase por articular com o centro hospitalar de referência ou se em cada ACES deve ser criada uma estrutura de MFR independente e de raiz.

O conceito de internalização obriga a definir a carteira de serviços, ou seja, que tipo de intervenção em MFR é possível ou desejável realizar dentro de cada ACES e das estruturas funcionais que o constituem, tendo em conta todas as valências da competência da MFR, nomeadamente a fisioterapia, a enfermagem de reabilitação, a terapia ocupacional e a terapia da fala.

Não é desejável que de forma repentina se interrompam modelos de acessibilidade em MFR que estão implantados há décadas. Dessa atitude resultará uma diminuição drástica e repentina no acesso a cuidados de MFR sem a necessária compensação de forma imediata por serviços internos dos ACES. Estaremos a pôr em causa a recuperação funcional de doentes que por doença ou acidente têm necessidade imperiosa de cuidados de MFR que permita o regresso a uma vida ativa e produtiva para a sociedade.

Um novo modelo só poderá ser introduzido de forma progressiva e muito provavelmente **ser iniciado com experiências piloto em ACES** que possam ser uma imagem real das diferenças territoriais e populacionais no todo do território continental português. Desde já o Colégio de MFR se disponibiliza para colaborar quer na implementação do modelo em locais que possam servir de experiência piloto, quer na monitorização da sua atividade durante o tempo que for considerado conveniente.

3.4. Interligação com os Serviços Hospitalares

Como acima referido considera-se da máxima importância a articulação entre os CSP e os Serviços Hospitalares (SH) de MFR. Existem algumas experiências pontuais nesta área, numa tentativa de aproximação entre as duas estruturas, mas sem efetiva partilha de interesses e conhecimento. Em algumas ULS e por força do seu próprio modelo organizacional esta articulação é já feita e em alguns casos está bem estruturada e implantada. De facto a existência de limite de

credenciais emitidas pelo médico assistente para tratamento em clínica convencionada, com obrigatoriedade de posterior marcação de consulta com Fisiatra do SH e ulterior decisão da necessidade ou não de continuidade de tratamento, constitui uma mais-valia para o sistema, introduzindo uma avaliação independente e de especialista da área em causa. Nestas consultas sediadas nos SH, muitas vezes designadas de “monitorização”, procede-se a uma avaliação da situação clínica e propõe-se um plano que é transmitido ao médico de MGF via SClínico, havendo desta forma a partilha de conhecimento diagnóstico e prognóstico necessária aos melhores cuidados dos utentes. Dada a proximidade existente, em alguns casos o médico fisiatra dos SH articula-se com centros de saúde específicos, recebendo apenas marcações de consultas dos mesmos. Tal permite a realização de reuniões com um interlocutor único, facilitando ainda contactos informais por via telefónica e via email para esclarecimento de dúvidas ou solicitação de observação de casos em consulta formal. Neste contexto as consultas de telemedicina em MFR, já pontualmente iniciadas, poderão ser uma mais-valia e ser assim impulsionadas.

Pensamos ser fundamental que esta articulação se torne efetiva em todo o território nacional o que aliás é também referido e proposto pela Rede de Referenciação Hospitalar de MFR. As vantagens parecem ser evidentes para os dois lados e com fluxo de doentes em ambos os sentidos. Esta relação deve ter em conta a complexidade previsível de cada doente e a necessidade que o mesmo possa ter de uma intervenção simultânea das várias áreas profissionais que constituem a equipa de trabalho de MFR (que pode existir no SH mas não existir no ACES ou mesmo na rede convencionada).

Assim será fundamental que por parte das Administrações Regionais de Saúde (ARS) haja uma recomendação para que entre as administrações hospitalares e as administrações dos ACES se promova a articulação do SH de MFR com o ACES e em conjunto se estude a melhor forma de implementação desta nova articulação entre estruturas do SNS. Numa primeira fase essa articulação deve passar por consultadoria presencial aos médicos de MGF, ligação direta ao médico fisiatra à medida que a sua presença se torne efetiva nos ACES ou por desenvolvimento dos já referidos programas de telemedicina sobretudo quando esteja em causa uma área territorial de maior dimensão.

A realização de ações de formação conjuntas multidisciplinares e multiprofissionais permitirá também desenvolver programas de intervenção quer no domínio terapêutico, quer na prevenção primária e secundária. **Numa lógica de defesa do SNS não devemos dispensar este tipo de articulação e sinergias.**

3.5. Interligação com a ECCI

A existência de médico fisiatra nos CSP, como já referido previamente, permitirá uma avaliação adequada dos doentes com correta indicação para tratamento domiciliário, por que profissionais da equipa (atendendo às especificidades do caso) e por quanto tempo, de acordo com a evolução acompanhada em consulta e objectivada por ganhos funcionais (escalas de avaliação funcional) ou clínicos. Este modelo permitirá a rotatividade de prestação de serviços, com disponibilização de vagas a mais doentes e adequação dos recursos limitados existentes. A integração e responsabilização do cuidador será fundamental.

Embora cada equipa de cuidados domiciliários tenha um contexto geográfico e populacional diverso, poder-se-á ainda evoluir para a construção de critérios de orientação para este tipo de intervenção em que o Colégio se disponibiliza para participar.

3.6. Articulação dos CSP com a Rede Convencionada de MFR

Como já referido parece inevitável que o SNS continue a contar com a rede convencionada em MFR. Temos a firme convicção que a MFR em Portugal deve ter a sua base de implantação no SNS (Serviços Hospitalares, CSP e Centros de Reabilitação) mas que terá de continuar a ter o apoio da rede convencionada e mais recentemente e num outro nível de atuação, da rede de cuidados continuados. A rede convencionada tem sido ao longo de décadas, em muitas zonas do país, o suporte do SNS para a prestação de cuidados em MFR.

Desde há pelo menos 10 anos que sucessivas direções do Colégio de MFR vêm alertando a tutela que é necessário mudar o paradigma de atuação nesta área tornando o sistema de referência mais eficaz e criando mecanismos que permitam ao SNS verificar a eficiência do sistema e os ganhos em saúde. Direções anteriores, insistiram junto da ACSS para a necessidade de ser ouvida a Ordem dos Médicos e um conjunto de peritos com a participação de outras entidades como a Direção Geral de Saúde (DGS) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Ninguém mais do que os médicos especialistas de MFR, considera que o modelo de referência que tem vigorado até agora necessita ser modernizado e reformulado, introduzindo padrões de avaliação clínico-funcional e de qualidade.

A ACSS desenvolveu um Sistema Classificação de Doentes (SCD) e uma metodologia de referência a partir da consulta de MGF. Relativamente a este sistema gostaríamos de nos debruçar sobre alguns aspetos que são a preocupação do Colégio e para a qual temos propostas concretas:

- Introdução imprescindível no processo de referência, de códigos específicos para consulta de fisioterapia, com valorização a definir, e que devem contemplar uma primeira consulta e uma consulta subsequente; nenhum utente pode iniciar ou terminar tratamento sem consulta médica da especialidade a realizar pelo diretor técnico ou por outro médico especialista em MFR por ele designado;
- Referência através da caracterização da doença de base que condiciona uma deficiência e uma incapacidade (pela doença e não pelo sintoma ou sinal); esta referência é efetuada pela medicina geral e familiar e/ou pelo médico fisiatra dos ACES no caso em que este exerça localmente essas funções; para efeitos imediatos de cálculo de despesa por parte do ACES consideramos que é tecnicamente correto definir 3-4 níveis de complexidade de doentes a que corresponderão apenas 3-4 níveis de valor final por credencial emitida; todas as incapacidades criadas pelo SCD desenvolvido pela ACSS poderão facilmente ser englobadas nesses 3-4 grupos de complexidade;
- Responsabilização do médico fisiatra da rede convencionada pela definição do programa terapêutico, caracterizando funcionalmente o utente à entrada e saída; este programa inclui também os casos específicos de referência para terapia da fala que deve seguir os mesmos procedimentos, i.e., deve ser efetuada uma avaliação em consulta através de um código específico e efetuada a prescrição

médica da especialidade; igualmente devem a APMFR e a ACSS definir níveis de complexidade do utente que necessita de terapia da fala para assim ficar desde logo definido um nível de faturação;

- Obrigatoriedade de informação de retorno com caracterização da evolução do utente e inclusão de escalas funcionais e sugestão de intervenção terapêutica ou esclarecimentos diagnósticos;

- Análise da informação de retorno por parte do médico de MGF e referenciação de acordo com a sua opinião clínica; em caso de dúvida referenciação para o médico fisiatra do ACES ou para o SH de MFR da área;

- Integração de processo de registo da consulta de MFR, incluindo a avaliação inicial, informação de retorno e caracterização clínica e funcional parametrizada, através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), numa plataforma informática acessível via plataforma de dados na saúde (PDS) no ACES e no prestador convencionado. Esta plataforma deverá disponibilizar várias escalas funcionais que serão escolhidas pelo médico fisiatra de acordo com a patologia do doente e experiência clínica; em articulação com o hospital ou pelo médico fisiatra do ACES, deverá ser efetuada formação específica para a MGF sob as várias escalas funcionais em utilização pela MFR.

Este circuito permite a desmaterialização da informação e uma informação de retorno acessível em tempo real e clinicamente correta. Este circuito via PDS existe hoje na relação entre os ACES e a rede convencionada de hemodiálise e portanto será tecnicamente possível colocá-lo em prática para a MFR.

Com estas propostas consideramos vir ao encontro das preocupações da ACSS no que se refere:

- _ **necessidade de um novo modelo de referenciação e definição de critérios de utilização a nível nacional;**

- **conhecimento prévio por parte dos ACES dos custos inerentes ao envio para entidade externa de um pedido de serviço que a sua estrutura organizacional não contempla.**

- _ **referenciação correta tendo por base a doença de base, um nível de incapacidade atribuído e um nível de complexidade daí resultante, deixando de ser o prestador a definir qual o valor final do serviço prestado;**

- **definição do programa terapêutico em função da avaliação médica da especialidade e das condições que cada prestador convencionado oferecer aos seus doentes;**

- **informação de retorno em tempo real, fidedigna, de leitura imediata, efetuada de acordo com critérios pré-definidos e passível de mostrar ou não benefícios clínicos e funcionais com o programa terapêutico prescrito e realizado;**

- **criação de mecanismos que permitam a equidade na acessibilidade à prestação de cuidados específicos de MFR e suporte em critérios de referenciação anual para intervenção em MFR (ver 4.).**

3.7. Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (excluindo ECCI)

Na maioria dos casos a entrada dos doentes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é efetuada por referência hospitalar. Outros potenciais referenciadores são a MGF e os centros de reabilitação. Tendo em conta o sistema de referência criado com fluxo de doentes entre os hospitais, a RNCCI e os CSP entendemos abordar este ponto desde a sua génese.

Equipas Hospitalares – Equipas de gestão de alta

A nível dos Hospitais consideramos que as equipas de gestão de alta (EGA) devem ser coordenadas por médicos fisiatras, que triam e referenciam adequadamente os utentes. Há hospitais em que por decisão do conselho de administração, o médico fisiatra foi incluído na EGA. Evitam-se assim desperdícios de tempo, de recursos e de resultados e tornamos o sistema mais eficiente.

Constata-se que a grande maioria dos doentes acaba por ser referenciado após observação do médico fisiatra. Esta observação condiciona a entrada nas diferentes tipologias (convalescença, média e longa duração) ainda que a decisão final seja tomada por outro. O fisiatra será ainda o profissional que melhor pode articular com as equipas de coordenação local (ECL).

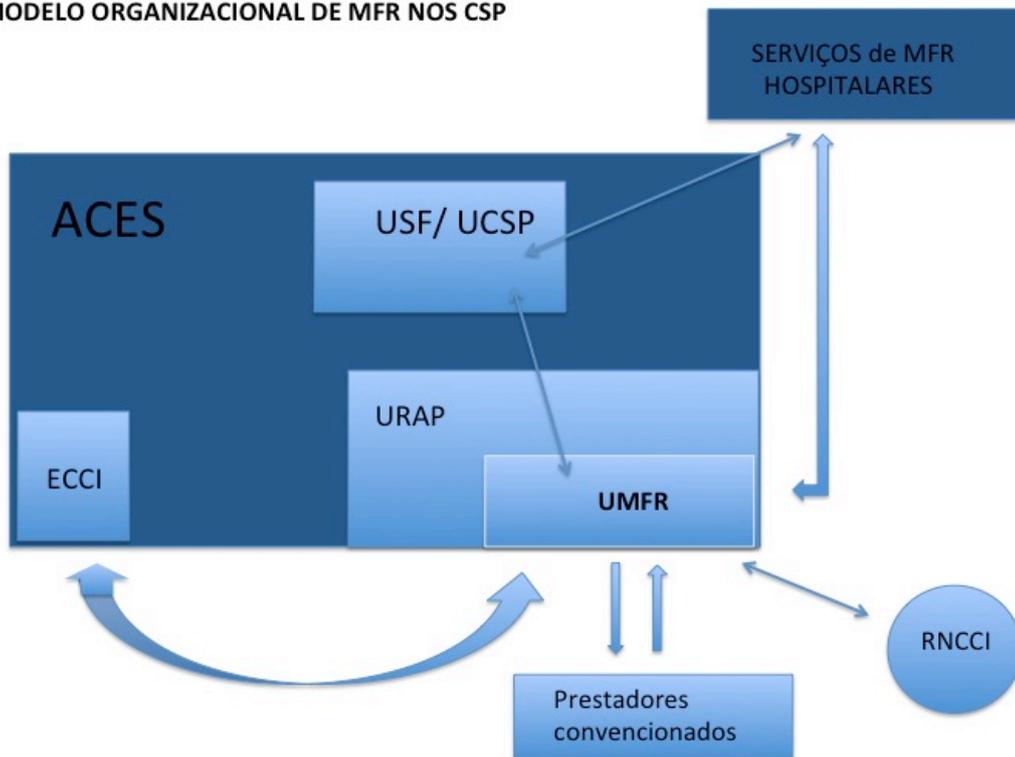
Unidades de Internamento

Na alta das unidades da RNCCI o doente é referenciado ao seu médico assistente no ACES. Este, de acordo com as necessidades de cuidados de reabilitação e do relatório médico da RNCCI, deverá encaminhar o doente para observação pela especialidade de MFR (do próprio ACES, da rede hospitalar nomeadamente nos casos de maior complexidade/incapacidade ou da rede convencionada). A observação por MFR deverá então definir quais os níveis de cuidados que o doente ainda necessita e assim efetuar o encaminhamento devido. Caberá ao médico fisiatra do ACES e/ou ULS a observação periódica e a definição dos tempos para acompanhamento, nomeadamente quando o doente se encontra no seu domicílio com apoio da ECCI.

3.7.3. Rede de Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos realizados através dos CSP, integrados por vezes na ECCI, com prestação de serviços de reabilitação e incluídos no plano de intervenção carecerá também de interligação com médico fisiatra do SH ou do ACES. O médico fisiatra realizará o programa de reabilitação adequado a cada caso, com intervenção de equipa multiprofissional adaptada às necessidades de cada doente.

MODELO ORGANIZACIONAL DE MFR NOS CSP



4. O PAPEL DA DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)

A direção do Colégio de MFR da OM tem repetidamente solicitado à DGS que sejam emitidas Normas de Orientação Clínica (NOC) no âmbito da especialidade de MFR para diversas patologias. Neste momento está apenas disponível a NOC do *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*.

Urge a criação de um grupo de peritos nomeados pela DGS com inclusão do Colégio e da SPMFR para que no mais curto espaço de tempo possível se consigam definir para as principais patologias, tempos médios de referência para intervenção da equipa de MFR, de acordo com critérios científicos e modelos em vigor noutros países europeus.

Este trabalho ainda que de máxima complexidade revela-se no nosso ponto de vista fundamental para garantir a uniformização de critérios de referenciação, equidade de acesso em todo o território nacional, responsabilização do doente e seus cuidadores no processo de reabilitação clínica, motora e funcional.

Consideramos que na fase crónica da doença e com incapacidade instalada, definida, estável e permanente, a intervenção da equipa de MFR sendo benéfica para o doente, não pode ser sistematicamente efetuada e suportada pelo SNS. Essa intervenção deverá focar-se também na educação para a saúde com ensino de técnicas específicas e adoção de comportamentos que permitam ao utente e seus cuidadores minorar a incapacidade.

Estamos conscientes que todos devemos contribuir para a sustentabilidade do SNS e que a emissão destas orientações e balizas terapêuticas em MFR são desde há muito fundamentais para a especialidade e para o país.

5. A MONITORIZAÇÃO DO SISTEMA

Cabe ao financiador efetuar a avaliação periódica dos prestadores de cuidados de saúde em MFR, através da reativação das comissões de verificação técnica. Estas devem ter na sua constituição/coordenação médicos fisiatras em exclusividade de funções públicas ou, na sua impossibilidade, sem conflito de interesses na área local/regional. Os médicos especialistas de MFR dos ACES, devem também ser parte das mesmas comissões de verificação técnica, de forma a melhor certificarem o serviço prestado.

O modelo de referenciação acima descrito irá permitir que o utente intervenha na regulação do mercado de prestação de serviços, dado ser este a definir a escolha do prestador, em função da carteira de oferta de serviços, tempo de resposta e qualidade prestada, concorrendo desta forma para uma prestação de cuidados de MFR mais exigente, mais justa e equitativa em termos nacionais.

6. CONCLUSÕES E PROPOSTAS FINAIS

Parece ser esta uma oportunidade única de desenvolver um modelo de organização dos cuidados de Medicina Física e de Reabilitação nos cuidados primários de saúde. Esta circunstância parece ainda mais significativa se coordenada com a organização dos cuidados hospitalares de MFR (Rede Nacional de Especialidades Hospitalares e de Referenciação - RNEHR de Medicina Física e de Reabilitação) atualmente em curso.

Com este documento, vem a direção do colégio de MFR evidenciar a sua total disponibilidade para que, através de consultadoria clínica, técnica e científica possam ser implementadas as seguintes propostas finais:

Nos CSP:

1. Cuidados de Reabilitação nos CSP centrados na equipa de Reabilitação;
2. Equipa de Reabilitação liderada por médico Fisiatra, que coordena, faz o diagnóstico funcional e prescreve o programa de Reabilitação;
3. Equipa de Reabilitação funcional, abrangendo cuidados locais e domiciliários, incluindo ECCI:
 - a. ACES integradas em ULS: articulação com Serviço de MFR/Fisiatra do Serviço Hospitalar integrado.
 - b. ACES não integrados em ULS: Criação de Unidades de MFR nas URAP e incorporação de um Fisiatra a tempo completo e sem conflito de interesses territoriais.
4. Carteira de serviços de MFR definida por cada ULS/ACES.

Na rede convencionada de MFR:

- 1- Consulta obrigatória de fisioterapia, primeira e subsequente, com valoração própria;
- 2- Criação de Sistema de Classificação de Doentes (SCD) com 4 níveis de complexidade:
 - a. *Nível 1 (maior complexidade): tendo como referencial os utentes com patologia neurológica central;*
 - b. *Nível 2 (complexidade intermédia): tendo como referencial os utentes com patologia neurológica periférica, amputação, patologia cardiovascular e respiratória;*
 - c. *Nível 3 (menor complexidade): tendo como referencial os utentes com patologia músculo-esquelética;*
 - d. *Nível 4: utentes com sessão única de tratamento.*

** no caso de doentes em idade pediátrica propõe-se a majoração em percentagem a definir.*

No SNS:

1. Definições de tempos de tratamento estabelecida por normas de orientação clínica (NOC);
2. Reativação das comissões de verificação técnica de âmbito alargado com auditorias clínicas e técnicas, com periodicidade bianual. Eventual integração do Fisiatra da ULS/ACES nas comissões de verificação;
3. Plataforma informática universal partilhada por todos os intervenientes.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Decreto-Lei nº225/70 de 18 de Maio
2. Portaria 252/2016 de 19 de Setembro
3. Portaria nº 121/2012, 1ª série do Diário da República nº 84 de 30 de Abril
4. Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação. Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. Versão Portuguesa, Março de 2009
5. www.euro.prm.org, acedido em 5 Dezembro 2016
6. Anthony B. Ward and Christoph Gutenbrunner, Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, J Rehabil Med 2006; 38: 81/86
7. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: Geneva: WHO; 2001.
8. Stucki G, Melvin J: The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying Model for the Conceptual Description of Physical and Rehabilitation Medicine. J Rehabil Med 2007; 39: 286-292;
9. Stucki G, Cieza A, Melvin J: The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying Model for the Conceptual Description of the Rehabilitation Strategy. J Rehabil Med 2007; 39: 279-285
10. Bent N, Tennant A, Swift T, Posnett J, Chamberlain MA. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. Lancet 2002; 360:1280-6.
11. Ministério da Saúde, Nota Explicativa ao OE 2017, Novembro 2016
12. Regulamento Interno, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (modelo), GT-URAPAssessoria dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte, I.P. Maio de 2013

DIREÇÃO COLÉGIO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

COIMBRA 9 DE DEZEMBRO DE 2016