

**Relatório do Grupo de Trabalho de Análise dos Cuidados  
de Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório**

**Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro**

**- março de 2018 -**



**Constituição do Grupo de Trabalho:**

Administração Central do Sistema de Saúde, IP (Função de coordenação dos trabalhos)	Ricardo Mestre
	Cláudia Medeiros Borges
	António Esteves
Direção-Geral da Saúde	Carla Pereira
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE	Cristina Carvalho
	Joana Barracosa
Administração Regional de Saúde do Norte; IP	Ana Miranda
	Fátima Goncalves
Administração Regional de Saúde do Centro, IP	Regina Pimentel
	Paula Amorim
	Paulo Rodrigues
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	André Biscaia
	Armando Almeida Braz
Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP	Luís Pereira
	Adriano Natário
Administração Regional de Saúde do Algarve, IP	Ester Coelho
	Luís Abobeleira
Coordenação Nacional para a reforma do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na área dos cuidados de saúde primários	Alcindo Maciel Barbosa
Coordenação Nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados	Manuel Lopes
Colégio da Especialidade de Medicina Física e Reabilitação da Ordem dos Médicos	Fernando Jorge Caldas
	Raquel Vilela
Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos	Lourdes Sousa
Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros	Manuel António Belo Costa
	Clarisse dos Santos Melo
Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação	Catarina Aguiar Branco
	Renato Nunes
Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar	Rui Nogueira
Associação Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação	Henrique Soudo
	Pedro Aguiar Branco
Associação Portuguesa de Fisioterapeutas	Emanuel Vital
	Gabriel Martins da Costa
Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala	Ana Isabel Tavares
	Andreia Alves de Melo
Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais	Elisabete Roldão
	Alexandre Sá



**Agradecimentos:**

Para a concretização do presente Relatório, o Grupo de Trabalho recebeu diversos contributos, de várias pessoas, às quais gostaríamos de agradecer.

Em particular, o nosso agradecimento para todos profissionais das diversas áreas da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que permitiram às várias entidades representadas neste Grupo de Trabalho apresentar as suas propostas e os seus contributos para a discussão.

Gostaríamos ainda de agradecer aos diversos peritos nacionais e internacionais da área da Reabilitação, da Epidemiologia e da Economia da Saúde que foram auscultados pelas entidades representadas no Grupo de Trabalho, nomeadamente pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação e pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.

Por fim, agradecemos ao Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Prof. Dr. Fernando Araújo, que constituiu este Grupo de Trabalho, e que concedeu o prazo adequado para entrega do presente Relatório, permitindo assim que tenha havido o tempo suficiente para discutir e integrar todos os contributos e propostas que foram sendo apresentadas pelos vários elementos e entidades que estiveram envolvidas na elaboração das medidas e recomendações constantes deste Relatório, as quais visam contribuir para o reforço das respostas de Cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no Serviço Nacional de Saúde.



**ÍNDICE**

1. Nota prévia.....	11
2. Sumário executivo .....	15
3. Enquadramento .....	18
3.1. Evolução de necessidades em saúde .....	23
3.2. Reforma do SNS .....	24
4. Diagnóstico da oferta atual de Saúde Física e de Reabilitação no SNS .....	26
4.1. Modelo organizacional atual.....	26
4.2. Recursos humanos da área da Saúde Física e de Reabilitação no SNS .....	28
4.2.1. Médicos especialistas de medicina geral e familiar .....	28
4.2.2. Médicos especialistas de medicina física e de reabilitação.....	30
4.2.3. Fisioterapeutas .....	31
4.2.4. Enfermeiros especialistas de reabilitação .....	32
4.2.5. Terapeutas ocupacionais .....	34
4.2.6. Terapeutas da fala .....	35
4.3. Cuidados de Saúde Física e de Reabilitação do SNS nas 5 ARS .....	37
4.4. Rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação .....	39
4.5. Setor convencionado com o SNS na área da reabilitação .....	41
4.6. Rede nacional de cuidados continuados integrados.....	45
5. Propostas de modelo organizacional para o horizonte 2017 - 2020 .....	48
5.1. Princípios do modelo proposto .....	49
5.2. Novo modelo organizacional proposto .....	50
5.3. Sistemas de Informação e Comunicação .....	53
5.4. Sistema de Classificação de Doentes.....	54
5.5. Financiamento da Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório .....	62
6. Medidas e recomendações .....	65
6.1. Medidas propostas .....	66
6.2. Outras Recomendações.....	90
6.3. Implementação através de projetos-piloto .....	91
7. Bibliografia .....	93
8. Anexos .....	100

## ÍNDICE DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

- Tabela 1 - Número de profissionais de Saúde Física e de Reabilitação ao serviço nas ARS
- Tabela 2 - Caracterização dos serviços de Saúde Física e de Reabilitação nas ARS, por ACES
- Tabela 3 - Despesa das ARS em MFR (sem taxas moderadoras)
- Tabela 4 - Despesa média das ARS por utente inscrito (sem taxas moderadoras)
- Tabela 5 - Despesa das ARS por ACES (sem taxas moderadoras)
- Tabela 6 - Atos realizados versus encargos do SNS em 2016
- Tabela 7 – Variação da despesa com atos e procedimentos realizados e pagos pelo SNS
- Tabela 8 – Grandes Grupos de Patologia na área da Saúde Física e de Reabilitação
- Tabela 9 – Proposta preenchimento TNF SClínico na área da Saúde Física e de Reabilitação
- Tabela 10 – Exemplo preenchimento automático qualificadores CIF
- Figura 1 – Proposta do novo modelo organizacional de referenciação em cuidados na área da Saúde Física e de Reabilitação
- Figura 2 – Atual preenchimento TNF SClínico
- Figura 3 - Proposta de referenciação e avaliação doentes Saúde Física e de Reabilitação

## LISTA DE SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- APFISIO - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
- APMFR - Associação Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação
- APTF - Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala
- APTO - Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CCI – Cuidados Continuados Integrados
- CEER - Colégio Especialidade de Enfermagem de Reabilitação
- CID - Classificação Internacional de Doenças
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade
- CN CCI – Coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados continuados integrados
- CN CSH – Coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde hospitalares
- CN CSP – Coordenação nacional para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde primários
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECL – Equipa Coordenadora Local
- ELI - Equipa Local de Intervenção
- ERPI - Estruturas Residenciais Para Idosos
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
- GT MFR A – Grupo de Trabalho de Análise dos Cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório
- ICM – Índice de case-mix
- ICPC – Classificação Internacional de Cuidados Primários
- IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
- MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- MFR – Medicina Física e de Reabilitação
- MGF – Medicina Geral e Familiar
- NOC – Normas de Orientação Clínica
- OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OM - Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

RRH MFR - Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação

SCD\_ReabA – Sistema de Classificação de Doentes-Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório (SCD-ReabA)

SIGA – Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMFR – Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

TMRG – Tempos Máximos de Resposta Garantidos

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Local de Saúde

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WONCA – World Family Doctors Caring for People

## 1. Nota prévia

Garantir a melhoria contínua e a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde e de Proteção Social é um desafio que os vários países do mundo enfrentam, nomeadamente os países mais desenvolvidos, procurando assim assegurar elevados níveis de qualidade de vida e de bem-estar para os cidadãos.

De facto, a pressão crescente para o aumento das despesas em saúde e apoio social - resultantes das alterações dos padrões epidemiológicos e demográficos, do aumento das expectativas e exigências dos cidadãos, da globalização, dos avanços científicos e civilizacionais que se têm registado, entre outros fatores -, conjugada com o quadro de enorme rigor orçamental que se vive um pouco por todo o mundo, tem exigido que os vários agentes envolvidos na operacionalização das respostas asseguradas pelos Sistemas de Saúde e de Proteção Social, nomeadamente pelos processos de prestação direta de cuidados, adotem uma atitude responsável e realista na gestão dos recursos disponíveis, procurando uma resposta adequada, eficiente e efetiva às reais necessidades em saúde da população.

Esta realidade tem conduzido os países a desenvolver reformas estruturais nas diversas áreas de intervenção dos Sistemas de Saúde e de Proteção Social, procurando implementar novos modelos de prestação de cuidados que assegurem a universalidade dos cuidados, em simultâneo com elevados níveis de desempenho em termos de acesso, de qualidade e de eficiência.

Em Portugal, a constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS), assente nos valores da solidariedade, da universalidade e da equidade, tem contribuído de forma decisiva para os ganhos em saúde e bem-estar que se têm registado nas últimas décadas, para o aumento dos níveis de desenvolvimento humano e económico e para o reforço da coesão social do país.

Para que o SNS continue a responder com qualidade às necessidades em saúde dos cidadãos, encontram-se em curso diversas reformas que visam reforçar este serviço público nas suas diferentes áreas de intervenção, de forma a fomentar a implementação de medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença, de redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, de reforço do papel do cidadão na gestão do seu estado de saúde, entre outros objetivos.

Considerando a sua importância, atual e futura, para a qualidade de vida e o bem-estar da população, a área específica da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação tem merecido especial atenção em Portugal.

É neste contexto que se pretende reformular a resposta do SNS na área da Saúde Física e de Reabilitação, procurando adaptá-la cada vez mais às exigências de uma sociedade moderna e que persegue a melhoria contínua da qualidade de vida dos seus cidadãos, como é o caso do nosso país.

De entre as várias medidas em curso para alcançar este desiderato, destaca-se a iniciativa legislativa de publicação da Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro, através da qual se criou um Grupo de Trabalho de Análise da Medicina Física e de Reabilitação em Ambulatório no SNS (GT MFR A), com a responsabilidade de propor uma nova estratégia para a prestação de cuidados de Reabilitação no SNS.

Esta nova estratégia deve olhar para o processo de reabilitação/recuperação de forma mais compreensiva e global do que tem acontecido até agora, não só em termos da abrangência da sua intervenção (a procura de cuidados de Reabilitação surge com uma exigência de resposta cada vez mais precoce e rápida na fase aguda e subaguda, para além de que é cada vez mais chamada, na fase crónica, a apoiar a continuidade das respostas a casos mais graves e incapacitantes, numa população crescente de idosos com idades cada vez mais avançadas), como também em relação aos recursos técnicos e humanos que são necessários para assegurar as intervenções assistenciais realizadas à população.

É neste contexto que o GT MFR A consensualizou utilizar o conceito de Saúde Física e de Reabilitação, nomeadamente para as respostas no âmbito dos cuidados de saúde primários. Alerta-se desde já para o facto de este ter sido reconhecido como o termo mais consensual embora nem todas as entidades representadas no GT MFR A concordassem em absoluto com a utilização desta terminologia, conforme se expressa nos documentos que foram apresentados pelas várias entidades, e que constam dos anexos a este Relatório.

Paralelamente, e considerando que este GT MFR A abordará sobretudo a organização de cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários, assim como a sua referenciação para os diferentes níveis de prestação do sistema de saúde, entende-se que a correta denominação do presente GT MFR A deveria ser Grupo de Trabalho de Análise dos Cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório – GT CSFRA. No entanto, considerando a designação da Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro, manter-se-á a denominação de GT MFR A.

Este GT MFR A é coordenado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), que dirige os trabalhos, e conta com a presença de representantes da Direção-Geral da Saúde

(DGS), da SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, das 5 Administrações Regionais de Saúde (ARS), das Coordenações Nacionais para a reforma do SNS na área dos cuidados de saúde primários (CN CSP), e dos cuidados continuados integrados (CN CCI), dos Colégios das especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) e de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) da Ordem dos Médicos, da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros (OE), Sociedades Científicas e Associações Profissionais do setor, e de vários parceiros envolvidos no processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS.

A constituição de um grupo tão alargado, mas representativo dos agentes e dos interesses que se relacionam e que operam no âmbito da Saúde Física e de Reabilitação, encerra a expectativa de que o resultado final possa refletir não apenas a multiplicidade de visões, como também o consenso necessário para ajustar as respostas presentes e futuras do SNS às necessidades em saúde dos cidadãos, essencialmente daqueles que têm limitações de funcionalidade.

Foi neste pressuposto, e com esta ambição, que o GT MFR A desenvolveu a sua atividade, dividindo a organização dos trabalhos em três etapas subsequentes, em que a primeira e a terceira se concretizaram através de reuniões plenárias para debate entre todos os elementos do GT MFR A, e em que a segunda etapa permitiu que a realização do trabalho em dois grupos, cada um dedicado a uma das seguintes subáreas específicas:

- a) Definição do modelo organizacional de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório;
- b) Redefinição do Sistema de Classificação de Doentes (SCD) de MFRA ao nível da informação base a recolher e da plataforma/SI de registo por parte dos médicos de MGF e dos prestadores.

O Relatório agora elaborado pelo GT MFR A não pretende esgotar a discussão sobre todas as temáticas referentes à prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, concentrando-se antes nos objetivos definidos na Portaria já referida, pelo que pretende identificar um conjunto de áreas de melhoria no âmbito da organização e do relacionamento entre os vários prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, dirigidas especificamente à melhoria do acesso e à internalização destes cuidados no SNS, concretizadas através de recomendações e medidas concretas para que essas melhorias sejam exequíveis e alcançáveis no curto/médio prazo (até 2020).

A estrutura deste Relatório está dividida em sete capítulos que se desenvolvem após esta Nota Prévia e o Sumário Executivo que se apresenta em seguida. Assim, e para além do terceiro capítulo destinado ao Enquadramento do trabalho realizado, podemos ainda encontrar um quarto capítulo dedicado à caracterização da situação atual em termos de respostas de Saúde Física e de Reabilitação no âmbito dos cuidados de saúde primários, um quinto capítulo onde se aborda de forma mais exaustiva as necessidades em saúde e as orientações para a prestação destes cuidados, um sexto capítulo que apresenta propostas para o novo modelo organizacional a desenvolver até 2020 e um último capítulo onde se explicitam um conjunto de medidas e recomendações que vão ao encontro das oportunidades de melhoria identificadas.

Importa também referir que o Relatório que agora se apresenta conta com os contributos de todos os elementos do GT MFR A e considera todos os documentos produzidos pelas várias entidades que o compõem, e que serão publicados na sua versão original, como anexo ao presente Relatório.

Este documento deve ser encarado numa perspetiva construtiva e de melhoria contínua, evoluindo em função da discussão e debate que o mesmo possa vir a originar. As medidas e recomendações propostas deverão ser densificadas na sequência da análise crítica deste documento, podendo as mesmas vir a ser alteradas ou substituídas por outras, com os mesmos objetivos e consequências para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito da Saúde Física e de Reabilitação em Portugal.

## 2. Sumário executivo

O SNS depara-se atualmente com diversos desafios, desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, pelas mudanças nos padrões de doença e de estrutura social, pela pressão da inovação tecnológica, pela mobilidade geográfica e pelos baixos níveis de criação de riqueza que se têm registado em Portugal nos últimos anos.

Através do presente Relatório apresenta-se uma proposta para implementação de um novo modelo organizacional para a prestação de cuidados de MFR que reforce as respostas dentro do SNS, nomeadamente no âmbito dos cuidados de saúde primários, com a criação de Unidades de Saúde Física e de Reabilitação, assim como uma nova perspetiva de avaliação de necessidades de Saúde Física e de Reabilitação, de gestão da informação e de articulação entre todos os prestadores de cuidados desta área, incluindo os do setor convencionado.

Esta proposta baseia-se no conceito global de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação e pretende respeitar a diferenciação técnica e científica dos diversos profissionais que desempenham a sua atividade nesta área, procurando incentivar a implementação das melhores práticas clínicas e de gestão no SNS, de forma a responder cada vez melhor às necessidades em saúde da população e a criar valor, não só no Sistema de Saúde Português, mas também na sociedade em geral.

Na realidade, através desta proposta pretende-se responder ao desafio colocado pela Portaria N° 252/2016, de 19 de setembro - redesenhar a estrutura de oferta de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação para os portugueses -, o que exige que se mantenha uma visão macro na organização do Setor da Saúde e, simultaneamente, uma perspetiva micro, centrada no cidadão, nas suas necessidades concretas, nos fluxos e percursos, pois é aí que o utilizador dos serviços de saúde se movimenta à procura de soluções para melhorar a sua saúde e o seu bem-estar.

Responder a este desafio exige um debate sobre a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação e uma reflexão sobre o seu alinhamento com as atuais políticas de reforço do papel do SNS, as quais passam pela reforma que se encontra em curso nos cuidados de saúde primários, nos cuidados hospitalares, nos cuidados continuados integrados, nos cuidados paliativos, na vertente da integração de cuidados e do reforço da literacia em saúde, entre outras.

Em termos gerais, a proposta que consta do presente Relatório do GT MFR A permite identificar diversas áreas de melhoria nas respostas do SNS na área da Saúde Física e de Reabilitação, partindo da identificação das principais fragilidades existentes nesta área, com destaque para as seguintes:

- ✓ Verifica-se uma falta de equidade no acesso a cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no país, que urge colmatar;
- ✓ Não tem havido uma estratégia política sustentada para o desenvolvimento integrado da Saúde Física e de Reabilitação no âmbito do SNS;
- ✓ A oferta de cuidados na área da Saúde Física e de Reabilitação assume, atualmente, diferentes modelos de resposta assistencial - em centros especializados de Reabilitação, em internamento e ambulatório hospitalar, em entidades convencionadas na área da Medicina Física e de Reabilitação (MFR), em alguns Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) -, que não são planeadas em conjunto, não estão devidamente articulados e não possuem uma estratégia de comunicação clínica e um fluxo comum e centrado nas necessidades e nos trajetos das pessoas, o que dificulta o acompanhamento e a monitorização dos resultados.
- ✓ Há uma importante disparidade na distribuição dos recursos disponíveis para a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, existindo experiências pontuais de articulação entre vários agentes (profissionais dos cuidados primários, serviços hospitalares, autarquias locais, entre outras) que não estão devidamente estruturadas, potenciadas e replicadas a nível nacional;
- ✓ É reconhecido que o SNS não dispõe ainda de todos os recursos materiais e humanos para oferecer uma resposta completa em termos Saúde Física e de Reabilitação aos cidadãos, sendo na maioria das vezes confrontado com a necessidade de recorrer a entidades do setor social e privado para suprir as limitações com que se debate nesta área, alocando assim uma importante fatia de despesa à contratação desta atividade com entidades terceiras (cerca de 75 M€ anuais).

Partindo destas limitações históricas, identificando áreas de melhoria e contando com os contributos de todas as entidades envolvidas no funcionamento do GT MFR A, foi possível apresentar várias recomendações e iniciativas concretas para melhoria da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, com especial destaque para as 10 medidas que aqui se sintetizam, nomeadamente:

- 1. Criar Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários, multiprofissionais e interdisciplinares**, que permitam o acompanhamento de cidadãos com necessidades avaliadas em função de instrumentos e de escalas de medição, agrupadas através de sistemas de classificação de doentes;

2. **Redefinir o processo de referenciação de cidadãos para as diversas tipologias de rede de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS**, baseando-o na avaliação clínica efetuada pelo médico de família e no grau de funcionalidade (por referência à CIF);
3. **Elaborar Normas Clínicas e Organizacionais** que enquadrem os processos assistenciais integrados para os grandes grupos de patologias da área da Saúde Física e de Reabilitação;
4. **Conceber o modelo de registo da atividade de todos os profissionais da área e operacionalizar a criação de um Sistema de Informação Integrado de Saúde Física e de Reabilitação**, desmaterializando os canais de comunicação e permitindo a partilha de informação entre todos os intervenientes no processo assistencial de Saúde Física e de Reabilitação;
5. **Criar um Sistema de Classificação de Doentes para área da Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório (SCD-ReabA)**, baseado em instrumentos de avaliação e em escalas de medição validadas;
6. **Identificar um painel de indicadores de acesso, de qualidade e de eficiência para a área da Saúde Física e de Reabilitação**, que permita a monitorização e a avaliação dos resultados alcançados;
7. **Estabelecer um modelo de financiamento para a Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, baseado no SCD-ReabA**, composto por um preço compreensivo definido em função da complexidade do cidadão e por uma componente de avaliação do desempenho, apurada em função da avaliação efetuada no início e no fim da realização do plano de cuidados;
8. **Criar obrigatoriedade de recolha de informação económico-financeira dos prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação** que integram o SNS, ou que possuem contratos para a prestação destes cuidados a utentes do SNS;
9. **Implementar o SIGA MCDT para a vertente de Saúde Física e de Reabilitação**, de forma a monitorizar os tempos de resposta que são assegurados aos cidadãos que são utentes do SNS;
10. **Criar um programa de literacia em saúde e de formação de familiares / cuidadores**, no âmbito da Saúde Física e de Reabilitação.

Conforme se constata, a perspetiva utilizada para as propostas aqui apresentadas pretende introduzir um conjunto de medidas e recomendações particularmente direcionadas ao cumprimento dos objetivos traçados ao presente GT MFR A e a responder às principais áreas de melhoria identificadas na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em Portugal.

### 3. Enquadramento

O acesso à Saúde Física e de Reabilitação constitui um direito humano fundamental consagrado pela Carta das Nações Unidas e pela resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2005.

Trata-se de uma conquista civilizacional que importa preservar e aperfeiçoar, envolvendo cada vez mais os cidadãos e os seus familiares ou cuidadores (formais e informais) no contínuo da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, aprimorando os mecanismos de participação e de corresponsabilização das entidades da comunidade em geral e encontrando soluções concretas para responder às necessidades da população, de acordo com os recursos e as condições efetivamente existentes para a prestação destes cuidados.

Neste contexto, a reflexão sobre a reorganização do modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que aqui se apresenta pretende ser um processo centrado na resposta às necessidades em saúde dos portugueses, pensado de forma transversal a todo o SNS e amplamente participado por parte dos representantes dos diversos prestadores de cuidados.

Assume-se assim que estamos perante uma oportunidade única para propor um novo modelo de resposta de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, global e integrado, que garanta aos cidadãos um *continuum* na prestação de cuidados ao longo da sua vida, que esteja baseado na identificação objetiva das necessidades em saúde e na partilha da informação, e que fomente uma articulação mais próxima e ágil entre os prestadores de cuidados de saúde desta área.

É com esta missão que o GT MFR A criado através da Portaria N° 252/2016, de 13 de setembro, analisou a realidade atual em termos de respostas de Saúde Física e de Reabilitação no SNS e que apresenta propostas concretas para a sua melhoria nos próximos anos, incidindo essencialmente na “... maior internalização dos cuidados no âmbito da MFRA nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados de Saúde Hospitalares; em modelos de organização e prestação de cuidados de MFRA nos Cuidados de Saúde Primários; em requisitos funcionais e novos fluxos de informação que determinem alterações aos sistemas de informação existentes no SNS; em modelos de articulação da MFRA e de continuidade de cuidados entre todos os prestadores, designadamente no domicílio; na evolução do pagamento ao ato com os convencionados para pagamento compreensivo; na ponderação dos valores das taxas moderadoras; em incrementar e garantir a troca de informação clínica entre a MGF e a MFR, permitindo identificar os ganhos em saúde; no controlo da qualidade dos cuidados prestados; na simplificação e desmaterialização dos processos”.

Nos termos do disposto no artigo 4.º da Portaria 252/2016, de 13 de setembro, é referido no n.º 1, que *“compete ao Grupo de Trabalho de Análise da MFRA a avaliação das situações existentes e a apresentação de novas propostas que conduzam a uma maior internalização de cuidados no âmbito da MFR, nomeadamente nos CSP e nos CSH, com maior enfoque na centralidade da equipa de saúde familiar e com centralidade no doente e nos seus problemas de saúde, sendo que deverá propor:*

- a) Modelos de organização e prestação de cuidados de MFRA nos CSP, identificando a carteira de serviços e as prioridades de intervenção desta área nos CSP, respeitando o papel do médico de MFR;*
- b) A definição dos requisitos funcionais e novos fluxos de informação que determinem as alterações aos sistemas de informação existentes no SNS a efetuar pela SPMS, com o apoio da ACSS, permitindo o registo dos profissionais de saúde, a avaliação e monitorização dos resultados, a produção de indicadores, o planeamento e contratualização;*
- c) A realização de estudos que validem as boas práticas e avaliem o seu impacto clínico e económico;*
- d) A criação de modelos funcionais de articulação da MFRA entre os CSP, CSH e CCI;*
- e) A criação de modelos de continuidade de cuidados entre a MFRA dos CSP e as Unidades de Cuidados na Comunidade/Equipas de Cuidados Continuados Integrados, em termos do trabalho desenvolvido no domicílio;*
- f) A criação de experiência-piloto nos cuidados de saúde primários, que demonstrem a sua mais-valia na obtenção de ganhos em saúde e eficiência para os cidadãos e para o SNS;*
- g) A apresentação de um plano estratégico que garanta a sustentabilidade futura dos modelos que sejam preconizados, numa lógica centrada nas necessidades da população, em termos de equipa multidisciplinar.”*

É ainda referido no n.º 2, que *“o Grupo de Trabalho de Análise MFRA deve, ainda, elaborar um conjunto de recomendações no âmbito dos serviços prestados por entidades convencionada, designadamente:*

- a) Sugerir recomendações de melhoria em função dos constrangimentos identificados no desenvolvimento da Portaria n.º 178-A/2016, de 1 de julho, no sentido da evolução do modelo de pagamento ao ato para o pagamento compreensivo, bem como ponderar os valores das taxas moderadoras correspondentes;*
- b) Propor soluções para incrementar e garantir a troca de informação clínica entre a MGF e a MFR, em ambos os sentidos de forma objetiva, permitindo identificar os ganhos em saúde;*

c) *Identificar mecanismos de controlo de qualidade de cuidados prestados, nomeadamente a elaboração de normas clínicas, indicadores e de um plano de auditorias ao processo de MFRA, através da DGS e da ACSS;*

d) *Apresentar propostas para que o processo da MFRA desde a referenciação à partilha dos resultados seja objeto de desmaterialização integral e simplificação dos procedimentos, através da especificação de requisitos e fluxos funcionais que se pretendam que sejam implementadas pela SPMS, com o apoio da ACSS.”*

Para que o GT MFR A possa cumprir a sua missão, apresentando as propostas e as recomendações que permitam alcançar os objetivos definidos, e sendo o objeto a prescrição de cuidados por parte dos Cuidados de Saúde Primários, importa que ao invés do conceito de “Medicina Física e de Reabilitação”, que é utilizado na Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro, se utilizasse o conceito de “Saúde Física e de Reabilitação” para definir as futuras equipas dos cuidados de saúde primários, dado este segundo ser uma terminologia não relacionada com uma especialidade médica mas sim com saúde, à semelhança do que sucede com os restantes cuidados prestados em cuidados de saúde primários (Saúde Materna em vez de Ginecologia ou Saúde Infantil em vez de Pediatria, por exemplo).

De facto, a MFR é a *“especialidade médica responsável pelo diagnóstico, prevenção, tratamento, reabilitação e integração do indivíduo afetado funcionalmente por doença, traumatismo ou deficiência, em todas as idades e nas condições agudas e crónicas”*, conforme referido na Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação (RRH MFR), aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 28 de fevereiro de 2017. Ainda neste documento, é clarificado que a MFR é a *“área de especialização médica que tem por objetivo principal contribuir de modo científico para a reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por doença ou traumatismo e baseia a sua atuação numa abordagem própria no exame médico e na avaliação da funcionalidade”*.

No entanto, hoje em dia, importa olhar para o processo de reabilitação/recuperação de forma mais compreensiva e global, não só em termos da abrangência da sua intervenção (a procura de cuidados de Reabilitação surge com uma exigência de resposta cada vez mais precoce e rápida na fase aguda e subaguda, para além de que é cada vez mais chamada a apoiar a continuidade das respostas a casos mais graves e incapacitantes, numa população crescente de idosos com idades cada vez mais avançadas - fase crónica), como também em relação aos recursos técnicos e humanos que são necessários para assegurar as intervenções assistenciais realizadas à população com este tipo de necessidades de cuidados.

Através do processo de Saúde Física e de Reabilitação procura-se, primeiro, promover a saúde em termos globais e prevenir a doença e minimizar, tanto quanto possível, o impacto negativo de condições de saúde que comprometam a qualidade de vida futura dos cidadãos, promovendo a sua recuperação física e psicológica através de programas terapêuticos adequados e de natureza multidisciplinar, que visam a obtenção da máxima funcionalidade, com o objetivo de promover a sua rápida reinserção familiar, ocupacional e social.

O sucesso dos processos de Saúde Física e de Reabilitação está intimamente relacionado com a existência de políticas públicas transversais, que vão desde a saúde, à educação e formação das pessoas e dos profissionais, ao emprego, à segurança social, ao controlo ambiental, ao desporto e ao lazer, e que facilitem os processos de integração e de complementaridade entre estas áreas.

No caso específico do Setor da Saúde, a desejável elevada qualidade dos processos de Saúde Física e de Reabilitação implica a integração dos diferentes níveis de cuidados - cuidados de saúde primários, hospitalares, centros especializados de Saúde Física e de Reabilitação, respostas da RNCCI, serviços convencionados do setor privado e social, serviços privados sem convenção ou acordos com o SNS -, fundamentalmente em regime de ambulatório, mas também em regime de internamento.

A Saúde Física e de Reabilitação foi vista durante muito tempo como uma derradeira componente de abordagem, depois da promoção da saúde, da prevenção da doença e do tratamento. Hoje em dia, de forma a otimizar o potencial de saúde do indivíduo e o seu bem-estar, a visão da intervenção em saúde evoluiu para a completa integração das componentes: promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Procura-se assim maximizar os benefícios potenciais das intervenções em Saúde Física e de Reabilitação, a nível bio-psico-social, promovendo a independência funcional, segundo um modelo de atuação precoce, centrado no cidadão e no seu contexto, de proximidade, seguido de um verdadeiro contínuo de cuidados, que percorre todas as etapas subsequentes, até à eventual necessidade de cuidados de manutenção ou de retardamento da evolução da doença e sequelas.

Em Portugal, vários estudos e análises (incluindo a do presente GT MFR A) sugerem que o atual modelo de organização dos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação necessita evoluir, sendo inadiável fazê-lo com um envolvimento coletivo das organizações e dos agentes de Saúde Física e de Reabilitação que interagem com o SNS, de forma a propor um modelo de organização mais centrado na resposta aos cidadãos, que esteja integrado de forma equilibrada no SNS e que assim possa concorrer para a sustentabilidade deste Serviço Público.

Este é um desiderato que se impõe, na medida em que um SNS que não responda às necessidades em saúde dos cidadãos, ou que o faça sem sustentabilidade, não consegue alcançar os elevados níveis de acesso, de qualidade e de eficiência que se desejam, e como tal não serve à sociedade.

Esta proposta pretende responder às crescentes necessidades em saúde dos cidadãos na área da Saúde Física e de Reabilitação e encontra-se assente na análise da realidade atual, no conhecimento técnico das várias entidades que desenvolvem a sua atividade profissional nesta área e em dados produzidos pela investigação científica e epidemiológica, criando assim uma base sólida de evidência que consideramos ser útil para o decisor político.

Esta base de evidência permite reconhecer que:

- Os cuidados de Saúde Física e de Reabilitação promovem a realização dos Direitos Constitucionais e da Carta dos Direitos Humanos;
- A Saúde Física e de Reabilitação, ao promover a saúde e a qualidade de vida do indivíduo, assume um valor social e económico importante, melhorando o perfil dos indicadores relacionados com os anos-de-vida-com-qualidade e os anos-de-vida-sem-incapacidade.

É neste enquadramento que o GT MFR A apresenta um conjunto de medidas e de recomendações que visam impulsionar uma mudança conceptual e operacional das respostas de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, criando assim um modelo de prestação de cuidados centrado no cidadão, suportado na avaliação objetiva das necessidades e na definição de percursos clínicos sistematizados e céleres para cada indivíduo, que utiliza na plenitude as capacidades e os recursos disponíveis no SNS e na comunidade e que incentiva o trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar, constituída por profissionais com as competências adequadas, que articulam de forma ágil e que partilham informações, objetivos e resultados.

É este o caminho que aqui se propõe para o SNS português, o qual está alinhado com as orientações internacionais para as políticas de saúde na área da Saúde Física e de Reabilitação, recentemente reforçadas pela OMS numa conferência realizada nos dias 6 e 7 de fevereiro de 2017, em Genebra, onde apelou a todos os países para fazerem um investimento forte nos Cuidados de Reabilitação.

A “*Chamada para a Ação – Reabilitação 2030*” da OMS, sublinha a necessidade de responder às necessidades das populações, e reforça a ideia de que o investimento nos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação é uma estratégia com retorno socioeconómico significativo.

### 3.1. Evolução de necessidades em saúde

Todos os dados demográficos existentes mostram que a população portuguesa tem vindo a sofrer um processo de envelhecimento gradual nas últimas décadas, o que conduz inevitavelmente a maiores índices de morbilidade e a uma progressiva perda de funcionalidade.

As respostas da área da Saúde Física e de Reabilitação têm um importante papel a desempenhar no enorme desafio que a dinâmica demográfica coloca à sociedade portuguesa. De facto, só na última década, a esperança de vida à nascença, em Portugal, cresceu quase 3 anos – de 77,7 em 2004, para 80,6 anos em 2015. A esperança de vida aos 65 anos cresceu 32% desde 1979, data da fundação do SNS, situando-se atualmente nos 19,3 anos (dados mais recentes de 2015).

Se Portugal se compara muito bem com os restantes países europeus em termos de esperança de vida, já o mesmo não acontece quando falamos de esperança de vida saudável aos 65 anos – 6,9 anos em Portugal, 10,1 em Espanha, 10,4 em França e cerca de 15 nos países nórdicos.

Estes números ajudam-nos a compreender a necessidade, cada vez maior, de aumentar o acesso dos utentes do SNS aos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que, nos Países mais desenvolvidos, tem uma expressão decisiva na esperança de vida saudável aos 65 anos.

Olhando para a prevalência das patologias na população, constatamos que as doenças neurológicas, nomeadamente as doenças cerebrovasculares, são uma das principais causas de incapacidade nos países ocidentais, o que pressupõe que todo o contínuo de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação sejam assegurados de forma articulada.

O mesmo acontece na área músculo-esquelética, onde muitas situações requerem que o processo de Saúde Física e de Reabilitação se inicie logo no hospital, existindo depois um processo ágil e célere que assegure a necessidade de um contínuo de cuidados.

Por outro lado, a dor, principalmente a dor crónica, ou seja, a dor com duração superior a 3 meses ou que persiste para além do período normal de recuperação, afeta um em cada cinco europeus adultos e tem um impacto substancial na saúde e na qualidade de vida.

Em Portugal, e de acordo com um estudo conduzido pelo Prof. Castro Lopes, da Universidade do Porto, cerca de 36% da população adulta sofre de dor crónica, sendo que em aproximadamente metade dos casos (16%) a dor é moderada a forte (superior a 5 em 10, numa escala numérica).

Na infância verifica-se também a necessidade de recorrer a programas de Saúde Física e de Reabilitação, sendo a paralisia cerebral a deficiência motora mais frequente com uma incidência de 2,08 por mil nados vivos na Europa.

Na patologia respiratória, e no que se refere à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) existe indicação, conforme Norma de Orientação Clínica (NOC) da DGS (nº 28/2011), para programas de Saúde Física e de Reabilitação respiratória nos doentes com esta patologia e que apresentem: obstruções graves e muito graves ( $FEV1 < 50\%$ ); doentes com obstruções ligeiras e moderadas ( $FEV1 \geq 50\%$ ) e com limitação da capacidade de exercício e ainda nos doentes com internamento por exacerbação.

Na área da Patologia oncológica, é de referir a importância do edema linfático ou linfedema, geralmente secundário a patologias do foro oncológico, principalmente a neoplasia da mama e a neoplasia pélvica (sobretudo ginecológica).

### 3.2. Reforma do SNS

O Programa do XXI Governo Constitucional (2015-2019) e o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2020 constituem os principais documentos estratégicos para a orientação das políticas de Saúde em Portugal. De facto, enquanto o PNS representa um guião genérico para monitorizar os ganhos em saúde, compete ao Programa de Governo constituir-se como a referência fundamental para a tradução prática das Políticas Públicas no Setor da Saúde.

Alinhados com estes dois documentos estratégicos, encontra-se em curso um conjunto de reformas que visam dotar o SNS com a capacidade de responder melhor às necessidades dos cidadãos, não só reduzindo as desigualdades, mas também melhorando o acesso à saúde, aumentando a esperança de vida saudável e fomentando a circulação da informação clínica e a articulação entre os vários níveis de prestação de cuidados de saúde.

De entre essas reformas, destaca-se a prioridade política que tem sido atribuída aos cuidados de saúde primários, designadamente com o objetivo de aumentar a sua resolutividade.

Assim, o Despacho n.º 200/2016 do Senhor Secretário de Estado Adjunto e da Saúde que criou a Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, determina na alínea i), do ponto 2, o *“reforço das capacidades de intervenção dos cuidados de saúde primários, através do aumento de recursos próprios e apoio complementar, seja na prestação direta de cuidados seja em atividades de consultoria, em*

*áreas como a psicologia, nutrição, saúde oral, a oftalmologia, a obstetrícia, a pediatria, a fisioterapia e a medicina física e de reabilitação”.*

Também na área da Saúde Física e de Reabilitação se pretende reforçar a atual resposta do SNS, garantindo a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação de proximidade e contribuindo para minorar as desigualdades que existem no acesso a este tipo de cuidados, como foi demonstrado pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), num dos seus Relatórios <sup>1</sup>.

De entre as várias medidas em curso para alcançar este desiderato, destaca-se a iniciativa legislativa de publicação da Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro, através da qual se criou este GT MFR A, com a responsabilidade de, entre outras matérias:

- a) Proceder à avaliação das situações existentes e a apresentação de novas propostas que conduzam a uma maior internalização de cuidados no âmbito da MFR, nomeadamente nos cuidados de saúde primários e nos cuidados de saúde hospitalares, com maior enfoque na equipa de saúde familiar e mais centralidade no cidadão e nos seus problemas de saúde;*
- b) Elaborar um conjunto de recomendações no âmbito dos serviços prestados por entidades convencionadas nomeadamente sugerir recomendações de melhoria em função dos constrangimentos identificados no desenvolvimento da Portaria n.º 178-A/2016, de 1 de julho, no sentido da evolução do modelo de pagamento ao ato para o pagamento compreensivo, bem como ponderar os valores das taxas moderadoras correspondentes.*

Conjugando os objetivos da reforma dos cuidados de saúde primários com os da área da Saúde Física e de Reabilitação, e tendo presente que a criação dos ACES, efetuada através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, encerra a oportunidade de criação de modelos de gestão alternativos, importa equacionar a reconfiguração das atuais Unidades Funcionais dos ACES (especialmente das URAP), de forma a acomodar uma gestão mais eficiente e articulada dos recursos destinados aos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados primários.

---

<sup>1</sup> Relatório da Entidade Reguladora da Saúde “ Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado do SNS Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia”, de maio 2013.

## 4. Diagnóstico da oferta atual de Saúde Física e de Reabilitação no SNS

Atualmente, o SNS apresenta diferentes modelos de resposta assistencial na área da Saúde Física e de Reabilitação, sendo que em comum todos têm o facto de não estarem integrados numa estratégia de intervenção coerente e articulada, o que em parte justifica a grande variabilidade na distribuição dos recursos materiais e humanos, a falta de eficiência e as dificuldades que se registam em termos de acessibilidade a cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em algumas áreas geográficas do país, que se juntam ao *deficit* de monitorização do desempenho dos serviços e de avaliação clínica dos resultados alcançados para os cidadãos.

No presente capítulo pretende-se apresentar de forma sucinta a diversidade de modelos organizacionais que existem no SNS na área da Saúde Física e de Reabilitação, descrevendo os recursos humanos e financeiros que lhe estão atualmente alocados e procurando encontrar pontos de melhoria que possam ser consideradas nas propostas que o GT MFR A efetuará para alterar o atual paradigma da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS.

### 4.1. Modelo organizacional atual

A oferta de cuidados de saúde do SNS na área da Saúde Física e de Reabilitação assume, atualmente, diferentes modelos de resposta assistencial, com destaque para os dois seguintes:

- **Serviços de Medicina Física e de Reabilitação** – responsáveis pela prestação de cuidados mais diferenciados, prestados nos centros especializados de reabilitação (existem atualmente 4 centros regionais especializados), nos serviços de internamento e ambulatório hospitalar e em entidades convencionadas com o SNS;
- **Serviços com respostas de Saúde Física e de Reabilitação** – responsáveis por oferecer respostas de Saúde Física e de Reabilitação fora do âmbito dos Serviços de MFR, podendo encontrar-se em Centros de Reabilitação (com várias designações possíveis), em unidades e equipas da RNCCI e em alguns ACES.

Até agora, estes dois modelos não têm estado articulados de forma estratégica no SNS, o que tem dificultado a comunicação clínica e a rentabilização da capacidade instalada neste Serviço Público.

Assim, e de forma sucinta, podemos afirmar que:

- ✓ Não tem existido uma adequada avaliação das necessidades em saúde na área da Saúde Física e de Reabilitação, por fase da doença e do ciclo de vida dos cidadãos, que facilite a

implementação de modelos de gestão da doença crónica e de resposta às situações de multimorbidade, cada vez são mais prevalentes nas sociedades modernas e desenvolvidas;

- ✓ Não tem existido um planeamento estratégico da oferta de serviço na área da Saúde Física e de Reabilitação, em termos de modelo de resposta e de articulação entre níveis de cuidados, verificando-se uma diversidade de modelos com características diferentes, com respostas sobrepostas e pouco efetivas, especialmente na fase aguda e subaguda, o que compromete a equidade e a acessibilidade a este tipo de resposta;
- ✓ Não tem existido uma definição clara dos percursos clínicos (*clinical pathways*) esperados para cada situação ou contexto, com critérios clínicos e/ou logísticos objetivos e organizados por grandes áreas de incapacidade, partilhados por profissionais, cidadãos e cuidadores;
- ✓ Não tem existido uma estratégia nacional de planeamento dos recursos humanos para a área da Saúde Física e de Reabilitação, o que tem provocado dispersão e indisponibilidade destes recursos especializados em diversas respostas do Sistema de Saúde;
- ✓ Não tem existido uma política de sistemas de informação e comunicação que permita monitorizar os tempos de resposta na área da Saúde Física e de Reabilitação e que facilite a circulação de informação, entre os diferentes profissionais e os vários níveis de prestação de cuidados, o que cria ineficiências e desperdício de recursos, dificulta a continuidade dos cuidados e compromete a medição dos resultados e dos ganhos em saúde para os cidadãos.
- ✓ Não tem existido um modelo de financiamento dos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que seja indutor de elevados níveis de produtividade e de efetividade e que premeie o desempenho e os resultados alcançados ao nível da melhoria do estado funcional dos cidadãos, não obstante a existência de patologias para as quais não será expectável a melhoria do estado funcional dos cidadãos.

As limitações observadas no atual modelo de prestação de cuidados desta área no SNS justificam que se proceda a uma reflexão conjunta e à sua reformulação futura.

## **4.2. Recursos humanos da área da Saúde Física e de Reabilitação no SNS**

Por ser uma área profundamente imbuída de um espírito globalizante e humanista, a Saúde Física e de Reabilitação só conseguirá atingir as metas a que se propõe se assentar num trabalho integrado de diferentes profissionais, onde as ações desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objetivos comuns e centrados na resposta especializada às necessidades dos cidadãos.

O reconhecimento de que o processo de Saúde Física e de Reabilitação deve ser assegurado por equipas que são, por natureza, multiprofissionais e interdisciplinares, implica a valorização do contributo de cada um dos seus elementos, assumindo na plenitude que cada uma das profissões da área da Saúde Física e de Reabilitação tem diferenciação técnica para desenvolver uma atividade autónoma, que possui competências próprias que têm de ser respeitadas, que criam valor para o sistema de saúde e que dão resposta a necessidades específicas dos cidadãos e da comunidade.

A multidisciplinaridade das equipas permite partilha de conhecimento, discussão de casos e facilita uma melhor intervenção junto dos cidadãos que necessitam de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, permitindo identificar em conjunto os profissionais com mais competências para realizar essa intervenção em cada momento do processo de Saúde Física e de Reabilitação.

Nesta perspetiva, importa considerar as competências das principais profissões envolvidas na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, assim como os desafios com que se debatem para obter uma abordagem integrada e focada no cidadão, nomeadamente:

### **4.2.1. Médicos especialistas de medicina geral e familiar**

A medicina geral e familiar (MGF) é uma especialidade que aborda a pessoa enquadrada numa família e numa comunidade, sendo que o perfil profissional do médico de família (MF) está largamente definido em documentos oficiais publicados a nível nacional e internacional, tais como a WONCA (World Organization of Family Doctors, 1991).

Atualmente, os médicos da especialidade de MGF assumem um importante papel de identificação das necessidades de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação nos seus utentes, procedendo à referência direta destes para as respostas existentes no SNS, nomeadamente para os Serviços de MFR dos hospitais, para as unidades convencionadas com o SNS ou para as respostas da RNCCI.

Para efetuar esta referenciação, o médico de família procede à caracterização do problema de saúde que leva à necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, utilizando para tal a Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC) da WONCA, e emite automaticamente um termo de referenciação para as respostas específicas de Saúde Física e de Reabilitação, após uma simples, prática e concisa avaliação da incapacidade funcional, em que usa um algoritmo técnico normalizado a nível nacional, disponível no sistema de informação em uso e que complementa a ICPC.

Após esta referenciação, é aos profissionais da área da Saúde Física e de Reabilitação destes Serviços e Unidades que compete efetuar a avaliação da incapacidade mais pormenorizada e concreta de cada cidadão, assim como assumir a responsabilidade pela definição e pela duração dos planos terapêuticos, que devem ficar registados no sistema de informação, acessível de forma transversal a todos os profissionais prestadores de cuidados.

Assim, deixará de ser necessária a emissão repetida de credenciais pelos médicos de família, dado que, com a avaliação inicial das necessidades em reabilitação efetuadas pelos MGF aquando da referenciação e com a descrição pelos serviços e unidades de MFR dos planos terapêuticos e da espectável duração dos mesmos, se evitam perdas de tempo, de dinheiro e deslocações frequentes dos doentes, bem como marcações desnecessárias de “consultas” aos médicos de família, só para emitir uma nova credencial.

No âmbito da implementação da presente proposta de modelo de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, pretende-se que os médicos de família continuem a utilizar a ICPC para caracterizar o problema de saúde que leva à necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, mas que identifiquem também as eventuais comorbilidades existentes e que passem a classificar o nível de funcionalidade do cidadão, utilizando versões sintéticas e facilmente aplicáveis da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da OMS, via Tabela Nacional de Funcionalidade, que se encontra mapeada com a Classificação Internacional de Doenças (CID), também da OMS.

Adicionalmente ao seu papel no âmbito do processo de referenciação para cuidados de Saúde Física e de Reabilitação importa assegurar que o médico de família, enquanto prestador de cuidados ao longo da vida dos cidadãos, terá sempre acesso à informação relativa ao estado clínico, algo que raramente acontece hoje em dia, levando a situações de descontinuidade.

#### 4.2.2. Médicos especialistas de medicina física e de reabilitação

A especialidade de MFR surgiu como especialidade médica em Portugal com os primeiros títulos de especialista em Fisioterapia Médica atribuídos pela Ordem dos Médicos, em 1944.

Posteriormente, através do Decreto-Lei nº225/70, de 18 de maio, a especialidade passa a adotar o nome de MFR tendo em conta “*a evolução da medicina e a crescente atenção dispensada à reabilitação dos indivíduos com deficiências físicas e sensoriais*”.

A especialidade de MFR 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 que originam a frequente instalação de incapacidades e de limitações funcionais. Daqui decorre a necessidade de intervenção da equipa multiprofissional de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação com objetivo de melhorar a qualidade de vida minorando as incapacidades e promovendo a participação familiar e social.

De acordo com a definição da União Europeia dos Médicos Especialistas (UEMS), a especialidade de MFR é uma especialidade médica independente, cujo foco central é a promoção e a melhoria da funcionalidade física e cognitiva (incluindo o comportamento), o incremento da participação (incluindo qualidade de vida) e a modificação de fatores pessoais e ambientais. Assim, é responsável pela gestão da prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas com condições médicas e comorbilidades incapacitantes, em todas as idades, com uma abordagem clínica holística nas fases aguda/subaguda e crónica. A especialidade médica de MFR é crescente na Europa e em muitos outros países.

Até agora, os médicos especialistas em MFR, também denominados por fisiatras, não têm estado muito presentes nos cuidados de saúde primários, existindo apenas 2 profissionais atualmente a desempenhar funções neste nível de cuidados do SNS.

Uma maior aproximação entre os médicos de família e os médicos fisiatras, coexistindo no ACES ou estando interligados de forma direta (sendo os Serviços Hospitalares de MFR consultores dos ACES, ou criando consultas de MFR por telemedicina, por exemplo), é uma componente chave para a qualidade e para a equidade do acesso aos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, na medida em que assim podem mais facilmente determinar em conjunto o

melhor plano de cuidados para cada cidadão, unindo conhecimentos com base semelhante, nas vertentes complementares, e assim cumprindo os critérios de articulação entre profissionais e as boas práticas clínicas.

No âmbito da implementação da presente proposta de modelo de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, pretende-se que os médicos fisiatras tenham como função principal efetuar os diagnósticos e identificar o respetivo potencial de ganho em saúde para cada cidadão, assegurar a realização das terapêuticas correspondentes, delineando os programas de Saúde Física e de Reabilitação mais adequados à situação clínica de cada um, de acordo com a idade e a fase aguda, subaguda, ou crónica da doença de base, apresentando-se ainda como elemento fundamental na interligação entre os vários serviços prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

#### **4.2.3. Fisioterapeutas**

A Fisioterapia, de acordo com a Confederação Mundial de Fisioterapia, é uma profissão de saúde com autonomia técnica, que tem um campo de intervenção que vai desde a promoção da saúde e prevenção da doença, à prestação de cuidados diretos em várias condições de saúde, nos vários contextos e fases de vida.

A autonomia técnica dos fisioterapeutas encontra-se consagrada no Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, no seu artigo 6.º, ratificada pelo Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, referente à carreira especial de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica. As funções inerentes aos fisioterapeutas encontram-se consagradas no mesmo diploma na alínea g) do artigo 5º, sendo reconhecida desde há muito a diferenciação e a qualificação profissional inerentes ao exercício das funções próprias de fisioterapeutas, bem como a sua responsabilidade profissional e autonomia técnica.

A área da fisioterapia reúne o perfil para, em articulação com outras profissões da saúde, intervir nos vários níveis de cuidados de saúde dirigidos à melhoria das capacidades físicas e do estado funcional dos indivíduos e populações.

Em todo o ciclo de vida, e para a maioria das condições de saúde, a fisioterapia deve constituir um recurso ao serviço da melhoria do estado funcional, da promoção e proteção da saúde e do bem-estar, e da redução da utilização de cuidados de saúde mais onerosos e diferenciados.

Assume-se que o investimento numa utilização criteriosa daqueles serviços permitirá obter não apenas ganhos em saúde nos cidadãos e populações servidas, como também uma redução dos custos associados aos cuidados de saúde e a libertação de mais recursos humanos e materiais para uma melhor resposta dos serviços públicos de saúde.

Os fisioterapeutas prestam serviços aos indivíduos e comunidades com o objetivo de desenvolver, manter e otimizar o movimento e a capacidade funcional ao longo do ciclo de vida. Estes profissionais têm competências específicas para proceder, no âmbito da sua profissão, à avaliação, diagnóstico funcional, planeamento, tomada de decisão, tratamento e avaliação de resultados, no ciclo de gestão dos seus utentes, bem como competências para desenhar, elaborar, implementar e avaliar projetos de promoção e proteção da saúde.

Em suma, podemos referir que 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 cidadãos e seus familiares são amplamente reconhecidos, pelo que devem ser fomentadas, respeitadas e mobilizadas as competências científicas e a autonomia técnica destes profissionais em todo o SNS, e nos cuidados de saúde primários em particular.

No âmbito da implementação da presente proposta de modelo de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, pretende-se que a intervenção do fisioterapeuta no contexto dos cuidados de saúde primários seja dirigida tanto a indivíduos, como a grupos (cidadãos, utentes, doentes e 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 enformam o perfil do fisioterapeuta dos cuidados de saúde primários.

#### **4.2.4. Enfermeiros especialistas de reabilitação**

Os enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação são os profissionais que respondem de forma abrangente, polivalente e direcionada às múltiplas necessidades dos cidadãos. A OE regulamentou a prática da enfermagem de reabilitação pela mesa do colégio especialidade de enfermagem de reabilitação (CEER), produzindo o Regulamento de Competências Específicas Comuns do Enfermeiro Especialista (regulamento nº 122/2011) e o Regulamento do

Enfermeiro Especialista em Reabilitação (regulamento nº 125/2011), ambos publicados na 2ª Série do Diário da República nº 35 de 18 de fevereiro de 2011.

A regulamentação dos padrões de qualidade do CEER (regulamento 350/2011) foi publicada na 2ª Série do Diário da República nº 119, de 22 de junho de 2015.

Os enfermeiros especialistas em reabilitação têm competências específicas reconhecidas pelo Ministério da Saúde, pela OE e pelo Colégio da Especialidade, estando contemplado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, onde no Capítulo 2, Secção 1, artigo 8º, ponto 3 e 4.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e a realização de ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos cidadãos, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédico e outras deficiências e incapacidades.

Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos cidadãos, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida”. Estes conhecimentos e competências são realizados de forma autónoma.

Consideram-se interdependentes as ações realizadas pelos enfermeiros de reabilitação de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações formalizadas.

No âmbito da implementação da presente proposta de modelo de Reabilitação no SNS, pretende-se que os enfermeiros de reabilitação podem ainda tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial individual de cada cidadão.

#### 4.2.5. Terapeutas ocupacionais

Segundo a World Federation of Occupational Therapy, o terapeuta ocupacional *“avalia e intervém em pessoas, de qualquer idade, com alterações na capacidade de realizar as diversas ocupações significativas, devido a condições ao nível biológico, psicológico, social ou espiritual. Para tal, recorre a técnicas terapêuticas, integradas em atividades consoante o objetivo pretendido, e enquadradas na relação terapeuta/utente. Trabalha em equipas multidisciplinares, com autonomia técnica, promovendo a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, prevenindo a incapacidade e disfunção e reabilitando a pessoa para o seu desempenho ocupacional e Participação na sociedade. Para além da intervenção direta, desenvolve investigação, consultoria e formação.”*

Como profissionais de reabilitação, os terapeutas ocupacionais são parte integrante da equipa de Reabilitação, sendo um dos profissionais essenciais ao seu funcionamento de excelência, na medida em que o seu olhar específico sobre a funcionalidade complementa a intervenção de outros profissionais da área.

A relevância da intervenção do terapeuta ocupacional no âmbito da Reabilitação, e na qualidade de especialista em reabilitar para a função, prende-se com a promoção da saúde, melhoria da qualidade de vida, criação de autonomia, promoção da funcionalidade e redução do número de reinternamentos bem como diminuição do absentismo e dos dias de inatividade.

A autonomia técnica dos terapeutas ocupacionais encontra-se consagrada no Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, no seu artigo 6.º, referente à carreira de terapeutas ocupacionais, ratificada pelo Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, que estipulou a carreira especial de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

As funções inerentes aos terapeutas ocupacionais encontram-se consagradas no mesmo diploma na alínea q) do artigo 5º, sendo reconhecida desde há muito a diferenciação e a qualificação profissional inerentes ao exercício das funções próprias de terapeuta ocupacional, bem como a sua responsabilidade profissional e autonomia técnica.

Os terapeutas ocupacionais podem intervir em indivíduos ou grupos de indivíduos, em contexto de departamento ou comunitário (laboral, doméstico, escolar, estruturas desportivas ou recreativas ou centros de dia) e podem fazê-lo integrando diversos projetos de carácter geral ou

específicos para determinadas populações, nomeadamente cidadãos em risco de exclusão social tais como as minorias étnicas, os refugiados, e as pessoas mais velhas.

A intervenção da Terapia Ocupacional pode acontecer sempre que exista uma alteração do desempenho da pessoa, da sua capacidade de execução e realização das diversas atividades nas diversas atividades que executa sejam estas de carácter profissional, social, recreativo, cultural, familiar, pessoal ou mesmo íntimo.

Deste modo, a intervenção do terapeuta ocupacional pode acontecer em qualquer tipo de patologia, em qualquer idade bem como em diversos contextos.

No âmbito da implementação da presente proposta de modelo de Reabilitação no SNS, pretende-se que os terapeutas ocupacionais sejam os profissionais de saúde a quem compete, no âmbito da sua profissão, a avaliação, tratamento e habilitação de indivíduos com disfunção física, mental, de desenvolvimento, social ou outras, utilizando técnicas terapêuticas integradas em atividades selecionadas consoante o objetivo pretendido e enquadradas na relação terapeuta/utente; prevenção da incapacidade através de estratégias adequadas com vista a proporcionar ao indivíduo o máximo de desempenho e autonomia nas suas funções pessoais, sociais e profissionais e, se necessário, o estudo e desenvolvimento das respetivas ajudas técnicas, em ordem a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de Dezembro).

#### **4.2.6. Terapeutas da fala**

O Terapeuta da Fala é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção e estudo científico das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não-verbal.

O terapeuta da fala intervém, ainda, ao nível das funções estomatognáticas (respiração, fonação, mastigação e deglutição). O terapeuta da fala avalia e intervém em cidadãos de todas as idades, tendo por objetivo otimizar as suas capacidades de comunicação e/ou deglutição, melhorando, assim, a sua qualidade de vida.

A autonomia técnica dos terapeutas da fala encontra-se consagrada no Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, no seu artigo 6.º, referente à carreira de terapeutas da fala, ratificada pelo

Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, que estipulou a carreira especial de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

As funções inerentes aos terapeutas da fala encontram-se consagradas no mesmo diploma na alínea p) do artigo 5º, sendo reconhecida a diferenciação e a qualificação profissional inerentes ao exercício das funções próprias de terapeuta da fala, bem como a sua responsabilidade profissional e autonomia técnica.

O terapeuta da fala pode exercer as suas funções em Instituições de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, IPSS, instituições de reinserção social, centros de dia e ERPI, creches e jardim-de-infância, escolas do ensino básico e secundário, estabelecimentos de ensino particular e cooperativo, área da investigação e/ou docência, unidades de investigação, universidades públicas e privadas, consultórios, gabinetes, clínicas privadas, domicílio dos cidadãos e empresas de cuidados ao domicílio.

### 4.3. Cuidados de Saúde Física e de Reabilitação do SNS nas 5 ARS

O GT MFR A decidiu efetuar um levantamento sobre os principais aspetos referentes à atual oferta de serviços de Saúde Física e de Reabilitação nas cinco regiões de saúde, tendo para tal acordado que os representantes das várias ARS no Grupo efetuariam esse trabalho de acordo com um modelo consensualizado, contemplando os seguintes pontos:

1. Recursos humanos de Saúde Física e de Reabilitação existentes, com especial incidência sobre as horas dedicadas pelos profissionais às tarefas de Saúde Física e de Reabilitação;
2. Instalações e equipamentos disponíveis nos Centros de Saúde para Saúde Física e de Reabilitação;
3. Parcerias existentes nos ACES na área da Saúde Física e de Reabilitação;
4. Experiências inovadoras em Saúde Física e de Reabilitação na região;
5. A oferta do setor convencionado de Medicina Física e de Reabilitação na região;
6. Sugestões dos ACES para incremento da Saúde Física e de Reabilitação nos Centros de Saúde.

Os dois quadros seguintes sintetizam a informação apurada, em termos de recursos humanos de Saúde Física e de Reabilitação existentes em cada uma das 5 regiões de saúde:

**Tabela 1: Número de profissionais de Saúde Física e de Reabilitação ao serviço nas ARS**

Categoria	Unidade Funcional que integra	ARS Norte		ARS Centro		ARS LVT		ARS Alentejo		ARS Algarve		TOTAL Nacional	
		Nº profissionais	Total horas semana										
Fisiatra	URAP	2	70	0	0	0	0	0	0	0	0	2	70
Fisioterapeutas	URAP	29	840	52	546	42	1 460	37	1 333	13	336	173	4 515
	ECCI			7	111					7	372	14	483
Terapeuta Ocupacional	URAP	4	140		0	22	760	1	40	9	290	36	1 230
Terapeuta da Fala	URAP	2	70	1	35	5	175	9	323	7	250	24	853
Enfermeiro de Reabilitação	UCC/ECCI	180	6 030	36	597					1	35	316	6 725
	USF	53		7	0	97		2	63			60	0
	UCSP	11		16	4							27	4
	ECL	4										4	0

Nota: Os dados correspondem à realidade das ARS no final de 2016

Tabela 2: Caracterização serviços de Saúde Física e de Reabilitação nas ARS, por ACES

ACES*	Médicos Fisiatras	Fisioterapeutas	Terapeuta Ocupacional	Terapeuta da Fala	Enfermeiro de Reabilitação	Espaços para reabilitação	Parcerias em MFR	Experiência-piloto em MFR	Classes de Mobilidade *
<b>ARS Norte</b>									
Alto Tamega e Barroso		1			13	7			
Aveiro Norte					3				
Baixo Tamega		1			7				
Barcelos/Esposende					10				
Braga		1			10	1			
Douro Norte		4			11	5			
Douro Sul		1			2				
Espinho/Gaia					5				
Famalcão		1			5				
Feira/Arouca		1	1		6				
Gaia	1	4	1		1	1	4		4
Geres/Cabreira					11				
Gondomar					5				
Guimaraes/Vizela/TB		1			11				
Maia/Valongo				1	11	6			
Porto Ocidental		2		1	7	1	2		
Porto Oriental	1	4	2	2	2	1			
Povoa/Vila do Conde		1			9	3			2
Sª Tirso/Trofa					4				
Vale Sousa Norte					8				
Vale Sousa Sul		1			3				
ULSAM					14				
ULSM		6		1	12	4	4		1
ULSNordeste					10	10			
<b>Total ARS Norte</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>180</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
<b>ARS Centro</b>									
Baixo Vouga	0	4	0	0	22	2	4		
Baixo Mondego	0	5	0	0	12	4		1	
Pinhal Litoral	0	8	0	0	0	4			
Pinhal Interior	0	2	0	0	3	sim			
Cova da Beira	0	0	0	0	5		3	sim	
Dão Lafões	0	6	0	0	8	6	sim	1	
ULS Guarda	0	9	0	1	4	14	sim	1	
ULS Castelo Branco	0	1	0	0	5				
<b>Total ARS Centro</b>	<b>0</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>ARS LVT</b>									
Almada-Seixal	0	3	0	1	7	1	0	Não	—
Amadora	0	0	1		7	0	0	Não	—
Arco Ribeirinho	0	2	0	2	3	5	1	Sim	1
Arrábida	0	4	0	1	2	3	1	Sim	—
Cascais	0	3	2		3	1	2	Sim	1
Estuário do Tejo	0	0	2		9	4	0	Não	—
Lezíria	0	6	5		7	7	1	Sim	1
Lisboa Central	0	3	3		3	1	0	Não	—
Lisboa Ocidental e Oeiras	0	2	0		14	2	3	Sim	1
Lisboa Norte	0	1	0		6	0	0	Não	—
Loures Odivelas	0	2	0		12	0	0	Não	—
Médio Tejo	0	6	4		11	4	0	Não	—
Oeste Norte	0	2	0		3	2	0	Sim	1
Oeste Sul	0	2	2		9	2	0	Não	—
Sintra	0	4	1	1	0	4	2	Sim	1
<b>Total ARS LVT **</b>	<b>0</b>	<b>40</b>	<b>20</b>	<b>5</b>	<b>96</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
<b>ARS Alentejo</b>									
ACES Central	0	8	0	0	0	9	2	3	2
ACES Baixo Alentejo	0	14	1	6	0	11	2		11
ACES Norte Alentejano	0	8	0	0	0	9	2		4
ACES Litoral	0	3	0	3	2	3	1		1
<b>Total ARS Alentejo</b>	<b>0</b>	<b>33</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>32</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>18</b>
<b>ARS Algarve</b>									
AcES Central	0	7	4	4	0	3	2	0	2
AcES Barlavento	0	9	3	2	1	7	1	0	6
AcES Sotavento	0	4	2	1	0	6	1	1	sim
<b>Total ARS Algarve</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
<b>TOTAL Nacional**</b>	<b>2</b>	<b>157</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>338</b>	<b>153</b>	<b>38</b>	<b>5</b>	<b>41</b>

\* Nas ULS exclui-se a parte hospitalar

\*\* O número total pode não corresponder ao total do apresentado na tabela 1 por nesta estarem também contemplados profissionais a exercer nos serviços centrais

Nota: Os dados correspondem à realidade das ARS no final de 2016

#### **4.4. Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação**

As Redes de Referência Hospitalar (RRH) do SNS assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade entre as instituições hospitalares do SNS, de forma a assegurar uma prestação de cuidados coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados, contribuindo assim para a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde de qualidade e centrado no cidadão.

Estas RRH desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: *“(i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares”*.

Nessa perspetiva, apresentam-se como promotoras dos processos de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, promovendo a otimização e a gestão eficiente dos recursos existentes, contribuindo assim para assegurar um quadro de racionalidade e de sustentabilidade do SNS, ao permitirem: *“(i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade”*.

A RRH de MFR que se encontra atualmente em vigor foi aprovada por despacho do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 28 de fevereiro de 2017 (<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/2017-01-27-RNEHRMedFisicaReabVersaoFinal.pdf>), e nela destacamos as seguintes tipologias de resposta em MFR:

##### **- Centros Especializados de Reabilitação**

Pela necessidade de tempos de intervenção mais prolongados, nomeadamente em regime de internamento e pela elevada complexidade de muitas das situações clínicas, justifica-se a existência de Centros Especializados de Reabilitação no SNS.

Estas estruturas deverão estar vocacionadas para uma Reabilitação ativa, dinâmica e intensiva, com vista a, sempre que possível, uma reintegração familiar, social e profissional plena.

A atual existência de quatro Centros Especializados de Reabilitação no SNS – o Centro de Reabilitação do Norte, o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro (Rovisco Pais),

o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e o Centro de Medicina Física de Reabilitação do Sul (São Brás de Alportel) -, cobrindo globalmente o país, parece estar adequada às necessidades existentes e aos rácios internacionalmente propostos, pelo que não se prevê a curto/médio prazo a necessidade da criação pelo SNS de equipamentos com características semelhantes.

Os Centros Especializados de Medicina de Reabilitação devem funcionar em perfeita articulação com os serviços de MFR das instituições hospitalares, bem como relacionarem-se com as diferentes unidades integrantes dos cuidados extra-hospitalares da sua área de intervenção mais direta (unidades de cuidados continuados e de cuidados primários).

Aspeto crucial para o funcionamento da rede, e para a adequada circulação dos cidadãos na mesma, é o princípio de que os doentes a internar nos Centros Especializados de Reabilitação devem ser obrigatoriamente referenciados pelos Hospitais que compõem a RRH MFR.

Embora se deva privilegiar a referência assente em critérios geográficos, esta não deverá ser estanque, de forma a possibilitar iguais oportunidades de tratamento a todos os cidadãos e simultaneamente maximizar as taxas de ocupação nestes centros. Também a boa articulação com os cuidados de saúde primários e as respostas da RNCCI é um importante fator de melhoria e de otimização dos cuidados prestados.

A falta de uma adequada coordenação entre os diversos tipos de unidades pode comprometer a adequada Reabilitação do doente e a sua futura recuperação funcional.

#### **- Serviços Hospitalares de MFR**

No SNS, os hospitais são as unidades de saúde onde são prestados os cuidados assistenciais mais diferenciados na área da Saúde Física e de Reabilitação, pelo que é neles que surgem e são assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações potencialmente mais incapacitantes (acidentes vasculares cerebrais, lesões medulares, amputações, etc.).

É por isso imprescindível a existência de serviços hospitalares de MFR, com desenho adequado às características da instituição em que estão inseridos.

A RRH de cuidados de Reabilitação deverá por isso estar centrada no hospital, que para além dos cuidados assistenciais que lhe caberá prestar, deverá funcionar como placa giratória na referência destes doentes, para as diferentes tipologias de cuidados existentes.

#### 4.5. Setor convencionado com o SNS na área da reabilitação

O atual setor nacional de cuidados de saúde de MFR em ambulatório convencionado, foi construído nos primórdios do SNS, tendo o respetivo clausulado tipo da Convenção com o SNS, sido estabelecido no início da década de 80 do século passado pela, à época, denominada Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Segundo a Associação Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (APMFR), este setor é *“atualmente constituída por 287 unidades, com uma reconhecida cobertura de proximidade, e é responsável pela produção de mais de 90 % de total de atos do SNS em ambulatório”*.

Do ponto de vista das condições técnicas de segurança e qualidade dos cuidados prestados nas unidades convencionadas, destaca-se a Portaria nº 1212/2010, de 30 de novembro, que estabelece os requisitos técnicos para as unidades de MFR, nomeadamente no seu art.º 13º, n.º 1, que as unidades de MFR são tecnicamente dirigidas por um diretor clínico, especialista em fisioterapia, inscrito na Ordem dos Médicos e, no nº 3 do mesmo artigo, impõe ao diretor clínico uma disponibilidade efetiva por um período não inferior a quatro horas diárias.

A APMFR vem desde há muito tempo defendendo *“a mudança do paradigma da convenção em MFR, passando do pagamento por ato para um sistema de preços compreensivos, acompanhado da implementação de uma plataforma informática, interativa, que potencie a gestão integrada de doenças e patologias e que confira ao sistema, instrumentos de controle de qualidade, circuitos mais céleres de comunicação entre os diferentes atores da rede de cuidados primários, em benefício da comodidade dos doentes e dos ganhos em saúde (sem interrupções, por vezes irrecuperáveis, do programa terapêutico) e ainda maior rigor na previsibilidade da despesa”*. Esta associação tem também alertado para a necessidade de *“revisão dos procedimentos no sentido da agilização dos processos”*, destacando que *“as modificações do licenciamento e das fichas técnicas das convenções emperram num sistema burocrático pouco compaginável com o nível atual das tecnologias de informação”*.

Também o colégio da especialidade de MFR da Ordem dos Médicos tem vindo a defender que *“é necessário mudar o paradigma de atuação nesta área tornando o sistema de referênciação mais eficaz e criando mecanismos que permitam ao SNS verificar a eficiência do sistema e os ganhos em saúde”*, chegando mesmo a declarar que *“ninguém mais do que os médicos especialistas de MFR, considera que o modelo de referênciação que tem vigorado até agora necessita ser modernizado e reformulado, introduzindo padrões de avaliação clínico-funcional e de qualidade”*.

Analisando a despesa assumida pelo SNS com entidades privadas e do setor social com quem têm sido estabelecidos contratados, constata-se que o setor convencionado de MFRA apresenta-se como um dos mais significativos de entre as convenções do SNS, representando 18,9% do total a despesa do SNS com as convenções de MCDT, sendo ultrapassado apenas pelas Análises Clínicas e pela Radiologia.

A tabela seguinte sintetiza a despesa com a convenção de MFR, por ARS, constando-se o aumento significativo que tem vindo a ocorrer nos últimos anos, nomeadamente:

**Tabela 3 - Despesa das ARS em MFR (sem taxas moderadoras)**

Área MCDT	2015	%	2016	%	Var.2016 /2015
ARS Norte	40 955 456 €	60%	45 054 756 €	61%	10%
ARSLVT	15 004 337 €	22%	15 669 563 €	21%	4%
ARS Centro	9 217 837 €	14%	10 576 151 €	14%	15%
ARS Algarve	2 343 176 €	3%	2 311 498 €	3%	-1%
ARS Alentejo	458 890 €	1%	532 290 €	1%	16%
<b>Total</b>	<b>67 979 695 €</b>	<b>100%</b>	<b>74 144 259 €</b>	<b>100%</b>	<b>9%</b>

Fonte: ACSS, SIM@SNS, com base nos dados do CCF

Quanto à despesa média com MCDT de MFR, por utente inscrito<sup>2</sup>, destaca-se que em média se gastaram 7,3 € a nível nacional em 2016 (+ 9% que em 2015), sendo que o valor na ARS Norte ascende a 12,1 € e que na ARS Alentejo se fica pelo 1,1 €, conforme tabela seguinte.

**Tabela 4 - Despesa média das ARS por utente inscrito (sem taxas moderadoras)**

Área MCDT	2015	2016
ARS Norte	10,9 €	12,1 €
ARS LVT	4,1 €	4,3 €
ARS Centro	5,2 €	5,9 €
ARS Algarve	5,2 €	5,0 €
ARS Alentejo	0,9 €	1,1 €
<b>Média</b>	<b>6,7 €</b>	<b>7,3 €</b>

Fonte: ACSS, SIM@SNS, com base nos dados do CCF

<sup>2</sup> De acordo com Relatório da Entidade Reguladora da Saúde “ Acesso, concorrência e qualidade no setor convencionado do SNS Análises Clínicas, Diálise, MFR e Radiologia” de maio 2013, a ARS Norte é a que possui maior número de estabelecimentos convencionados de MFR por cada 1.000.000 habitantes (31,98), seguido da ARSLVT (30,60). A ARS Alentejo apresenta o menor número (15,69).

Em relação à despesa das ARS em MCDT de MFR, constata-se que 30 ACES concentram mais de 80% desta despesa, sendo que quase todos são ACES da região Norte, existindo ainda alguns da região LVT e da região Centro, conforme se apresenta no quadro seguinte. Constatase ainda o crescimento significativo que se regista em quase todos os ACES nos custos com MCDT de MFR em 2016, quando comparado com o ano de 2015.

**Tabela 5 - Despesa das ARS por ACES (sem taxas moderadoras)**

RANK	ARS	ACES	2015	Peso Acumulado em 2015	2016	Peso Acumulado em 2016	Var. 2016/2015
1	ARS Centro	ACES Baixo Vouga	4 036 437 €	5,9%	4 423 586 €	6,0%	9,6%
2	ARS Norte	ACES Alto Ave - Guimarães, Vizela e Terras de Basto	3 798 386 €	11,5%	4 163 538 €	11,6%	9,6%
3	ARS Norte	ACES Grande Porto II - Gondomar	3 074 413 €	16,0%	3 487 170 €	16,3%	13,4%
4	ARS Norte	ACES Grande Porto III - Maia / Valongo	2 820 611 €	20,2%	3 201 407 €	20,6%	13,5%
5	ARS Norte	ACES Tâmega III - Vale do Sousa Norte	2 517 671 €	23,9%	2 621 554 €	24,1%	4,1%
6	ARS Norte	ACES Alto Minho	2 296 105 €	27,3%	2 582 040 €	27,6%	12,5%
7	ARS Norte	ACES Grande Porto VIII - Espinho / Gaia	2 160 054 €	30,5%	2 339 715 €	30,8%	8,3%
8	ARS Norte	ACES Tâmega I - Baixo Tâmega	2 082 578 €	33,5%	2 290 877 €	33,9%	10,0%
9	ARS Norte	ACES Grande Porto VII - Gaia	1 933 172 €	36,4%	2 129 404 €	36,7%	10,2%
10	ARS Norte	ACES Grande Porto IV - Póvoa do Varzim / Vila do Conde	2 006 637 €	39,3%	2 122 010 €	39,6%	5,7%
11	ARS Norte	ACES Matosinhos	1 962 641 €	42,2%	2 114 419 €	42,5%	7,7%
12	ARS Norte	ACES Grande Porto V - Porto Ocidental	1 817 447 €	44,9%	2 096 172 €	45,3%	15,3%
13	ARS Norte	ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul	1 897 998 €	47,7%	2 066 903 €	48,1%	8,9%
14	ARS Centro	ACES Baixo Mondego	1 700 623 €	50,2%	1 940 921 €	50,7%	14,1%
15	ARS Norte	ACES Cávado I - Braga	1 587 053 €	52,5%	1 815 664 €	53,1%	14,4%
16	ARS Norte	ACES Ave / Famalicão	1 619 130 €	54,9%	1 793 627 €	55,6%	10,8%
17	ARS Norte	ACES Cávado III - Barcelos / Esposende	1 520 932 €	57,1%	1 762 462 €	57,9%	15,9%
18	ARS Norte	ACES Entre Douro e Vouga II - Aveiro Norte	1 649 336 €	59,5%	1 758 575 €	60,3%	6,6%
19	ARS LVT	ACES Sintra	1 605 018 €	61,9%	1 653 387 €	62,5%	3,0%
20	ARS Norte	ACES Grande Porto I - Santo Tirso / Trofa	1 483 400 €	64,1%	1 523 357 €	64,6%	2,7%
21	ARS LVT	ACES Loures / Odivelas	1 415 573 €	66,2%	1 463 486 €	66,6%	3,4%
22	ARS LVT	ACES Lisboa Central	1 417 299 €	68,3%	1 403 925 €	68,5%	-0,9%
23	ARS Norte	ACES Entre Douro e Vouga I - Feira e Arouca	1 326 366 €	70,2%	1 391 780 €	70,3%	4,9%
24	ARS LVT	ACES Almada / Seixal	1 262 790 €	72,1%	1 391 147 €	72,2%	10,2%
25	ARS LVT	ACES Arco Ribeirinho	1 208 659 €	73,8%	1 337 774 €	74,0%	10,7%
26	ARS Centro	ACES Dão Lafões	941 828 €	75,2%	1 259 343 €	75,7%	33,7%
27	ARS Centro	ACES Pinhal Litoral	1 082 531 €	76,8%	1 246 880 €	77,4%	15,2%
28	ARS LVT	ACES Arrábida	1 273 166 €	78,7%	1 200 958 €	79,0%	-5,7%
29	ARS Algarve	ACES Algarve I - Algarve Central	1 135 308 €	80,4%	1 165 273 €	80,6%	2,6%
30	ARS Norte	ACES Grande Porto VI - Porto Oriental	1 045 335 €	81,9%	1 113 686 €	82,1%	6,5%

Fonte: ACSS, SIM@SNS, com base nos dados do CCF

Importa ainda destacar que 80,4% do total da atividade convencionada, realizada e paga em 2016, está concentrada em 14 atos/procedimentos de MFR, identificados na tabela seguinte:

**Tabela 6 - Atos realizados versus encargos do SNS em 2016**

Rank	Atos/Procedimentos realizados e pagos	Atos realizados em 2016	Frequência Acumulada (atos) 2016	Encargo SNS	Frequência Acumulada (Despesa)
1	Técnicas especiais de Cinesioterapia	7 044 050	19,9%	16 746 590,98	22,59%
2	Massagem manual de mais de uma região	4 292 035	32,0%	6 155 715,50	30,89%
3	Fortalecimento muscular manual	2 724 937	39,6%	4 654 513,20	37,17%
4	Treino em atividades de vida diária	2 309 177	46,1%	8 767 608,00	48,99%
5	Cinesioterapia corretiva postural	1 825 366	51,3%	3 447 139,91	53,64%
6	Ultrassonoterapia	1 781 807	56,3%	1 476 482,50	55,63%
7	Parafangoterapia	1 485 467	60,5%	1 987 701,24	58,31%
8	Fortalecimento muscular/ mobilização articular	1 439 277	64,6%	2 431 559,60	61,59%
9	Cinesioterapia vertebral	1 312 433	68,3%	2 448 268,08	64,89%
10	Estimulação elétrica neuro-muscular, por grupo muscular	1 100 544	71,4%	1 290 022,40	66,63%
11	Terapia por calor húmido	985 799	74,1%	790 205,44	67,70%
12	Reeducação funcional de cada membro	744 222	76,2%	1 092 680,00	69,17%
13	Terapia da fala	736 366	78,3%	2 856 136,86	73,03%
14	Iontoforese	735 180	80,4%	736 126,20	74,02%

Fonte: ACSS, SIM@SNS, com base nos dados do CCF

Refira-se ainda que a taxa de crescimento deste grupo de procedimentos de 2015 para 2016 foi, na maioria das situações, significativo, conforme se demonstra na tabela seguinte.

**Tabela 7 – Variação da despesa com atos e procedimentos realizados e pagos pelo SNS**

Rank	Atos/Procedimentos realizados e pagos	2015	2016	Var. 2016/2015
1	Técnicas especiais de Cinesioterapia	6 546 238 €	7 044 050 €	7,6%
2	Massagem manual de mais de uma região	4 108 532 €	4 292 035 €	4,5%
3	Fortalecimento muscular manual	2 583 968 €	2 724 937 €	5,5%
4	Treino em atividades de vida diária	1 964 702 €	2 309 177 €	17,5%
5	Cinesioterapia corretiva postural	1 669 097 €	1 825 366 €	9,4%
6	Ultrassonoterapia	1 703 873 €	1 781 807 €	4,6%
7	Parafangoterapia	1 476 781 €	1 485 467 €	0,6%
8	Fortalecimento muscular/ mobilização articular	1 212 939 €	1 439 277 €	18,7%
9	Cinesioterapia vertebral	1 303 490 €	1 312 433 €	0,7%
10	Estimulação elétrica neuro-muscular, por grupo muscular	969 725 €	1 100 544 €	13,5%
11	Terapia por calor húmido	961 826 €	985 799 €	2,5%
12	Reeducação funcional de cada membro	709 647 €	744 222 €	4,9%
13	Terapia da fala	644 208 €	736 366 €	14,3%
14	Iontoforese	695 778 €	735 180 €	5,7%

Fonte: ACSS, SIM@SNS, com base nos dados do CCF

A representatividade do setor convencionado de MFRA, aliada à necessidade do SNS manter este tipo de parceria para complementar a sua resposta em áreas geográficas em que tal se revelar necessário, impõe a urgência de se rever o modelo atual, separando claramente os papéis de referenciador, prescritor e prestador (o modelo de convenções de MFRA é o único em que o prescritor de cuidados é aquele que presta esses mesmos cuidados, determinando assim a quantia a receber por parte do SNS, o que constitui um manifesto conflito de interesses que urge resolver).

Para tal, importa criar instrumentos acessíveis e inteligíveis para todos os intervenientes que permitam, por um lado, uma referenciação adequada e a disponibilização de informação de retorno relativa aos cuidados prestados e, por outro, a medição dos ganhos resultantes dessa prestação de cuidados.

#### **4.6. Rede nacional de cuidados continuados integrados**

Em Portugal, o conceito de cuidados continuados integrados foi introduzido em 2006 com a criação da RNCCI, definindo-se como o *“conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorado a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”*.

A criação da RNCCI ocorreu através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social (na altura, denominado Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social), acompanhando assim as tendências europeias e internacionais de desenvolvimento de políticas públicas integradas, de saúde e de apoio social.

A criação e estruturação da RNCCI decorreram da progressiva constatação de um conjunto de alterações de natureza sociodemográfica que fizeram evoluir as necessidades da população e que reclamavam, em particular das áreas da saúde e de apoio social, uma capacidade de resposta integrada, multidisciplinar e mais efetiva para a população.

Este novo panorama de necessidades resulta essencialmente de três fatores:

- O primeiro deles, o envelhecimento progressivo da população portuguesa, consequência do aumento da esperança média de vida à nascença;

- O segundo, as mudanças verificadas no perfil das patologias, com peso crescente das doenças crónicas incapacitantes e degenerativas;
- E, por último, alterações sociológicas ocorridas, em particular nas estruturas familiares e nas redes informais de apoio comunitário.

A RNCCI presta cuidados de natureza reabilitativa (de Saúde Física e de Reabilitação e reintegração social) a pessoas que se encontrem em situação de dependência ou em risco de a perder, independentemente da faixa etária a que pertencem, encontrando-se organizada em várias tipologias de internamento e de ambulatório, nomeadamente as seguintes:

- Em internamento: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção;
- Em ambulatório: equipas de cuidados continuados integrados e unidades de promoção da autonomia.

A RNCCI constitui-se assim como um conjunto de unidades e de serviços capazes de dar resposta adequada a situações de incapacidade ou de dependência, conseqüentes a um episódio de doença aguda ou a uma agudização de doença crónica.

A mudança de paradigma preconizada pela RNCCI na organização e prestação de cuidados, aliada à sua intersecção com os vários níveis do SNS e com as políticas de apoio social, implicou uma dinâmica de interiorização paulatina dos seus princípios de organização e funcionamento, transversais ao sistema.

Este novo paradigma tem como objetivo responder às necessidades de integralidade e continuidade de cuidados, só alcançáveis com a adesão dos profissionais e instituições de saúde e de apoio social.

De forma sucinta, podemos dizer que os princípios e valores essenciais pelos quais se rege a prestação de cuidados no âmbito da RNCCI são:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da capilaridade a nível nacional das respostas de internamento da Rede e da potenciação de serviços comunitários de proximidade;

- Flexibilidade e adaptabilidade das respostas às características regionais e locais, onde se torna indispensável a colaboração entre os níveis de cuidados de saúde e os serviços de ação social, podendo ser potenciado pelo envolvimento autárquico ou de outras forças locais;
- Multidisciplinaridade para todas e cada uma das respostas, através de uma composição de múltiplos perfis de profissionais que, através dum trabalho em equipa, podem atingir uma visão global e multidimensional das diferentes necessidades que apresentam os cidadãos;
- Interdisciplinaridade expressa pela necessidade de recorrer às competências e conhecimentos de vários profissionais, que garantam o desenvolvimento de processos de cuidados ajustados às necessidades dos cidadãos, através da definição conjunta de um plano individual de intervenção que se consubstancia num plano de cuidados, com metas e objetivos definidos;
- Complementaridade na atuação dos diferentes profissionais e na prestação de cuidados distintos em momentos diferentes a um mesmo cidadão, nomeadamente no caso da mobilidade na Rede, como forma de garantir processos de cuidados completos e continuados no tempo;
- Trabalho em equipa e transdisciplinaridade, para assegurar a articulação e continuidade dos cuidados continuados;
- Prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia e na participação dos cidadãos e famílias;
- Avaliação da situação de dependência do doente e definição de objetivos de funcionalidade e autonomia e a sua consequente manutenção;
- Participação dos cidadãos em situação de dependência, e dos seus familiares ou representantes legais na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- Corresponsabilização da família ou cuidadores na prestação da assistência;
- Eficiência e qualidade no serviço prestado.

## **5. Propostas de modelo organizacional para o horizonte 2017 - 2020**

O GT MFR A considera que está perante uma oportunidade única para discutir e propor uma reformulação profunda da atual resposta assistencial em Saúde Física e de Reabilitação, pretendendo fazê-lo numa perspetiva global e apresentando uma proposta integrada em relação a este tipo de prestação de cuidados no SNS.

De facto, a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação é um tema de crescente interesse nos Sistemas de Saúde e de Proteção Social por todo o mundo, essencialmente porque o envelhecimento populacional, a par de outros fatores sociodemográficos, tem resultado num aumento crescente da procura deste tipo de cuidados, com acréscimo considerável da despesa.

Para além destes fatores, também a importância dos estilos de vida e das mudanças no perfil epidemiológico da população - com destaque para o aumento da prevalência de doenças crónicas, da multimorbilidade e das situações de dependência e de fragilidade física e emocional -, o isolamento dos mais idosos e as alterações no perfil das famílias, são realidades a considerar no planeamento das respostas às necessidades da população na área da Saúde Física e de Reabilitação.

Para responder a estes desafios, o GT MFR A propõe um novo modelo organizacional de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS, a desenvolver na sua plenitude até 2020, baseado na identificação concreta das necessidades em saúde das pessoas, na prestação de cuidados em equipa multiprofissional, na referenciação adequada e na partilha de informação entre prestadores.

Acredita-se que o novo modelo que aqui propomos tem condições para ser sustentável e para potenciar sinergias entre as diferentes estruturas do SNS, desenvolvendo mais intervenções nos cuidados de saúde primários, tornando mais transparente e eficaz o processo de referenciação para os níveis mais diferenciados, incluindo os prestadores convencionados, e ainda para monitorizar os ganhos de qualidade e bem-estar obtidos na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

## 5.1. Princípios do modelo proposto

O modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS que agora propomos visa a centralidade no cidadão e contém **6 princípios básicos**, que decorrem da responsabilidade social do Estado Português, e que passam por assegurar:

1. Acessibilidade;
2. Eficiência;
3. Equidade;
4. Oportunidade;
5. Qualidade;
6. Sustentabilidade.

A implementação deste novo modelo deve ser baseada num plano operacional a concretizar na plenitude até 2020, que considere as prioridades nacionais e as especificidades regionais e locais e que esteja assente em **5 conceitos-chave** que se constituem como pilares do modelo, nomeadamente:

1. Cuidados centrados no cidadão;
2. Garantia de acesso universal e de equidade;
3. Articulação entre níveis de prestação e *continuum* de cuidados;
4. Maior resolatividade dos cuidados de saúde primários e reforço do seu papel de charneira na vertente da prestação de cuidados de ambulatório na área da Saúde Física e de Reabilitação;
5. Especialização e rentabilização das competências profissionais.

Estes pilares suportam a criação do modelo agora proposto, o qual pretende alcançar **4 objetivos gerais**:

1. A prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação deverá ser orientada pelas características dos cidadãos, nomeadamente de acordo com os seus aspetos demográficos e com as suas necessidades potenciais no domínio da funcionalidade;
2. As respostas de Saúde Física e de Reabilitação deverão ser acessíveis e estar presentes em todos os níveis de prestação de cuidados, de forma integrada, e considerando que a sua continuidade, enquanto existir potencial de Saúde Física e de Reabilitação, será um fator crítico para a obtenção de ganhos em saúde;
3. A articulação entre os diferentes níveis de intervenção deverá assentar na partilha da informação e na definição clara do fluxo dos cidadãos na rede prestadora de cuidados desta área, visando a otimização dos recursos existentes, a proximidade e a melhoria contínua dos serviços;

4. O financiamento da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação deve considerar a complexidade dos cidadãos e incentivar a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar, alcançados na sequência das intervenções realizadas.

Para alcançar este desiderato, o novo modelo proposto incentiva ainda o estabelecimento de parcerias com as estruturas da comunidade, no sentido de se criarem sinergias, de se conjugarem esforços e competências e de se rentabilizarem todos os recursos existentes, assim como promove a prestação de cuidados domiciliários, os quais contribuirão para assegurar uma maior prontidão e proximidade ao cidadão e para garantir maior eficiência na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS.

## **5.2. Novo modelo organizacional proposto**

O novo modelo de prestação aqui proposto pretende otimizar a autonomia funcional dos cidadãos, ou reduzir a velocidade da sua perda, em conformidade com as atuais estratégias internacionais e com as recomendações da OMS, que apontam para a necessidade de se expandirem as respostas da área da Saúde Física e de Reabilitação nos Sistemas de Saúde.

Atualmente, o maior desafio dos atuais modelos de prestação desta área passa por superar as limitações que decorrem da setorização organizacional que caracteriza o seu desenho, e da qual têm resultado ganhos insuficientes, com custos excessivos.

Esta tentativa de superação está em curso nos países mais desenvolvidos, como acontece em Portugal, onde se pretende transformar progressivamente o SNS e onde o principal objetivo da nova política de Saúde Física e de Reabilitação passa pela reorganização dos processos e pelo reforço das respostas do SNS às reais necessidades em saúde dos cidadãos.

É nesta perspetiva que este novo modelo valoriza a análise do perfil sociodemográfico da população portuguesa, assim como as estimativas da sua evolução na próxima década, identificando respostas de ambulatório especialmente dirigidas a áreas complementares de intervenção em cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, a saber;

- A Saúde Física e de Reabilitação, enquanto recuperação de uma função perdida ou compensação dessa função por outra(s);
- A manutenção da capacidade funcional, afetada no decurso do processo de envelhecimento, que correrá como um declínio considerado normal face ao avanço da idade, mas que pode e deve ser retardado.

- A manutenção e prevenção de limitações e incapacidades resultantes de processos degenerativos associados a doenças crónicas.

Para que este novo modelo possa alcançar o sucesso desejado, torna-se essencial que exista um processo de avaliação rigoroso e transparente das necessidades em saúde de cada indivíduo, com uma identificação clara do seu potencial de Saúde Física e de Reabilitação, ou então, dos objetivos de manutenção que se pretendem alcançar.

Desta avaliação de resultados resultarão diferentes níveis de complexidade, que espelham diferentes necessidades de respostas de Saúde Física e de Reabilitação, não só em termos tecnológicos e de recursos humanos, mas também de duração, frequência e intensidade das intervenções.

Será em função da avaliação técnica efetuada com base em instrumentos e escalas de medição testados e validados para utilização no SNS, que cada cidadão deverá ser orientado para as respostas de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório do SNS que for mais adequado à sua situação concreta, o que potencialmente deverá conduzir à obtenção de melhores resultados para as intervenções que aí lhe serão efetuadas pelos profissionais certos.

Para tal, a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação deve responder de forma articulada entre si e deve ser transversal aos vários níveis de prestação de cuidados do SNS, desde os cuidados de saúde primários, aos hospitalares, ao setor convencionado, aos centros especializados de Medicina de Reabilitação e à RNCCI.

Consideramos este ponto fundamental, não só porque constitui a única forma de garantir um *continuum* na prestação efetiva de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, de forma eficaz e sustentável, como também porque será a melhor maneira de responder em proximidade e com qualidade às necessidades dos cidadãos ao longo de todo o seu percurso de vida.

Para suportar o funcionamento deste modelo é necessário assegurar a implementação de um processo de referenciação robusto, assente na avaliação das necessidades concretas de cada cidadão, suportado por fluxogramas claros e transparentes que assegurem a coordenação dos cuidados e que estejam apoiados por circuitos de informação ágeis que permitam a comunicação entre os diversos profissionais e estruturas envolvidas neste processo.

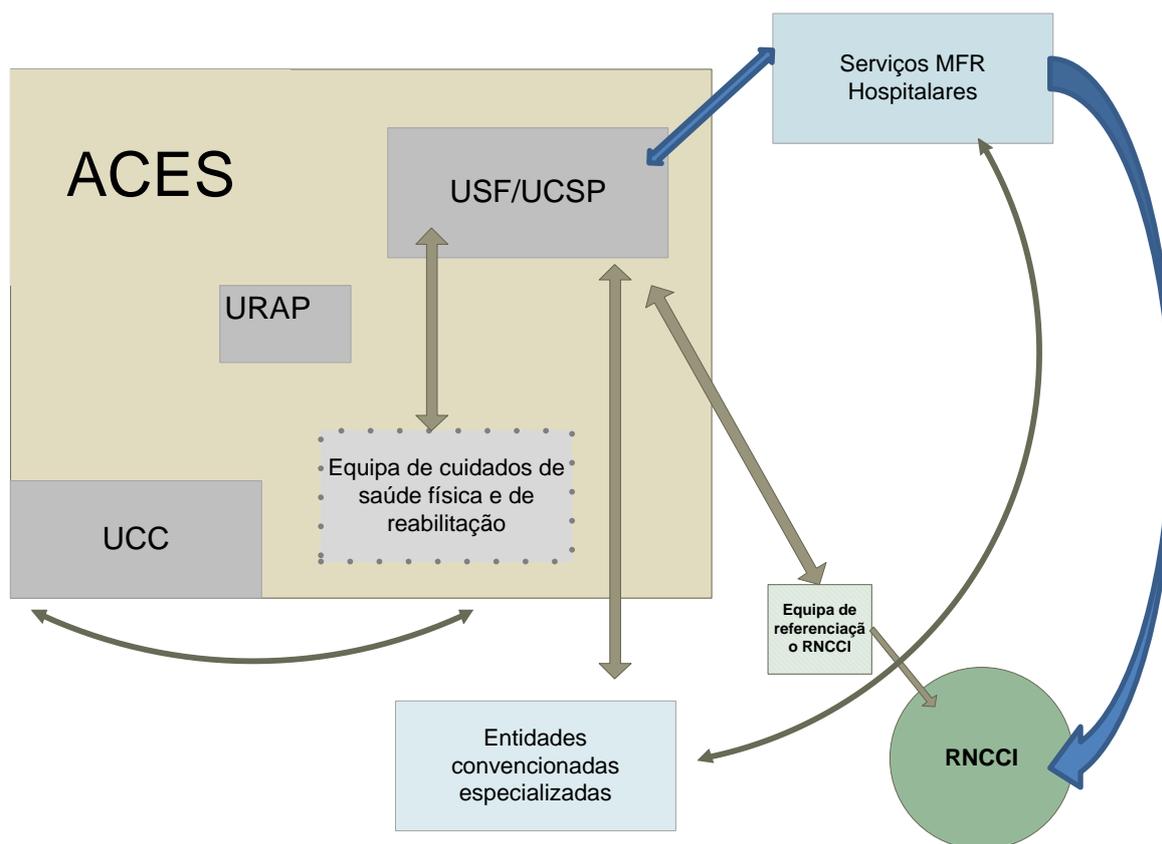
Assim, a referenciação de um cidadão para qualquer prestador de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação deverá implicar a prévia avaliação e codificação da sua situação de saúde (problema de saúde e de funcionalidade), resultando daí um determinado nível de

complexidade, definido através de um sistema de classificação de doentes específico para a Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, que apoiará o envio do cidadão para a resposta da Rede do SNS que melhor se adegue às suas necessidades.

A referenciação direta dos cidadãos por parte dos serviços hospitalares de MFR, diretamente para as entidades convencionadas em MFR, pode ser efetuada uma vez esgotadas as capacidades destes serviços e apenas para determinadas patologias, a definir através de uma Norma de Orientação Clínica a emitir pela DGS, onde a rapidez e continuidade em ambulatório dos cuidados que foram prestados em internamento seja essencial para a manutenção ou para a obtenção de ganhos de funcionalidade do cidadão.

De forma esquemática, o novo modelo apresenta a seguinte configuração:

**Figura 1 - Proposta do novo modelo organizacional de referenciação em cuidados na área da Saúde Física e de Reabilitação**



### 5.3. Sistemas de Informação e Comunicação

As tecnologias de informação e comunicação estão a alterar, de modo rápido e profundo, a prática das organizações prestadoras de cuidados de saúde e apoio social, assim como o paradigma da relação entre os profissionais e os cidadãos.

Existe hoje um amplo consenso que os sistemas de informação contribuem para potenciar a indução de melhores práticas na organização da prestação de cuidados e na resposta do SNS, promovendo ganhos de eficácia, efetividade e eficiência, mais equidade no acesso, maior responsabilização e transparência da informação para todas as partes, utentes, profissionais e instituições prestadores de cuidados, entidades pagadoras, cidadãos em geral.

De facto, os sistemas de informação têm-se afirmado como soluções cada vez mais adotadas pelos prestadores de cuidados de saúde e de apoio social, funcionando como ferramentas de documentação, comunicação entre serviços e até de decisão, demonstrando benefícios ao nível da qualidade da prestação, melhorando os níveis de adesão às *guidelines* e às boas práticas e proporcionando uma monitorização em tempo real.

A implementação dos sistemas de classificação de doentes que abordámos anteriormente exige um adequado registo e uma atempada recolha de diagnósticos, procedimentos ou problemas ativos, de forma a poder apoiar o trabalho de agrupamento das necessidades dos cidadãos, ou episódios de doença, de forma a tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças.

A ausência de um sistema de informação comum entre os diferentes níveis de cuidados tem comprometido a medição de resultados e de ganhos em saúde em termos nacionais e, muitas vezes, inclusive numa dimensão regional e local.

Assim, a criação de um sistema de informação comum permitirá poupanças económicas diretas, com a provável diminuição do número de atos repetidos, e garante ainda uma mais ágil circulação da informação por todos os intervenientes no processo de Saúde Física e de Reabilitação, seja qual for o modelo de prestação de cuidados que for mais adequado a cada situação concreta (internamento ou ambulatório).

Na área da Saúde Física e de Reabilitação, não se trata simplesmente de introduzir novos instrumentos. É indispensável, simultaneamente, caminhar no sentido de integrar os instrumentos existentes. A transição de um sistema de informação excessivamente fragmentado para um outro integrado com base no percurso das pessoas – acessível a profissionais e cidadãos – é um requisito essencial para termos um sistema de informação comum.

#### **5.4. Sistema de Classificação de Doentes**

Um sistema de classificação de doentes é aquele em que os objetos que se pretendem agrupar são cidadãos com problemas de saúde, ou episódios de doença, e em que o objetivo é tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, permitir que, os que pertençam à mesma classe, sejam tratados de modo semelhante.

A aplicação de um sistema de classificação de doentes é importante, diretamente, para a gestão da produção, mas também para o financiamento dos prestadores de cuidados de saúde, sendo que a inexistência de um sistema de classificação de doentes dificulta o desenvolvimento de metodologias de case-mix que permitam efetuar uma abordagem compreensiva e ajustada à complexidade da atividade desenvolvida.

No âmbito do novo modelo organizacional para a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, importa recorrer à utilização de um Sistema de Classificação de Doentes de Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório (SCD-ReabA) que permita caracterizar, de forma sistematizada, comparável, transversal e inteligível a qualquer profissional, o cidadão que necessita de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

No caso específico deste tipo de cidadão deve permitir a sua caracterização no que se refere à patologia, comorbilidades e à sua funcionalidade, de forma a obter-se um retrato fidedigno da complexidade destes cidadãos e das necessidades reais de cuidados Saúde Física e de Reabilitação, permitindo o planeamento da organização deste tipo de prestação e a avaliação de resultados em termos de ganhos de funcionalidade dos cidadãos. Os níveis de complexidade devem espelhar a necessidade de mais ou menos recursos de Saúde Física e de Reabilitação, diferentes recursos humanos e tecnológicos, duração e intensidade da intervenção.

É a partir da categorização da complexidade das condições de saúde, e com base na melhor evidência científica disponível que se propõe planear a oferta, atual e futura, de serviços de Saúde Física e de Reabilitação pelas várias tipologias de cuidados disponíveis ao SNS.

O SCD-ReabA deve, por isso, aplicar-se a todos os cidadãos a quem, no âmbito dos cuidados de saúde primários, seja identificada a necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, independentemente da entidade que preste este tipo de cuidados.

Por outro lado, importa que o SCD ReabA permita auxiliar a referenciação para cuidados de Saúde Física e de Reabilitação (na medida que, de acordo com a complexidade identificada, irá determinar o nível de prestação de cuidados necessário e para que tipo de unidades o cidadão

deve ser encaminhado) e sustentar um modelo de financiamento no sentido da evolução do atual modelo de pagamento ao ato para o pagamento compreensivo, ajustado à complexidade do cidadão (traduzida pela seu grau de funcionalidade).

Importa, igualmente, que sirva de base à informação de retorno a prestar por parte dos prestador de cuidados aos prescritores destes cuidados (os médicos de família), complementada pelas escalas clínicas a preencher pelos profissionais prestadores de cuidados, de forma a sustentar um financiamento com base num desempenho baseado na evidência.

Considerando os vários intervenientes na identificação da necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação e na prestação efetiva destes cuidados, importa que as classificações a utilizar no momento da avaliação por parte dos cuidados de saúde primários sejam simples, práticas e inteligíveis para todos os profissionais e que o agrupamento do cidadão no SCD-ReabA reflita a avaliação efetuada por todos os profissionais envolvidos no processo.

Desta forma, e no que se refere ao SCD-ReabA, o Grupo de Trabalho propõe que as classificações a utilizar deverão ter por base as já existentes no SNS e utilizadas noutros âmbitos (nomeadamente ICPC, ICD10 e CIF, via Tabela Nacional de Funcionalidade) bem como escalas de avaliação específica do âmbito da Saúde Física e de Reabilitação.

O presente Grupo de Trabalho procedeu à identificação de 16 Grandes Grupos de Patologia (Tabela 8), após revisão da proposta inicialmente apresentada pela SPMFR. Estes Grandes Grupos de Patologia referem-se a doença, lesão, síndrome ou disfunção, que geram limitação funcional e que, consequentemente, justificam cuidados de Saúde Física e de Reabilitação (de diagnóstico, prevenção, ensino e/ou terapêutica) em diferentes níveis de cuidados, com diferentes complexidades de intervenção nas diversas valências, multidisciplinares e multiprofissionais.

Os critérios subjacentes à construção destes grupos relacionam-se com a topografia, etiologia, progressão (ou não), classificação de doença, classificação de funcionalidade, semiologia e tempo previsíveis de evolução da patologia, consumos de recursos e duração previsível dos tratamentos.

Tabela 8 – Grandes Grupos de Patologia na área da Saúde Física e de Reabilitação

Grande Grupo de Patologia	
1	Patologias do Sistema Nervoso Central congénitas, não progressivas
2	Patologias (Alterações/Perturbações) do Neuro-desenvolvimento
3	Patologias do Sistema Nervoso Central-Encefálico, Tronco Cerebral, Medula e do Cerebelo adquiridas, não progressivas
4	Patologias do Sistema Nervoso Central Progressivas
5	Patologias do Sistema Nervoso Periférico (pares cranianos e nervos periféricos), adquiridas, não progressivas
6	Patologias do Sistema Nervoso (1º e/ou 2º Neurónio Motor) progressivas (incluindo as alterações da junção neuromuscular e sistema muscular associados)
7	Patologia Músculo-Esquelética Periférica
8	Patologia Músculo-esquelética Axial (Ráquis e/ou Tronco)
9	Patologia Cardiovascular
10	Patologia Vascular
11	Patologia Respiratória
12	Patologia do Sistema Tegumentar
13	Patologias do Tecido Conjuntivo
14	Patologias do Aparelho Génito-Urinário e Reprodutivo, do Sistema Digestivo/Intestinal
15	Malformação Congénita (MC) e Amputação
16	Outra Patologia não especificada anteriormente

A tabela presente no Anexo apresenta as patologias de cada Grande Grupo de Patologia. Em termos gerais, definem-se os seguintes parâmetros necessários para o SCD-ReabA:

- a) No SI de apoio ao médico MGF este regista códigos ICPC, CID 10 e respostas aos itens CIF. Estes últimos deverão ter um *layout* semelhante ao que está presentemente para a TNF:

Figura 2 – Atual preenchimento TNF SClínico

The screenshot displays the 'Tabela Nacional de Funcionalidade' interface. At the top, it shows patient information: Nome ANA SOFIA MARQUES VIEIRA SANTOS, Idade 39, N°Processo 2940901. Below this, there are tabs for 'Avaliação da Funcionalidade', 'Consultar registos', and 'Consultar (vista horizontal)'. The main section is titled 'Caracterização Clínica' and is divided into two parts: '1 - Pesquisar diagnósticos ICPC2 do utente' and 'Correspondência para CID10'. Under '1 - Pesquisar diagnósticos ICPC2 do utente', the code 'L89 OSTEARTROSE DA ANÇA' is entered. Under 'Correspondência para CID10', the code 'M16.4 Coxartrose Bilateral Pós-Traumática' is entered. Below this, there is a section for 'Caracterização Funcional - CIF'. It states 'Todos os itens são de preenchimento obrigatório'. The table below lists various activities and participation items, each with a performance scale from 0 to 4 and columns for 'Fator ambiental facilitador' and 'Fator ambiental barreira'. The items include: 'É capaz de realizar a sua rotina diária de forma autónoma?', 'É capaz de se deitar e levantar da cama, assim como ajoelhar e levantar do chão sozinho/a?', 'É capaz de ficar em pé enquanto está numa fila e ficar sentado enquanto come uma refeição?', 'É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?', 'É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?', 'É capaz de se deslocar e subir e descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa?', 'É capaz de utilizar transportes públicos?', and 'É capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?'. At the bottom, there are fields for 'Mobilidade e autocuidado: 0', 'Competências gerais: 0', 'Competências específicas: 0', 'Sociabilidade: 0', 'Manipulação e manuseio: 0', and 'Dr.: Anabela Mateus'. The final result is 'Resultado global: 0 FUNCIONALIDADE TOTAL'.

Em sede do presente Grupo de Trabalho foi revista a TNF no sentido de identificar os itens CIF, e respetivas perguntas que serão validadas em pré-teste como conjunto mínimo de dados para a referenciação para cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, tendo-se consensualizado o seguinte conjunto de itens apresentado na tabela 9.

**Tabela 9 – Proposta preenchimento TNF SClínico na área da Saúde Física e de Reabilitação**

ITEMS CIF REABILITAÇÃO			0	1	2	3	4
			Não há problema	Problema ligeiro	Problema moderado	Problema grave	Problema completo
Qualificador geral							
ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO							
MOBILIDADE E AUTO CUIDADOS							
Código	Descritivo	Pergunta	0-4%	5%-24%	25%-49%	50%-95%	96%-100%
d230	Realizar rotina diária	É capaz de realizar a sua rotina diária de forma autónoma?					
d410	Mudar posição básica do corpo	É capaz de se deitar e de se levantar da cama sozinha/o? É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o?					
d415	Manter a posição do corpo	É capaz de ficar em pé enquanto espera por um transporte, ou está numa fila?					
d430	Levantar e transportar objectos	É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?					
d450	Andar	É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?					
d460	Deslocar-se por diferentes locais	É capaz de se deslocar e subir/ descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa ?					
d470	Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)	É capaz de utilizar transportes públicos? (Ex. Carro, comboio, barco, avião, autocarro)					
d520	Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)	É capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?					
d540	Vestir-se	É capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?					
d620	Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc)	É capaz de planear a fazer as compras necessárias para o seu dia-a-dia sozinho/a?					
d640	Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc)	É capaz de fazer as atividades domésticas da lida da casa, sozinha?					
COMPETÊNCIAS GERAIS							
d220	Realizar multiplas tarefas	É capaz de realizar duas tarefas ao mesmo tempo? Exemplos: Cozinhar e pôr a mesa; Falar ao telefone e tirar notas; Realizar uma atividade manual e					
d360	Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	É capaz de utilizar diferentes dispositivos de comunicação (ex. telefone, fax, PC, etc.)?					
d475	Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc)	É capaz de conduzir de forma autónoma um veículo num trajeto desconhecido? (Ex. Carro, bicicleta)					
d510	Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc)	É capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?					
d630	Preparar refeições (cozinhar, etc)	É capaz de preparar refeições para mais do que duas pessoas?					
COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS							
d166	Ler	É capaz de ler este documento e depois dizer por palavras suas o que acabou de ler?					
d330	Falar	É capaz de se expressar, a falar?					
d345	Escrever mensagens	É capaz de escrever recados que as outras pessoas possam ler?					
d530	Cuidados relacionados com o processo de excreção	É capaz de reconhecer quando tem necessidade de ir á casa de banho, para urinar ou para defecar e limpar-se sozinha/o?					
d550+d560	Comer + beber (alimentar-se)	É capaz de comer sozinho uma refeição normal (água, sopa, prato principal e fruta) ?					
SOCIABILIDADE							
d350	Conversação	É capaz de iniciar, manter e finalizar uma conversa, com várias pessoas, em grupo?					
MANIPULAÇÃO E MANUSEIO							
d440	Motricidade fina	É capaz de apanhar uma agulha, ou uma moeda, se estiverem em cima de uma mesa?					
d445	Utilização da mão e do braço	É capaz de alcançar objetos em prateleiras da sua altura? É capaz de abrir uma porta com maçanetas ou apanhar uma bola?					
d465	Deslocar-se utilizando equipamentos	É capaz de se deslocar dentro e fora da sua casa com um produto de apoio, se necessário?					

Esta informação deverá constar em todos os *softwares* de cuidados de saúde primários em utilização no SNS, incluindo os não disponibilizados pelos SPMS.

b) A identificação da patologia, bem como o preenchimento dos itens da TNF identificados, permitirá identificar o grau de funcionalidade global, possibilitando a referenciação do de acordo com os seguintes critérios: cidadão

- **Referenciação para a Equipa de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP: Grau de funcionalidade Total, Média ou Reduzida (0% a 49% da TNF)**

Correspondente a doentes crónicos ou com patologia subaguda em situação clínico-funcional de baixa complexidade, independentes ou pouco dependentes, com capacidade de compreensão e de tolerância ao programa de Saúde Física e de Reabilitação, elevada participação, para serem integrados em programas de prevenção da doença ou programas de Saúde Física e de Reabilitação; cidadãos saudáveis para serem integrados em programas de promoção de saúde.

Considera:

- Grau de funcionalidade Reduzida (25% a 49% da TNF)

Correspondente a doentes de complexidade maior ou intermédia, com tempos de evolução agudo, subagudo, crónico.

- Grau de funcionalidade Média (5% a 24% da TNF)

Correspondente a doentes de complexidade menor, com tempos de evolução crónico, se preenchidas capacidades instaladas e de resposta das Equipas de Saúde Física e de Reabilitação dos cuidados de saúde primários estiverem preenchidas.

- **Referenciação para serviços de MFR dos hospitais e Centros Regionais de Saúde Física e de Reabilitação: Grau de funcionalidade Muito reduzida ou Ausente (50% a 100% da TNF)**

Correspondente a doentes em situações agudas, subagudas e crónicas agudizadas (com reagravamento clínico/funcional significativo), que necessitem de avaliação e possíveis cuidados de MFR intensivos e diferenciados em meio hospitalar, com possibilidade de necessidade de apoio interdisciplinar com outras especialidades médicas e cirúrgicas, mas sem critérios para internamento de MFR.

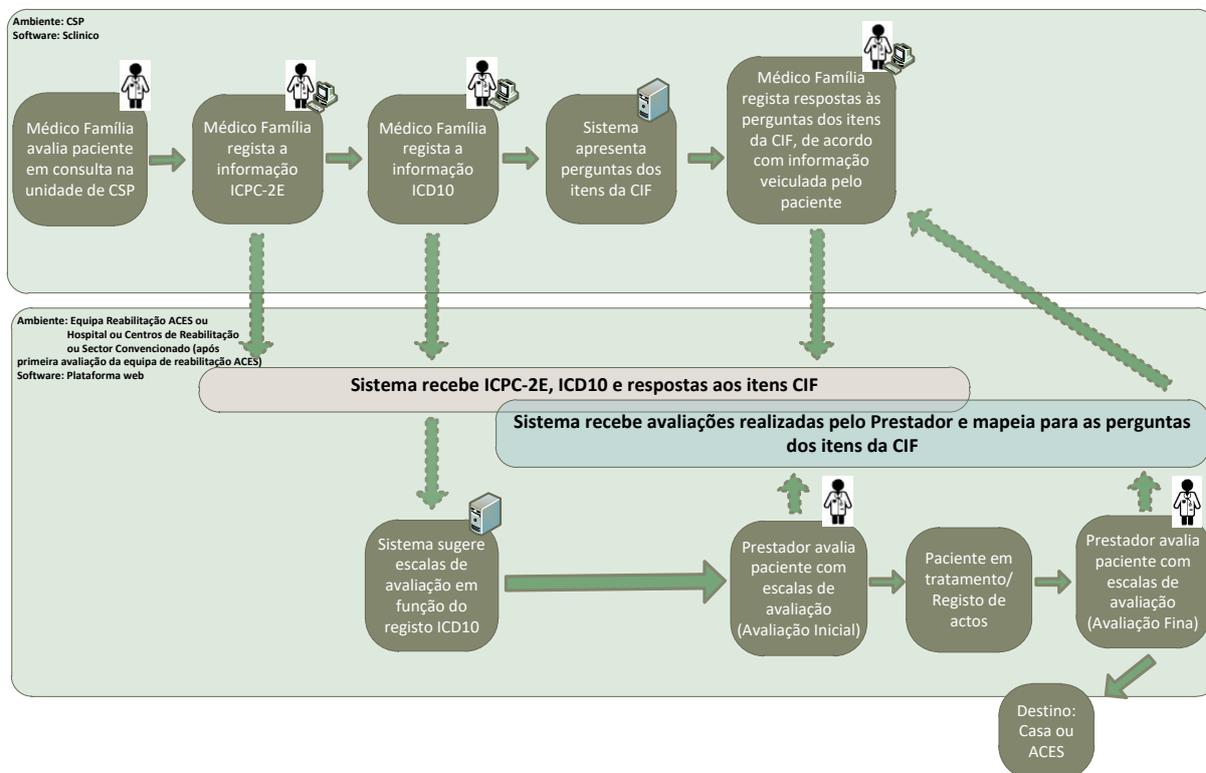
- **Referenciação para RNCCI:**

Apesar de existir indícios que os cidadãos referenciados para a RNCCI possuem um nível de funcionalidade inferior a 50%, mantém-se os critérios de referenciação de acordo com os critérios de referenciação já definidos no âmbito da Rede, através da Portaria 50/2017, de 2 de fevereiro.

- c) A informação registada pelo médico MGF (diagnósticos e itens CIF da TNF) migra para uma plataforma que poderá ser visualizada pelo prestador interno e externo ao ACES (cuidados hospitalares, cuidados em centro de reabilitação ou cuidados no setor convencionado).
- d) Nesta plataforma estarão disponíveis escalas de Saúde Física e de Reabilitação que serão apresentadas ao prestador (médico de MFR, fisioterapeuta, enfermeiro de reabilitação, terapeuta da fala e/ou terapeuta ocupacional) de acordo com o diagnóstico identificado pelo médico de medicina geral e familiar.
- e) O prestador preenche estas escalas e ao fazê-lo está automaticamente a preencher (através de mapeamentos) os mesmos itens CIF da TNF preenchidas pelo médico de medicina geral e familiar.
- f) O médico de medicina geral e familiar tem acesso, no sistema de informação dos cuidados de saúde primários, aos itens CIF da TNF preenchidos automaticamente com os resultados das escalas usadas pelo prestador e, se desejar, pode consultar as escalas preenchidas pelo prestador.
- g) Paralelamente, ao nível do sistema de informação dos cuidados de saúde primários, tem também que haver possibilidade da equipa de Saúde Física e de Reabilitação do ACES preencher as mesmas escalas de MFR que, igualmente, mapeiam para aos itens CIF da TNF a ver pelo médico de medicina geral e familiar.
- h) Os dados resultantes de todas estas fases devem constar, ao nível do utente, numa base de dados para efeitos de análise e estudo para criação do Sistema de Classificação de Doentes e para acompanhamento futuro.

Em termos esquemáticos, o atrás referido traduz-se em:

**Figura 3 – Proposta de referência e avaliação doentes Saúde Física e de Reabilitação**



Para testar este circuito e de forma a se obter informação que possa posteriormente servir de base à análise para criação do SCD-Reab, deverá ser realizado um pré-teste em instituições de cuidados de saúde primários e convencionadas a identificar. Neste pré-teste haverá obrigatoriedade de preenchimento de todos os itens da TNF identificados de forma a recolher o máximo de informação possível<sup>3</sup>.

Como elementos base para a estruturação da informação necessária ao SCD-ReabA importa:

- Definir o mapeamento ICPC>ICD10>Grande Grupo de Patologia: este mapeamento encontra-se elaborado pelo Grupo de Trabalho faltando apenas a sua validação final;
- Identificar as escalas a utilizar para cada ICD10 de cada Grande Grupo de Patologia: neste âmbito importa que as escalas sejam de utilização gratuita. Muito deste trabalho encontra-se já elaborado em sede do presente Grupo de trabalho, importando no entanto finalizá-lo;
- Correspondência entre cada item de cada escala e cada item da CIF;
- Correspondência métrica entre os qualificadores de cada escala e os qualificadores dos itens da CIF (0, 1, 2, 3 e 4).

<sup>3</sup> A análise estatística de componentes principais identificará o conjunto mínimo de dados de itens da TNF finais a utilizar no SCD.

**Tabela 10 – Exemplo preenchimento automático qualificadores CIF**

Grande Grupo de Patologia	Escala	Codigo ICD10	ITEMS CIF REABILITAÇÃO		Qualificador Escala	Qualificador CIF
			ACTIVIDADES E PARTICIPAÇÃO			
			MOBILIDADE E AUTO CUIDADOS			
			Código	Descritivo		
Patologias do Sistema Nervoso Central congénitas, não progressivas	Gross Motor Function Classification System (Paralisia Cerebral)	XXX	d280	Realizar rotina diária	1	0
					2	1
					3	1
					4	2
					5	3
					6	3
					7	4
	YYY	d410	Mudar posição básica do corpo	1	0	
				2	1	
				3	1	
				4	2	
				5	3	
				6	3	
				7	4	

O SCD-ReabA resultará da análise estatística dos dados que foram recolhidos em pré-teste a partir das seguintes variáveis (além do sexo e idade):

- Diagnósticos e comorbilidades (via ICPC e ICD10)
- Classificação da funcionalidade auto reportada (via itens da CIF da TNF)
- Quantificação da funcionalidade por instrumentos de avaliação clínica (Escala de avaliação em Saúde Física e de Reabilitação (a definir) mapeadas para os itens da CIF da TNF).

No que se refere às escalas de avaliação em Saúde Física e de Reabilitação importa reter que as intervenções desta área requerem um processo contínuo de registo, de medição, de monitorização e de avaliação de resultados. De facto, são inúmeros os instrumentos de medida e as escalas de avaliação aplicáveis na área da Saúde Física e de Reabilitação que permitem quantificar objetivamente dimensões específicas da funcionalidade.

Contudo, deve ter-se como pressuposto que não devem ser usadas escalas ou instrumentos que acarretem custos ao SNS, devendo preferencialmente ser selecionados os que se encontram traduzidos e validados para a população portuguesa. Qualquer escala que não reúna estes pressupostos deverá ser alvo do respetivo processo prévio de validação, a efetuar conjuntamente com entidades académicas.

No âmbito do presente Grupo de Trabalho, e conforme atrás referido, já foi realizado trabalho no sentido de se obter um consenso em torno de um conjunto de instrumentos de avaliação e de escalas associadas aos Grandes Grupos de Patologias, para serem aplicadas a diferentes níveis do processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS (numa perspetiva de abordagem rápida, fácil, inteligível entre grupos profissionais e de avaliação simplificada de ganhos em saúde e participação).

## 5.5. Financiamento da Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório

### a) Modalidades de pagamento

A forma como as entidades prestadoras de cuidados de saúde são remuneradas pela atividade realizada reflete-se no seu comportamento e desempenho, destacando-se dois modelos de financiamento distintos, nomeadamente o retrospectivo, cuja base de pagamento é a despesa histórica, e o prospetivo, cuja base de pagamento é a atividade desenvolvida.

No desenvolvimento de sistemas deste tipo podem ser utilizadas diversas unidades de pagamento, entre elas, por ato, por diária de internamento, por caso clínico, por orçamento global e por capitação, num aumento gradual de transferência de risco dos pagadores para os prestadores.

No atual modelo de pagamento dos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS, nomeadamente às entidades convencionadas, a unidade de pagamento enquadra-se no pagamento por ato, a qual consiste na fixação de um preço para os atos prestados. O financiamento está dependente do número de atos praticados, independentemente do número de cidadãos que se trata, ou seja, o prestador de cuidados é remunerado por cada serviço/ato prestado e o pagamento total que recebe consiste no somatório dos preços dos atos realizados<sup>4</sup> (o financiamento aumenta proporcionalmente ao número de atos prestados).

De facto, como principais vantagens deste modelo de financiamento podemos identificar uma maior flexibilidade na prestação e um incentivo ao aumento da produtividade. Como desvantagens há a referir o incentivo à multiplicação de atos, o que aumenta os custos totais e tem consequências em termos de eficiência técnica e distributiva e o aumento dos custos associados à necessidade de fiscalização e regulação entre os atos registados e os atos efetivamente prestados.

Requer assim fortes mecanismos de controlo, fiscalização e avaliação, na medida em que o mesmo representa um forte incentivo à produção, não existindo um claro incentivo à prevenção, à qualidade ou aos resultados em saúde e bem-estar alcançados para os cidadãos.

Para além da especificidade da modalidade de pagamento utilizada, importa ainda referir que no atual modelo de financiamento da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em Ambulatório, não é aplicada qualquer técnica de ajustamento pela complexidade para efeitos de reconhecimento das diferentes características dos cidadãos que podem influenciar as

---

<sup>4</sup> Sendo que a regras limitam o número de atos máximos dia e máximos por credencial. De uma forma simples, cada credencial permite a realização de um máximo de 60 atos total.

suas necessidades individuais e conseqüentemente os custos previstos resultantes de um nível de utilização esperado.

De facto, e uma vez que se pode verificar uma variabilidade nos resultados obtidos por cada um dos prestadores em função da casuística que os cidadãos apresentam, decorrentes de um conjunto de fatores exógenos ao próprio prestador, a comparabilidade entre prestadores, seja para efeitos de avaliação do desempenho, ou do próprio financiamento, será mais adequada se estiver assegurado o ajustamento pela complexidade e os resultados obtidos, traduzindo-se neste contexto por ganhos/manutenção da funcionalidade.

O SCD-ReabA que propomos, ao ter por base as variáveis identificadas no ponto anterior, que caracterizam o cidadão em termos clínicos e funcionais, permitirá uma caracterização compreensiva da sua complexidade. Assim, o SCD-ReabA criado deverá servir de base ao financiamento das entidades prestadoras de cuidados, permitindo um ajustamento do financiamento à complexidade e tendo por premissa que casos mais complexos exigem mais recursos. Através da atribuição de pesos relativos a cada grupo do SCD-ReabA torna-se possível relativizar os casos mais complexos (de maior peso) face aos menos complexos (menor peso) ajustando e determinando o valor a pagar para cada grupo de cidadãos em função da complexidade identificada.

#### **b) Pagamento pela performance**

Em 2001, o *Institute of Medicine* identificou o pagamento por ato como uma barreira à melhoria da qualidade dos cuidados, recomendando que os financiadores da área da saúde adotassem políticas e metodologias de financiamento direcionadas para os resultados e para a melhoria contínua da qualidade.

As modalidades de pagamento pela performance (do inglês *pay for performace*, ou P4P) surgem numa perspetiva de redução das despesas evitáveis e de melhoria da prestação de cuidados aos cidadãos. A abordagem P4P relaciona os pagamentos com a performance dos prestadores, com base em medidas padrão de qualidade, eficiência e efetividade, ao contrário do que acontece, por exemplo, com o pagamento ao ato, que permite recompensar prestadores ineficientes que prestam cuidados desnecessários e sem proporcionarem ganhos em saúde.

Com efeito, o P4P é um termo muito abrangente que pode ser utilizado para a atribuição de incentivos financeiros, por parte do pagador ao prestador de cuidados de saúde, em função do cumprimento de um conjunto de objetivos que pretendem, em simultâneo, garantir uma melhor qualidade e segurança ao cidadão e uma elevada eficiência na prestação de cuidados.

A concretização deste esquema de pagamento assenta em medidas de qualidade e pode ser operacionalizado por via do reconhecimento positivo, através da atribuição de bónus, ou por via negativa, através da introdução de penalizações.

Tipicamente, as modalidades de pagamento P4P atribuem um incentivo financeiro aos prestadores de cuidados de saúde se eles atingiram ou superarem as medidas de performance ou de qualidade estabelecidas.

A conceção de modelos de P4P assenta em cinco aspetos fundamentais:

- 1) Escolha entre incentivos individuais ou coletivos (institucionais);
- 2) Definição do montante a pagar;
- 3) Seleção dos indicadores a avaliar;
- 4) Definição do âmbito de aplicação;
- 5) Enfoque na melhoria da qualidade dos cuidados prestados a populações mais carenciadas.

Para a implementação destas modalidades de pagamento P4P devem ser tidos em conta três princípios fundamentais: Medição, transparência e *accountability*:

- A medição constitui um elemento chave na aplicação de um modelo de P4P, uma vez que sem medição não se pode avaliar o desempenho, acompanhar a atividade, nem melhorar a prestação de cuidados, sendo necessário que exista um sistema de informação credível e fiável;
- A transparência prevê a divulgação pública de resultados de forma clara e adequada, estando obviamente associada à medição e à *accountability*;
- A *accountability* prevê a prestação de contas e o escrutínio público, matérias essenciais para a devida responsabilização dos prestadores de cuidados e de serviços públicos como é o SNS.

Idealmente, o sistema de P4P deve ter neutralidade orçamental, de forma a assegurar a justiça dos Sistemas e a garantir a sua sustentabilidade presente e futura. Tal significa que o financiamento dos incentivos deve ser proveniente de poupanças geradas.

Na área da Saúde Física e de Reabilitação, é possível implementar um sistema de P4P, com base na implementação dos instrumentos de avaliação e das escalas que foram consensualizadas, através das quais se conseguirá efetuar a medição dos resultados do processo de prestação de cuidados e assim avaliar os ganhos de funcionalidade e de qualidade de vida alcançados para os cidadãos (com toda a devida atenção aos processos crónicos e de manutenção, os quais facilmente cairão em medidas negativas se usadas escalas inadequadas).

## 6. Medidas e recomendações

Ao longo deste último capítulo apresentamos o conjunto de medidas e recomendações que o GT MFR A considera importantes para cumprir os objetivos que lhe foram definidos, assim como propomos a constituição de uma experiência-piloto que possa testar a implementação destas propostas, criando assim a evidência necessária para que se possa proceder à definição do modelo definitivo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório que será implementado no SNS até 2020.

As propostas apresentadas visam responder às áreas de melhoria identificadas ao longo deste Relatório e contam com os contributos de todas as entidades envolvidas nos trabalhos do GT MFR A, pelo que pretendem constituir-se como verdadeiras alavancas para a reformulação plena do processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS.

Para que possam alcançar estes objetivos, importa encará-las como propostas base que necessitam de ser posteriormente concretizadas pelas diversas estruturas do Ministério da Saúde, caso obtenham o reconhecimento do seu mérito, no sentido da sua operacionalização.

Reforçamos que estas propostas e recomendações dirigem-se especificamente à esfera de responsabilidade do Ministério da Saúde e não poderão ser encaradas como um produto final acabado. Pelo contrário, deverão constituir o princípio para o seu debate e discussão, visando a obtenção das melhorias de curto/médio prazo que aqui se sinalizam.

Perante o exposto, apresentamos em seguida, de forma sintética, as **10 principais medidas propostas pelo GT MFR A** criado no âmbito da Portaria n.º 252/2016, de 19 de setembro, utilizando para tal uma estrutura uniforme, onde se detalha a sua denominação, o seu *rationale*, a descrição, as suas condições de aplicação, o cronograma proposto e o impacto previsto.

## 6.1. Medidas propostas

### Medida 1

**Criar Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários, multiprofissionais e interdisciplinares, que permitam o acompanhamento de cidadãos com necessidades avaliadas em função de instrumentos e de escalas de medição, agrupadas através de sistemas de classificação de doentes.**

### Rationale

Atualmente, a oferta de respostas de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários é desigual a nível nacional, chegando mesmo a ser deficitária em vários ACES. Esta realidade é resultado da falta de harmonização de critérios de contratação de recursos humanos que se tem registado no SNS nos últimos anos nesta área, assim como da ausência de uma estrutura organizacional sistematizada que valorize a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório neste nível de cuidados e que permitisse:

- Disponibilizar uma equipa multidisciplinar especializada e centrada no cidadão;
- Dar uma resposta adequada e em proximidade às necessidades da população;
- Fazer a interligação adequada com as restantes tipologias de respostas de Saúde Física e de Reabilitação.

O novo modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório que aqui propomos apresenta uma visão integrada, interdisciplinar e multiprofissional inerente ao processo de Saúde Física e de Reabilitação, colocando o cidadão e a sua família no centro do modelo, pelo que os cuidados de saúde primários se apresentam como o espaço por excelência para se implementar esta abordagem.

### Descrição

Propõe-se a criação, e a implementação faseada em todos os ACES, de Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários, que intervenham na fase de promoção da saúde e de prevenção da doença e na manutenção do estado de saúde dos cidadãos, e que sejam constituídas por médicos de medicina física e de reabilitação, fisioterapeutas, enfermeiros de reabilitação, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais, devendo também contar com a colaboração de psicólogos e de assistentes sociais.

Idealmente, estas equipas, que devem estar sediadas nas URAP, poderão contar com a presença de médico de medicina física e de reabilitação (a tempo inteiro ou com horas afetas ao trabalho na equipa, consoante a dimensão dos ACES) ou, em alternativa, poderão obter a colaboração destes profissionais em regime de consultoria, através de articulação direta com os serviços hospitalares, de realização de consultas descentralizadas ou recorrendo às ferramentas de TeleSaúde.

Estas Equipas são organizadas funcionalmente em equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, e devem trabalhar em estreita articulação com as restantes unidades funcionais dos ACES, partilhando a definição dos objetivos para os planos de intervenção, numa cultura de consultadoria transdisciplinar, envolvendo a participação dos cidadãos, familiares e/ou cuidadores.

As Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários devem intervir localmente no

espaço físico dos Centros de Saúde do ACES (dependendo da dimensão populacional e da área territorial em causa) e devem também responder no domicílio dos cidadãos, em estreita articulação com as UCC e as ECCI da RNCCI.

Podem ainda prestar colaboração às UCC na área da educação para a saúde, da prevenção, do ensino de técnicas específicas da área da Saúde Física e de Reabilitação e da adoção de comportamentos que permitam ao cidadão e seus cuidadores minorar a incapacidade ou manter o seu estado de saúde.

De acordo com os critérios de referenciação que se propõem para o modelo de Saúde Física e de Reabilitação aqui apresentado, estas Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP devem ter capacidade de resposta a populações saudáveis (numa perspetiva de promoção da saúde e de prevenção da doença), mas essencialmente a populações com patologia e com incapacidade, seja na fase aguda, sub-aguda ou crónica (privilegia-se a intervenção em utentes com patologia de baixa complexidade, independência ou baixa dependência funcional, elevada participação e tempo de evolução crónico), numa intervenção individual/personalizada, ou em abordagem por “classes” ou a grupos da população.

Para tal, devem ter uma carteira de serviços definida, que identifique o tipo de intervenção de Saúde Física e de Reabilitação que é possível ou desejável que possam realizar dentro de cada ACES, tendo em conta todas as valências profissionais que a compõem, e devem receber as referenciações diretamente dos médicos de família.

#### **Condições de aplicação**

As Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP devem ser dimensionadas de acordo com rácios populacionais a definir em função das necessidades geográficas/carências de respostas de Saúde Física e de Reabilitação na área de abrangência do ACES, e contar com um espaço físico próprio, com instalações e equipamentos necessários e com os recursos humanos adequados ao cumprimento da sua carteira de serviços.

Estas novas Equipas de Saúde Física e de Reabilitação terão de ser introduzidas de forma progressiva no SNS, devendo iniciar-se essa implementação com experiências-piloto em determinados ACES.

Serão estas experiências-piloto que apoiarão a definição final das condições de funcionamento que as Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP devem assegurar no SNS a nível nacional, sem prejuízo das diferenças territoriais e populacionais que existem no país, e que poderão justificar necessidades distintas das que vierem a ser definidas a partir destas experiências e projetos-piloto.

#### **Cronograma de implementação**

Os projetos-piloto deverão iniciar-se durante o primeiro semestre de 2018 e decorrer até ao final de 2018.

A implementação plena destas Equipas em todos os ACES deverá ser concretizada até 2020.

#### **Impacto previsto**

As Equipas de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP permitirão garantir uma melhor resposta do SNS às necessidades em termos de Saúde Física e de Reabilitação, internalizando o acompanhamento de muitas situações clínicas que hoje estão a ser seguidas nos hospitais ou em entidades convencionadas, com evidentes ganhos em termos de utilização dos recursos financeiros disponíveis no SNS, e assegurando um processo mais célere e personalizado de integração social-familiar e profissional destes cidadãos na comunidade.

## Medida 2

**Redefinir o processo de referenciação de cidadãos para as diversas tipologias de rede de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS, baseando-o na avaliação clínica efetuada pelo médico de família e no grau de funcionalidade (por referência à CIF).**

### Rationale

Na área da Saúde Física e de Reabilitação, é de crucial importância assegurar que a prestação de cuidados é realizada em tempo útil, no local correto e pelos profissionais adequados à execução do plano de cuidados que cada cidadão necessita para a sua situação concreta.

Os modelos de intervenção mais avançados defendem a intervenção em cidadãos saudáveis (promoção da saúde e prevenção da doença), em doentes crónicos (com patologias incapacitantes) e em doentes em fase aguda ou subaguda, valorizando neste último caso a intervenção precoce, nomeadamente aquando do internamento hospitalar, à qual se deverá seguir um verdadeiro *continuum* de cuidados entre os diferentes níveis de prestação, o que se revela como sendo um fator crítico para o sucesso do processo de Saúde Física e de Reabilitação ou de manutenção do estado de saúde dos cidadãos.

É neste contexto que o processo de referenciação em Saúde Física e de Reabilitação assume um papel fulcral na resposta adequada às necessidades em saúde dos cidadãos, não só ao longo da sua vida, como também durante todo o seu percurso pelos serviços do SNS, pelo que este deve ser baseado na avaliação objetiva das necessidades de cada um (efetuada em função das competências, das responsabilidades e da autonomia técnico-científica dos profissionais envolvidos no processo) e na partilha de informação entre os vários prestadores, contribuindo assim para garantir a articulação e a coordenação dos cuidados.

Para que este processo de referenciação seja realizado com sucesso é também necessário que exista uma definição clara e transparente dos critérios clínicos e/ou logísticos que determinem qual o modelo de resposta ambulatória que deve ser utilizado em cada situação ou contexto, pelo que se revela necessário definir os instrumentos e as escalas de medição concretas que permitirão identificar as necessidades em saúde dos cidadãos, considerando a avaliação das patologias e dos problemas de saúde ativos, mas também a sua situação clínico-funcional. É em função dessa avaliação objetiva e informada que se efetua a referenciação para a resposta da rede de Saúde Física e de Reabilitação do SNS mais adequada a cada cidadão em concreto.

### Descrição

O modelo de referenciação proposto estabelece as normas e os fluxos de circulação dos cidadãos entre as diferentes respostas da rede de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório do SNS, clarificando os papéis e responsabilidades de cada um dos níveis desta rede, desde os cuidados de saúde primários, aos hospitalares, passando pelos Centros Regionais de Reabilitação, pela RNCCI e pelos serviços privados e do setor social com contratos para a prestação de cuidados a utentes do SNS.

Esta referenciação basear-se-á na identificação objetiva das necessidades dos cidadãos, seja em termos de complexidade das patologias, seja em termos de avaliação funcional, e valorizará a partilha de informação entre os profissionais de saúde, de forma a promover a obtenção de ganhos em saúde e o aumento da eficiência.

A partir dos cuidados de saúde primários, o processo de referenciação será realizado pelo médico de família, baseando-se na avaliação da situação clínica dos cidadãos (efetuada através da ICPC) e na aplicação simples, prática e célere dos parâmetros da CIF previamente definidos.

Cumpridos estes pressupostos, será suficiente uma única referenciação pelo médico de família no início do processo assistencial integrado em Saúde Física e de Reabilitação, para cada evento em saúde de um dado cidadão, independentemente do tempo de duração dos tratamentos, sendo expectável que existam os seguintes tipos de referenciação por parte do médico de família (baseados nos critérios genéricos apresentados em baixo):

**Referenciação para a Equipa de Saúde Física e de Reabilitação nos cuidados de saúde primários:** Grau de funcionalidade Total, Média ou Reduzida (0% a 49% da TNF)

Correspondente a cidadãos portadores de doenças crónicas ou com patologia aguda em situação clínico-funcional de baixa complexidade, independentes ou pouco dependentes, com capacidade de compreensão e de tolerância ao programa de Saúde Física e de Reabilitação, elevada participação, para serem integrados em programas de prevenção da doença; cidadãos saudáveis para serem integrados em programas de promoção de saúde.

O médico de medicina geral e familiar, a partir da avaliação clínica e objetiva da funcionalidade, por referência a escalas de avaliação, poderá referenciar para as unidades de MFR do setor convencionado com o SNS, considerando:

- Grau de funcionalidade Reduzida (25% a 49% da TNF) - Correspondente a cidadãos com complexidade maior ou intermédia, com tempos de evolução agudo, subagudo, crónico;
- Grau de funcionalidade Média (5% a 24% da TNF) - Correspondente a cidadãos com complexidade menor, com tempos de evolução crónico, se preenchidas capacidades instaladas e de resposta das Equipas de Saúde Física e de Reabilitação dos CSP estiverem preenchidas.

**Referenciação para serviços de MFR dos hospitais e Centros Regionais de Reabilitação:** Grau de funcionalidade Muito reduzida ou Ausente (50% a 100% da TNF)

Correspondente a cidadãos com situações agudas, subagudas e crónicas agudizadas (com reagravamento clínico/funcional significativo), que necessitem de avaliação e possíveis cuidados de MFR intensivos e diferenciados em meio hospitalar, com possibilidade de necessidade de apoio interdisciplinar com outras especialidades médicas e cirúrgicas, mas sem ou com critérios para internamento de MFR em hospitais ou nos Centros Regionais de Reabilitação.

**Referenciação para RNCCI:** Apesar de existirem indícios que os cidadãos referenciados para a RNCCI possuem um nível de funcionalidade inferior a 50%, mantém-se os critérios de referenciação já definidos no âmbito da Rede, através da Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro.

Será igualmente possível a referenciação direta dos hospitais para as entidades convencionadas, em grupos de patologias a definir através de uma Norma de Orientação Clínica a emitir pela DGS, devidamente identificados e justificadas no sistema de informação, onde a celeridade da resposta em termos de continuidade de cuidados é crítica para se obterem ganhos para os cidadãos, devendo sempre ser dado conhecimento imediato e automático ao respetivo médico de família.

### **Condições de aplicação**

Atualmente, os médicos de família já aplicam a codificação ICPC a mais de 95% dos contactos diretos que têm com os cidadãos que acompanham.

Em termos de avaliação da componente da funcionalidade, importa assegurar a validação prévia de um conjunto mínimo de itens da CIF por referência à TNF (conforme identificados no ponto 5.4) que sejam aplicáveis aos grandes grupos e subgrupos de patologias que beneficiam do processo de Saúde Física e de Reabilitação e que poderão ser facilmente aplicados pelos médicos de família na avaliação prévia à referenciação para as respostas de Saúde Física e de Reabilitação.

Na sequência do definido em termos de informação necessária importa ainda:

- a) Finalizar o mapeamento ICPC>ICD10>Grande Grupo de Patologia;
- b) Identificar as escalas a utilizar para cada ICD10 de cada Grande Grupo de Patologia: neste âmbito importa que as escalas sejam de utilização gratuita. Muito deste trabalho encontra-se já elaborado em sede do presente Grupo de trabalho importando, no entanto, finalizá-lo;
- c) Correspondência entre cada item de cada escala e cada item da CIF.

### **Cronograma de implementação**

Até final de 2018.

### **Impacto previsto**

Através da presente proposta pretende-se garantir a harmonização dos critérios de referenciação, assegurar equidade no acesso a nível nacional e contribuir para o envolvimento e responsabilização do cidadãos e dos seus familiares/cuidadores no processo de Saúde Física e de Reabilitação clínica, motora e funcional, reduzindo-se assim a perda de tempo em “referenciações” desnecessárias e garantindo que os cidadãos chegam o mais rapidamente possível ao tipo de resposta da rede de Saúde Física e de Reabilitação que mais se adequa à sua situação clinico-funcional específica.

### Medida 3

**Elaborar Normas Clínicas e Organizacionais que enquadrem os processos assistenciais integrados para os grandes grupos de patologias da área da Saúde Física e de Reabilitação.**

#### *Rationale*

A prática clínica tem sido uma área onde a ausência de protocolos ou de elementos reguladores das boas práticas atualizadas é constantemente invocada para demonstrar diferenças no desempenho dos vários prestadores de cuidados de saúde.

A emissão de normas, de diretrizes e de recomendações técnicas baseadas na melhor evidência científica disponível permite impulsionar o desenvolvimento e a excelência na prestação de cuidados de saúde, especialmente na área da Saúde Física e de Reabilitação, contribuindo para a harmonização das práticas clínicas e para a definição de critérios promotores de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das entidades prestadoras de cuidados.

Estes documentos normativos, estando em permanente evolução de acordo com a *leges artis* e com a evidência científica, devem ser entendidos como um mecanismo de facilitação científica das práticas clínicas e como uma forma de gestão rigorosa dos recursos em saúde, pelo que deverão constituir-se como:

- Uma base da mudança organizacional, com o envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, de forma a estimular a sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade do seu desempenho assistencial;
- Uma ferramenta que permitirá analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas dos cidadãos e dos profissionais de saúde;
- Um suporte clínico indissociável de mecanismos de contratualização, com a indexação de indicadores a valores de referência, condicionantes de linhas de financiamento;
- Um elemento chave para a realização de auditorias clínicas a todo o sistema de saúde.

Atualmente, apenas estão disponíveis duas NOC que contemplam aspetos relacionados com a Saúde Física e de Reabilitação – nomeadamente a NOC n.º 54/2011, sobre a prescrição de MFR em caso de AVC e a NOC n.º 28/2011, sobre a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica -, pelo que se torna necessário que a DGS desenvolva e/ou atualize outras NOC ou Recomendações referentes a situações clínicas que implicam intervenções de Reabilitação, e que têm um peso considerável na população portuguesa.

## Descrição

Na área da Saúde Física e de Reabilitação, a produção de documentos normativos apresenta-se como uma abordagem multidisciplinar e integradora que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o cidadão é alvo, em qualquer ponto da rede de prestação de cuidados do SNS, do início ao fim do processo assistencial.

A presente proposta parte da necessidade identificada de serem produzidas NOC e Normas Organizacionais que traduzam as normas de intervenção para os processos assistenciais integrados em Saúde Física e de Reabilitação, dirigidas às situações clínicas mais prevalentes e importantes nesta área, pelo que se propõe a criação de normas para as seguintes áreas: Doenças Respiratórias Crónicas, Prótese Total da Anca, Prótese Total do Joelho, Fratura Trocântérica.

Estas Normas devem clarificar quais os contributos e responsabilidades que cabem a cada profissional, assim como os critérios de referenciação e de seguimento entre todos os prestadores, nomeadamente as normas de qualidade e os tempos médios de referência para intervenção da equipa de Saúde Física e de Reabilitação, estabelecidos de acordo com critérios científicos e modelos em vigor noutros países.

## Condições de aplicação

A elaboração de normas e de orientações clínicas e organizacionais é um processo que o Ministério da Saúde tem vindo a desenvolver progressivamente e que importa continuar a promover, pelo que se torna necessário continuar a dotar os serviços competentes dos recursos necessários à prossecução deste fim.

A este desenvolvimento progressivo deve obedecer a definição prévia das áreas prioritárias de atuação, quer pela sua incidência ou prevalência, quer pelo volume de recursos associados, pelo que a área da Saúde Física e de Reabilitação se apresenta como importante e prioritária.

O processo de elaboração das Normas criará a necessidade de garantir um mecanismo que assegure a sua permanente atualização, assim como induz a necessidade de se constituir um grupo de auditores, com recurso a profissionais já formados, de preferência pelos corpos reguladores e em parceria, sempre que adequada, com a respetiva Ordens Profissionais e Associações Profissionais Nacionais, se possível.

A implementação destas normas deverá estar sempre sujeita à concretização de projetos-piloto que permitam a avaliação dos ganhos introduzidos, das dificuldades identificadas e das correções necessárias, assim como deverá ser efetuada através da sua parametrização nos sistemas informáticos, essencialmente naqueles que funcionam como suporte à decisão clínica. Será ainda necessário parametrizar adequadamente os indicadores de avaliação da implementação destas normas. Os membros do comité científico envolvido na elaboração destas normas devem preencher declaração de inexistência de incompatibilidades, nos termos definidos no Decreto-Lei n.º 14/2014 de 22 de janeiro).

### **Cronograma de implementação**

A medida que aqui se propõe deverá ser aplicada de forma gradual e faseada, pelo que as normas que forem sendo produzidas deverão ser tornadas progressivamente obrigatórias para todos os prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação do SNS, e do Sistema de Saúde português.

De entre as situações clínicas já identificadas como importantes para a definição de normas, destaca-se como prioritária a área da Saúde Física e de Reabilitação Respiratória, dado que já que se encontram implementadas diversas medidas relacionadas com esta área no SNS, com destaque para a realização de espirometrias em proximidade nos ACES, para a telemonitorização da DPOC, entre outras iniciativas que visam melhorar o diagnóstico e a avaliação dos tratamentos realizados, pelo que propomos que esta NOC/Recomendação seja elaborada até ao final do terceiro trimestre de 2018.

Para tal, propõe-se a constituição um Grupo de Trabalho liderado pela DGS, que conceptualize a Rede Reabilitação Respiratória, elabore a respetiva NOC para o processo assistencial integrado de Reabilitação Respiratória, que clarifique os papéis e as responsabilidades dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, que demonstre a vantagem de uma efetiva articulação inter institucional e inter profissional e que defina as competências dos diferentes profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados nesta área.

As restantes NOC aqui propostas devem ser elaboradas até ao final de 2019, através do mesmo método aqui proposto para a área da Reabilitação Respiratória, sendo a sua implementação sempre precedida da aplicação em experiências-piloto, conforme já referimos.

### **Impacto previsto**

É expectável que as normas clínicas possam melhorar os resultados, aumentar a eficiência clínica e minimizar os riscos através da diminuição de intervenções desnecessárias, ineficazes ou mesmo prejudiciais, destacando-se ainda as seguintes consequências práticas da sua implementação:

- Uniformização da prática clínica no SNS e em todo o Sistema de Saúde;
- Apoio à definição dos mecanismos de circulação do cidadão por toda a rede de Saúde Física e de Reabilitação;
- Identificação das áreas de atuação de cada nível de prestação de cuidados dessa rede e de qual deve ser o contributo de cada profissional envolvido na prestação de cuidados de Reabilitação;
- Utilização racional dos recursos em saúde;
- Garantia de salvaguarda da decisão clínica, fundamentada nos princípios das normas e/ou protocolos;
- Prescrição de medicamentos e de MCDT realizada de acordo com a evidência científica;
- Desenvolvimento de indicadores que incorporem os critérios definidos naqueles referenciais normativos, como mecanismo de incentivo ao correto registo da informação e à prática de acordo com a norma;

- *Benchmarking* entre entidades;
- Autoavaliação do profissional de saúde, integrado em equipa multidisciplinar;
- Garantia ao cidadão da prestação de cuidados de saúde atempados, em proximidade e de qualidade;
- Identificação de níveis de conformidade da prática clínica face ao preconizado pelas entidades competentes, através da realização de auditorias clínicas;
- Promoção dos serviços/departamentos que evidenciem taxas de conformidade elevadas e penalização dos respetivos dirigentes quando se verificar a prática reiterada de princípios não conformes com as normas, sem fundamentação clínica para tal;
- Garantia que o órgão dirigente assegura a implementação de medidas corretivas às não conformidades.

Sempre que se justifique, as normas e/ou orientações que impliquem impacte financeiro devem ser acompanhadas de informação fundamentada que quantifique o respetivo montante.

#### **Medida 4**

**Conceber o modelo de registo da atividade de todos os profissionais da área e operacionalizar a criação de um Sistema de Informação Integrado de Saúde Física e de Reabilitação, desmaterializando os canais de comunicação e permitindo a partilha de informação entre todos os intervenientes no processo assistencial de Saúde Física e de Reabilitação.**

#### *Rationale*

Tendo em consideração os diferentes profissionais envolvidos na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, e uma vez que os sistemas de informação atuais ainda não dispõem de possibilidade de registo da atividade realizada por todos eles, torna-se necessário que os sistemas de informação do SNS integrem esta possibilidade, e que permitam uma visão integrada e partilhada entre os médicos de família e todos os profissionais das equipas de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

Por outro lado, e para além da atividade realizada, os sistemas de informação devem permitir o registo da informação necessária à aplicação dos instrumentos e das escalas de medição referidas na medida 2, assim como aos Sistema de Classificação de Doentes que abordaremos na medida 5, à informação de retorno por parte do prestador de cuidados, à avaliação de resultados obtidos, entre outras, num processo informático integrado entre os diferentes níveis de cuidados e de prestadores.

É consensualmente considerado como urgente e estruturante para a gestão do processo assistencial integrado em Saúde Física e de Reabilitação que se desenvolva e se assegure o funcionamento de um Sistema de Informação Integrado na área da Saúde Física e de Reabilitação, que permita os registos aqui identificados e que incorpore os diversos contributos dos diferentes prestadores de cuidados desta área.

De facto, a ausência de um sistema de informação comum entre os diferentes níveis de cuidados compromete a comunicação entre as equipas e entre os profissionais, dificulta a circulação dos cidadãos dentro do SNS, cria ineficiências e impede a medição dos resultados e dos ganhos em saúde que resultam da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, nomeadamente em ambulatório.

Assim, a transição de um sistema de informação excessivamente fragmentado para um outro integrado com base no percurso das pessoas – acessível a profissionais e cidadãos – é um requisito essencial para o sucesso do modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que propomos para o SNS.

Não se trata de desenvolver novos sistemas de informação, mas sim de assegurar os registos adequados e de organizar a informação de forma estruturada, integrada e focada no cidadão.

## Descrição

Propõe-se a implementação de um sistema de informação e comunicação articulado entre os níveis de cuidados de saúde primários, hospitalares, centros de reabilitação, setor convencionado e RNCCI.

Este Sistema de Informação Integrado em Saúde Física e de Reabilitação deve respeitar as necessidades de cada profissão e facilitar ações conjuntas, devendo considerar a informação produzida e registada por todos os profissionais de todos os níveis de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação do SNS, designadamente pelos convencionados e, entre outros aspetos que possam vir a ser considerados relevantes para os profissionais e para o SNS, deverá permitir:

- O registo de informação necessária à caracterização do cidadão por parte dos médicos de família e dos profissionais de Saúde Física e de Reabilitação, incluído a escalas, ao envio de informação de retorno por parte do prestador de cuidados e à avaliação de resultados;
- Ver todos os registos das intervenções de saúde prestadas por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação;
- Que o médico de família, ou qualquer outro profissional envolvido no processo de Saúde Física e de Reabilitação, possa conhecer em qualquer momento “onde se encontram” os cidadãos, o respetivo quadro evolutivo da recuperação ou doença, o plano de cuidados que lhes está a ser prestado, a duração prevista e o tempo até ao termo e, principalmente, os resultados que, progressivamente, se estão a conseguir;
- Obrigatoriedade de informação de retorno efetuada pelo médico com caracterização da evolução do cidadão e inclusão de escalas de avaliação e medição funcionais e de participação e sugestão de intervenção terapêutica ou esclarecimentos diagnósticos;

Pretende-se ainda que este Sistema de Informação Integrado concretize o objetivo de desmaterialização da informação associada ao processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, permitindo assim a partilha da informação clínica mais relevante, de forma acessível e em tempo real, entre todos os profissionais envolvidos neste processo e, progressivamente, os cidadãos e suas famílias/cuidadores.

## Condições de aplicação

Importa adequar os sistemas de informação atuais, e/ou efetuar os desenvolvimentos necessários, para que seja possível garantir que todos os profissionais envolvidos no processo de Saúde Física e de Reabilitação podem efetuar o registo da sua atividade (nomeadamente o preenchimento dos instrumentos e escalas de avaliação que estiverem validadas) e para que se possa assegurar que existe partilha direta de informação entre os vários profissionais aqui referidos

A criação da plataforma informática que possa suportar o funcionamento deste Sistema de Informação Integrado de Reabilitação terá de garantir a desmaterialização de todo o processo e permitir a criação de

canais de comunicação mais próximos, diretos e rápidos, que incluam sistemas de troca de informação acerca, entre outros, de:

- Problemas de saúde ativos e passivos do cidadão (identificados pelo médico de família);
- Visualização de exames subsidiários de diagnóstico;
- Troca de informação direta entre os médicos de família e os fisiatras (durante a referência e a informação clínica de retorno), uniformizada de acordo com os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde de Reabilitação no SNS;
- Diagnósticos de avaliação, de referência e comorbilidades;
- Instrumentos de avaliação do cidadão em reabilitação (antes e após observação, prescrição e intervenção terapêutica).

### **Cronograma de implementação**

A implementação deste Sistema Integrado de Informação de Reabilitação deverá ocorrer de forma faseada, para que possa estar totalmente concluída até final de 2019.

### **Impacto previsto**

A implementação do Sistema de Informação Integrado de Reabilitação facilitará o processo de prestação de cuidados de Reabilitação no SNS, permitirá uma melhor referência e seguimento dos cidadãos ao longo dos seus percursos no SNS e apoiará a avaliação contínua da efetividade dos cuidados prestados.

Este Sistema de Informação comum permitirá ainda a obtenção de importantes poupanças económicas diretas, devido à economia processual que daí advêm e à provável diminuição da duplicação de intervenções e de pedidos de meios complementares de diagnóstico que proporcionará.

## Medida 5

**Criar um Sistema de Classificação de Doentes para área da Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório (SCD-ReabA), baseado em instrumentos de avaliação e em escalas de medição validadas.**

### *Rationale*

A existência de um sistema de classificação de doentes para a área da Saúde Física e de Reabilitação, que permita efetuar a caracterização sistematizada, comparável e transversal da situação clínico-funcional dos cidadãos que necessitam de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, tem vindo a ser referida como uma necessidade premente por parte de todos os agentes envolvidos no processo de prestação destes cuidados.

De facto, a existência deste sistema de classificação permite apoiar a gestão da produção e a avaliação do desempenho nesta área de atividade, assim como suportar um novo modelo de financiamento das prestações de cuidados nesta área da Saúde Física e de Reabilitação no SNS, especialmente em vertente de ambulatório.

Foi neste enquadramento que a Portaria nº 178-A/2016, de 1 de julho, atualmente suspensa, procedeu à “criação de um sistema de classificação de doentes de MFR para efeitos de referenciação dos cidadãos, por parte dos médicos dos cuidados de saúde primários às instituições do setor convencionado (...)”, procurando assim “(...) reforçar o papel central dos cuidados de saúde primários no SNS, proporcionando ao médico de família a sistematização da avaliação das necessidades de referenciação à MFR dos seus utentes, utilizando para tal um algoritmo baseado no quadro clínico de base destes, caracterizado através da ICPC-ICD-10, e de um conjunto de indicadores referentes à sua funcionalidade — grupo de incapacidade (GI) e coreset CIF (...)”.

Esta Portaria procurou ainda “(...) assegurar a desejável separação de funções e competências entre os vários intervenientes no processo de tratamento de utentes em MFRA, ao manter o respeito integral pela autonomia e responsabilidade dos médicos especialistas em MFR na consulta médica, avaliação clínica, prescrição e coordenação na execução do plano terapêutico adequado a cada utente, e ao introduzir um SCD que permite alterar o mecanismo de pagamento às entidades prestadoras, passando de um pagamento em que se valoriza financeiramente cada um dos atos realizados, para um pagamento mais compreensivo e ajustado à complexidade dos utentes a tratar, definido de forma autónoma em relação ao plano terapêutico concreto que será prescrito e executado pelo prestador”.

A referida Portaria foi entretanto suspensa, considerando a “profundidade e o cariz estruturante das alterações introduzidas (...), bem como a identificação de alguns constrangimentos no modelo que estava a ser implementado”, e foi definido um novo objetivo de se criar um novo SCD-ReabA, que permita resolver as insuficiências que foram identificadas no anterior, nomeadamente em termos de homogeneidade dos grupos e de determinação do seu nível de incapacidade, assumindo-se desde logo que este deverá ser inevitavelmente acompanhado de uma plataforma informática de suporte que permita uma maior interação entre as unidades prestadoras e as requisitantes destes cuidados, nomeadamente ao nível da troca de informação clínica.

## Descrição

O novo SCD-ReabA que aqui se propõe baseia-se em instrumentos e escalas de medição devidamente validadas e irá permitir efetuar a caracterização dos cidadãos no que se refere aos seus diagnósticos, comorbilidades e à sua funcionalidade/participação, de forma a permitir um retrato fidedigno da complexidade que lhes está associada e das necessidades reais de cuidados Saúde Física e de Reabilitação, permitindo o planeamento da organização da prestação dos cuidados que lhe serão realizados e a avaliação de resultados em termos de ganhos de funcionalidade.

Este SCD-ReabA aplicar-se-á a todos os cidadãos a que seja identificada a necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, independentemente da entidade que preste este tipo de cuidados, e suportará não só o processo de referenciação para estas entidades, como também a informação de retorno a prestar por parte dos prestadores aos referenciadores destes cuidados.

Conforme se descreve na medida 7, este SCD-ReabA sustentará ainda um modelo de financiamento dos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS, fazendo evoluir o atual modelo de pagamento ao ato para um pagamento compreensivo, ajustado à complexidade dos cidadãos (por grau de funcionalidade) e aos resultados alcançados.

Considerando os vários intervenientes na identificação da necessidade de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, assim como na prestação efetiva destes cuidados, assume-se que a avaliação que suportará o SCD-ReabA deve incluir a identificação dos diagnósticos (via ICPC/CID 10) e da funcionalidade (via CIF), sendo a sua aplicação efetuada num primeiro momento pelo médico de família (que para tal terá acesso a um conjunto simples e sintético de questões devidamente organizadas e previamente validadas) e, posteriormente pelos profissionais da equipa que irá prestar os cuidados de Saúde Física e de Reabilitação aos cidadãos através do recurso a escalas de avaliação específicas de Saúde Física e de Reabilitação.

Esta avaliação deverá ser efetuada, pelo menos, no início e no final da execução do plano de cuidados que melhor se ajustar às necessidades concretas de cada cidadão e que, obviamente, será sempre definido pelos profissionais da área da Saúde Física e de Reabilitação.

A aplicação do SCD-ReabA será suportada numa plataforma informática que ficará acessível a todos os profissionais envolvidos no processo de referenciação e de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, sendo que o grupo do SCD-ReabA em que o cidadão ficar agrupado pelo médico de família determinará o resultado da referenciação que será efetuada (Equipa de Saúde Física e de Reabilitação nos CSP, Serviços de MFR Hospitalares, convencionados ou RNCCI) e que a avaliação efetuada nos momentos posteriores pelos profissionais das equipas prestadoras de cuidados será utilizada para aferir continuamente a adequação do processo de referenciação e os resultados obtidos para os cidadãos, na sequência da execução dos planos de cuidados que lhes foram determinados.

### Condições de aplicação

Para operacionalizar esta medida propõe-se que o subgrupo do GT MFR A que ficou encarregue da “*redefinição do SCD MFRA ao nível da informação base a recolher e da plataforma/SI de registo*” apresente uma proposta definitiva resultante da análise estatística de dados provenientes do pré-teste, considerando os aspetos enunciados no ponto 5.5.

### Cronograma de implementação

A aplicação do modelo proposto deverá ser testada uma primeira fase de pré-teste, a decorrer até final do 3º trimestre de 2018, seguida de uma fase de experiência-piloto que deverá decorrer até final de 2018, nas unidades que integrem as experiências-piloto referidas no ponto 6.3. deste Relatório.

### Impacto previsto

Preveem-se impactos significativos porque a criação e a implementação de um SCD-ReabA, baseado em instrumentos de avaliação e de medição, permite conceber novos modelos de avaliação, troca de informação, decisão clínica, de monitorização de resultados e de indicadores em saúde, de avaliação do impacto clínico e económico em Saúde Física e de Reabilitação.

## Medida 6

**Identificar um painel de indicadores de acesso, de qualidade e de eficiência para a área da Saúde Física e de Reabilitação, que permita a monitorização e a avaliação dos resultados alcançados.**

### *Rationale*

A evolução do estado de saúde e do nível de funcionalidade dos cidadãos ao longo do programa de Saúde Física e de Reabilitação, não é um processo fácil, nem linear.

As expectativas dos cidadãos e dos seus cuidadores e/ou familiares devem ser geridas de acordo com um prognóstico funcional realista e um intervalo de tempo aceitável, assentes numa adequada avaliação clínica, num programa de Saúde Física e de Reabilitação adaptado (relativamente ao qual o cidadão e os seus cuidadores e/ou familiares devem ter uma participação ativa) e periodicamente avaliado, nomeadamente através de apropriados instrumentos de medida, conforme proposto na medida 5 deste Relatório.

A existência de um quadro harmonizado de indicadores de acesso, de qualidade e de eficiência para a área da Saúde Física e de Reabilitação, que permita a monitorização e a avaliação dos resultados alcançados e o seu impacto nos níveis de saúde e bem-estar dos cidadãos, constitui-se como uma ferramenta indispensável à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, permitindo uma avaliação nacional, regional e local do desempenho dos serviços e dos profissionais envolvidos neste processo, nomeadamente em termos de eventuais ganhos em saúde, autonomia e funcionalidade associados à execução plena dos planos de cuidados de Saúde Física e Reabilitação.

### *Descrição*

O painel de indicadores da área da Saúde Física e de Reabilitação do SNS que aqui se propõe deve conter indicadores de estrutura, de processo e de resultado que permitam a monitorização deste processo de prestação de cuidados, em internamento e em ambulatório, que estejam suportados nas boas práticas clínicas e nas várias NOC, e que tenham, pelo menos, as seguintes características gerais:

- Permitirem a realização de análises comparativas do desempenho (*benchmarking* entre entidades), de acordo com referenciais pré-definidos, conducentes à melhoria da qualidade dos serviços disponibilizados e a uma atualização permanente da prática face à evidência e à boa prática definida;
- Sejam indicadores de desempenho holísticos, robustos e exequíveis, que tenham critérios normalizados, que funcionem como mecanismo de incentivo ao correto registo da informação clínica e à prática de acordo com as normas e que possam estar indexados a valores de referência nacionais e internacionais;
- Estejam incorporados nos sistemas de informação disponíveis (nomeadamente no Sistema de Informação Integrado de Saúde Física e de Reabilitação que se propôs na medida 4);
- Incentivem a definição de objetivos partilhados entre os vários níveis de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação e que funcionem como garantia para o cidadão da prestação de cuidados de saúde de qualidade.

### Condições de aplicação

Propõem-se a constituição de um Grupo de Trabalho específico para a criação deste painel de indicadores, que envolva os organismos do Ministério da Saúde, mas também os representantes das entidades e dos profissionais que prestam cuidados na área da Saúde Física e de Reabilitação e associações de utentes.

Este quadro de avaliação comum deverá estar disponível para os cidadãos e para o público em geral, através do Portal do SNS ([www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)), permitindo que o cidadão intervenha na regulação do mercado de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, podendo ser este a definir a escolha do prestador, em função da carteira de serviços, do tempo de resposta e da **qualidade da prestação**, por exemplo.

A definição deste painel nacional de indicadores contribuirá para que o SNS tenha um modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação cada vez mais exigente, mais justo e equitativo em termos nacionais.

### Cronograma de implementação

Propõe-se que uma primeira versão deste painel de indicadores possa estar concluída e disponível no portal do SNS até final de 2018.

### Impacto previsto

A disponibilização periódica e regular, no Portal do SNS, dos dados que constarão do painel de indicadores de acesso, de qualidade, de eficiência e de efetividade para a área da Saúde Física e de Reabilitação irá contribuir para melhorar os cuidados prestados aos cidadãos nesta área, para reforçar os meios de comunicação do SNS com os cidadãos, utilizando a interatividade e a transparência como pontos-chave desta relação e, simultaneamente, para identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho assistencial e económico-financeiro das instituições prestadoras desses cuidados.

## Medida 7

**Estabelecer um modelo de financiamento para a Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório, baseado no SCD-ReabA, composto por um preço compreensivo definido em função da complexidade do cidadão e por uma componente de avaliação do desempenho, apurada em função da avaliação efetuada no início e no fim da realização do plano de cuidados.**

## Rationale

Os modelos de pagamento às entidades prestadoras de cuidados de saúde constituem-se como fatores que induzem comportamentos nos vários agentes, na medida em que criam um quadro de incentivos para se alcançarem determinados objetivos, que podem variar consoante a área de atividade em causa, ou até consoante os objetivos principais que os sistemas de saúde pretendem alcançar.

Conforme referido no ponto 5.5. deste Relatório, o atual modelo de pagamento dos cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS, nomeadamente às entidades convencionadas, é efetuado por ato, ou seja, o financiamento dos prestadores está dependente do número de atos praticados e por isso o pagamento total que recebem consiste no somatório dos preços dos atos realizados (o financiamento aumenta proporcionalmente ao número de atos prestados), independentemente do número de cidadãos que trataram ou dos resultados que alcancem.

Existe um largo consenso que este modelo de pagamento não é o mais adequado, nem para os cidadãos, nem para o SNS, pelo que se impõe a sua alteração, criando um novo modelo de pagamento que considere a complexidade dos cidadãos que as entidades têm para tratar, assim como os resultados efetivos que são obtidos através dos processos assistências integrados de Saúde Física e de Reabilitação, conduzindo assim as entidades prestadoras a alterarem o seu paradigma de funcionamento, libertando-se do enfoque no volume de atos realizados e passando para uma visão centrada nos ganhos em saúde alcançados para os cidadãos.

## Descrição

O modelo que financiamento que se propõe está baseado em duas componentes complementares:

1. Pagamento do valor compreensivo associado à nova tabela de preços que for elaborada com base no SCD-ReabA proposto na medida 5 deste Relatório, o qual considera a referenciação efetuada de acordo com a caracterização em relação à doença de base, ao nível de incapacidade atribuído e ao nível de complexidade daí resultante;
2. Pagamento por desempenho, apurado em função da avaliação efetuada no início da prestação dos cuidados, e da avaliação final Oda execução do plano de cuidados que foi definido pelo prestador.

### **Condições de aplicação**

Terá de ser definida uma tabela de preços associada ao SCD-ReabA referido na medida n.º 5 deste Relatório, através de um Grupo de Trabalho específico constituído por elementos da ACSS e de profissionais competentes em Reabilitação, indicados pelas respetivas Ordens e Associações representativas dos profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

O processo de conferência da atividade de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório terá de ser efetuado através do Centro de Controlo e Monitorização do SNS (atual CCF).

### **Cronograma de implementação**

Definição completa do novo modelo de financiamento até final de 2018.

### **Impacto previsto**

Com esta nova modalidade de pagamento pretende-se remunerar os prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório de acordo com a complexidade específica de cada cidadão, por custos justos e atuais, criando ainda um incentivo adicional ao desempenho que considera os ganhos obtidos para os cidadãos em termos do seu estado clinico-funcional.

## **Medida 8**

**Criar obrigatoriedade de recolha de informação económico-financeira dos prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação que integram o SNS, ou que possuem contratos para a prestação destes cuidados a utentes do SNS.**

### *Rationale*

A recolha sistemática de informação sobre a estrutura de custos das unidades prestadoras de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS contribui para, entre outras finalidades, promover a adequação contínua dos preços praticados pelo SNS aos custos eficientes da prestação destes cuidados aos cidadãos.

De facto, no modelo de pagamento por ato que atualmente vigora para os prestadores convencionados de MFR com o SNS, os preços são definidos pelo pagador, tendo os preços atuais sido estabelecidos há já vários anos, recorrendo a uma metodologia de valorização das atividades realizadas e consensualizadas através de um painel de peritos, uma vez que não existia informação histórica de custos fiável.

### **Descrição**

A existência de um sistema de informação que permita o apuramento real de custos por tratamento e, idealmente, por patologia e por utente, é um elemento de extrema relevância para a determinação de preços justos e adequados para remunerar os prestadores de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, pelo que importa que as unidades prestadoras destes cuidados no SNS (entidades públicas ou convencionadas) reportem semestralmente a sua situação económico-financeira, através do Balancete Analítico e da Demonstração de Resultados.

### **Condições de aplicação**

Criar no âmbito da rede prestadora de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação um instrumento de recolha sistemática de informação económico-financeira das unidades, que possa estar articulado com os sistemas de informação que suportam os atuais sistemas contabilísticos e de prestação de contas existentes no SNS, e que permita, entre outras análises, identificar os custos totais e por natureza destas unidades, e a partir daí aferir os custos individuais (numa perspetiva micro de cada unidade) e os custos globais da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS (numa perspetiva sistémica).

### **Cronograma de implementação**

Até final de 2018.

### **Impacto previsto**

Não se preveem impactos significativos, havendo a destacar pela positiva o contributo para o aumento da transparência e do rigor do financiamento da atividade de Saúde Física e de Reabilitação que esta medida permitirá obter.

## Medida 9

**Implementar o SIGA MCDT para a vertente de Saúde Física e de Reabilitação, de forma a monitorizar os tempos de resposta que são assegurados aos cidadãos que são utentes do SNS.**

### *Rationale*

Até agora, os tempos de resposta na área da Saúde Física e de Reabilitação não têm sido monitorizados de forma sistematizada a nível nacional, o que tem dificultado a gestão e o planeamento da oferta destes cuidados e tem impossibilitado a coordenação de esforços no sentido de garantir uma resposta equitativa e atempada às necessidades em saúde de cada cidadão, de acordo com a sua prioridade.

De facto, não faz sentido, do ponto de vista dos ganhos em saúde, ter uma resposta atempada e de qualidade ao nível hospitalar, por exemplo, se no momento da alta a resposta em ambulatório não puder ser assegurada. Do mesmo modo, a uma resposta ambulatória efetiva deve responder uma solução semelhante em termos hospitalares, em caso de agudização ou complicação da condição de doença.

Assim, é necessário definir os circuitos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados e poder conhecer os tempos de resposta que são assegurados não só em cada um deles individualmente, mas essencialmente no processo assistencial integrado de Saúde Física e de Reabilitação em que cada cidadão se insere.

### *Descrição*

Atualmente encontra-se em fase de implementação o Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS), criado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, o qual consiste num sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada e transparente sobre os cuidados prestados no SNS, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no SNS, contribuindo assim para assegurar uma resposta equitativa e atempada aos cidadãos.

Através do SIGA SNS é possível ter uma visão integrada e completa do percurso dos cidadãos pelas instituições do SNS, ao longo do processo de cuidados de saúde, contribuindo assim para assegurar a continuidade dos cuidados.

### *Condições de aplicação*

Na área da Saúde Física e de Reabilitação, o SIGA SNS deve reunir a informação sobre o acesso à prestação de cuidados que atualmente existe dispersa pelos vários Sistema de Informação e que passará a estar contemplada no Sistema de Informação integrado de Saúde Física e de Reabilitação referido na medida 4, permitindo assim a monitorização dos vários procedimentos que, no conjunto, constituem os processos assistenciais integrados de Saúde Física e de Reabilitação.

Esta recolha de informação de gestão tem de ser efetuada a partir de dados anonimizados, permitindo uma visão holística do percurso dos cidadãos no SNS e a determinação de tempos de resposta globais e transversais às instituições do SNS envolvidas na prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

Para que se alcancem os objetivos associados a esta medida, importa que exista um compromisso expresse e plenamente assumido por parte das instituições do SNS (e convencionadas) onde o cidadão se encontra a ser seguido ou a aguardar resposta, de que a prestação de cuidados é realizada com observância das normas e regras em vigor, dentro dos tempos de resposta que estão definidos na legislação em vigor sobre o acesso ao SNS.

### **Cronograma de implementação**

Considerando que as várias componentes do SIGA SNS estarão em implementação durante os anos de 2018 e 2019, importa assegurar que até final do 1º semestre de 2019 é possível assegurar a monitorização integral dos processos assistenciais integrados de Saúde Física e de Reabilitação de todos os cidadãos do SNS.

### **Impacto previsto**

A implementação do SIGA SNS à monitorização dos processos assistenciais integrados da área da Saúde Física e de Reabilitação permitirá, entre outras:

- Garantir o cumprimento das normas e das regras que asseguram equidade na resposta às necessidades em saúde dos cidadãos, considerando a prioridade clínica de cada um;
- Assegurar a continuidade dos cuidados e a gestão dos percursos dos cidadãos, com participação ativa e responsável por parte destes, das suas famílias e dos seus cuidadores, formais ou informais;
- Obter um conhecimento global sobre o acesso dos cidadãos a estes cuidados;
- Melhorar continuamente os tempos de resposta aos cidadãos, mediante o cumprimento integral dos tempos máximos de resposta garantidos na legislação em vigor e a adequada gestão das listas de inscritos para a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS;
- Implementar uma cultura de transparência, de controlo e monitorização do acesso;
- Disponibilizar informação sobre a atividade de Saúde Física e de Reabilitação das instituições do SNS, promovendo a competição por comparação, induzindo ganhos de eficiência e incentivando elevados padrões de qualidade baseados em processos normalizados e em resultados em saúde.

## Medida 10

**Criar um programa de literacia em saúde e de formação de familiares / cuidadores no âmbito da Saúde Física e de Reabilitação.**

### *Rationale*

A capacidade dos cidadãos tomarem decisões informadas sobre a sua saúde e sobre a adequada utilização dos serviços constitui fator crítico na boa gestão dos seus percursos nos cuidados de saúde.

De facto, existe hoje considerável evidência de que a educação e a literacia em saúde (entendida como a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde) são fundamentais, não só para o sucesso das políticas de promoção e proteção da saúde, mas também para a efetividade e eficiência da própria prestação de cuidados de saúde ao longo do percurso de vida dos cidadãos, constituindo, por isso, um fator crítico para a integração de cuidados de saúde e para a sustentabilidade do SNS.

Atualmente encontra-se em implementação no Ministério da Saúde o projeto “SNS + Proximidade”, que está articulado com o objetivo de reforçar a integração de cuidados e com o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, contribuindo para reforçar o papel do cidadão no Sistema de Saúde Português e fazer da informação, do conhecimento e da decisão informada, veículos privilegiados desse reforço. Pretende-se construir um SNS cada vez mais próximo das comunidades, melhor centrado nas pessoas, mais qualificado e com maior capacidade de resolução.

### *Descrição*

Propõe-se que sejam desenvolvidos instrumentos organizacionais, informativos e comunicacionais específicos para o processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, que promovam a cidadania em saúde, os estilos de vida saudáveis e as boas práticas assistenciais, e que contribuam para tornar as pessoas mais autónomas e responsáveis pela sua saúde, pela saúde dos que deles dependem e pela da sua comunidade.

A Área do Cidadão do Portal SNS já disponibiliza o acesso à Biblioteca de Literacia em Saúde e a Livros Digitais ([www.biblioteca.sns.gov.pt](http://www.biblioteca.sns.gov.pt)), assim como os planos individuais de cuidados que permitem ao cidadão, em conjunto com a sua equipa de saúde, criar um plano com metas bem definidas, tendo como finalidade a promoção da saúde, a prevenção da doença e uma melhoria da qualidade de vida, pelo que se propõe que os instrumentos da área da Saúde Física e de Reabilitação que forem sendo desenvolvidos passem a integrar esta Área do Cidadão.

Adicionalmente propõe-se o desenvolvimento de conteúdos e de iniciativas de formação dirigidas a familiares e cuidadores, formais e informais, que possam contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença e, essencialmente, para capacitação destes em relação a tarefas de suporte à prestação de cuidados que são asseguradas pelos profissionais da área da Saúde Física e de Reabilitação

### **Condições de aplicação**

A criação destes conteúdos deve ser efetuada no âmbito dos trabalhos desenvolvidos para o projeto “SNS + Proximidade” e deve comprometer as entidades e os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação.

### **Cronograma de implementação**

Os vários conteúdos devem ser produzidos ao longo de todo o prazo de implementação deste Plano Estratégico para a área da Saúde Física e de Reabilitação, incidindo preferencialmente sobre as situações clínicas que forem sendo alvo de emissão de NOC.

### **Impacto previsto**

Através desta medida pretende-se que os cidadãos possam ter acesso a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados na área da Saúde Física e de Reabilitação, contribuindo assim para que a população tenha cada vez mais conhecimentos e competências para tomar decisões sobre a sua própria vida, nomeadamente no que diz respeito à sua saúde, bem-estar e lazer.

## 6.2. Outras Recomendações

Todas as propostas aqui apresentadas poderão ser potenciadas se, em simultâneo com a sua implementação, ocorrerem outras melhorias na área da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação no SNS, em matérias que não foram diretamente abordadas no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo GT MFR A, com destaque para as seguintes **recomendações complementares** para o desenvolvimento da Saúde Física e de Reabilitação no médio/longo prazo:

- Valorizar a participação ativa dos psicólogos e dos assistentes sociais no âmbito do processo de Saúde Física e de Reabilitação, nomeadamente em termos de recuperação física e psicológica, para que estes trabalhem em conjunto com os restantes profissionais da área da Saúde Física e de Reabilitação que foram sendo mais focados ao longo deste Relatório;
- Elaborar um programa de formação à distância na área da Saúde Física e de Reabilitação dirigido a profissionais de saúde, especialmente aos médicos e enfermeiros dos cuidados de saúde primários;
- Criar programas de parcerias com entidades externas ao SNS na área da promoção da atividade física e dos estilos de vida saudável;
- Envolver familiares e cuidadores informais no contínuo da prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação, equacionando a criação de eventuais modelos de remuneração da atividade que estes possam vir a desenvolver, em complemento do trabalho dos profissionais de saúde e da área social;
- Reforçar a componente de ambulatório da RNCCI, com a implementação no terreno de unidades de dia e de promoção da autonomia (UDPA) e o reforço dos cuidados domiciliários prestados pelas UCC/ECCI, tornando-as cada vez mais efetivas e abrangentes. Estas podem contribuir para que, pessoas que atualmente são referenciadas para outras tipologias da RNCCI, possam manter-se nos seus domicílios e nos seus contextos habituais de vida;
- Melhorar o acesso e atribuição dos produtos de apoio, ajustando quais os que devem ser disponibilizados pelo SNS, revendo os critérios de acesso, atribuição e prescrição e dinamizando a sua integração numa Política Nacional de Saúde Física e de Reabilitação;
- Desenvolver planos de auditoria que envolvam a DGS e a ACSS no sentido de salvaguardar a qualidade e a segurança dos cuidados em Saúde Física e de Reabilitação prestados aos cidadãos nas instituições do SNS (internas ou convencionadas), aferindo o grau de cumprimento das normas e das boas práticas que se encontram definidas na área da Saúde Física e de Reabilitação.

### **6.3. Implementação através de projetos-piloto**

O GT MFR A propõe que as medidas e as recomendações aqui apresentadas sejam previamente implementadas e testadas em projetos-piloto, a decorrer até final de 2018.

De facto, e conforme temos vindo a referir neste Relatório, é hoje claro que a prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação deve ser centrada nos cidadãos, nas suas necessidades específicas e nos seus contextos reais de vida, assim como deve ter uma participação empenhada dos profissionais da área da Saúde Física e de Reabilitação.

Dito de outra forma, não se devem incrementar projetos sem uma análise prévia do seu eventual impacto positivo para a saúde dos cidadãos a quem se destinam e para os profissionais que os vão executar, para que não se caia em iniciativas de puro interesse de conjuntura individual ou de um grupo profissional, que não tenham evidência científica que os sustente e que não satisfaçam os verdadeiros objetivos para os quais foram criados.

É neste contexto que o GT MFR A considera que o modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório que aqui se propõe deve ser objeto de experiências-piloto, que uma vez implementadas, monitorizadas e avaliadas em termos de efetividade e eficiência, permitirão validar a sua conceção, medir o impacto para os cidadãos, para os profissionais e para o SNS, e equacionar o seu alargamento a nível nacional.

Sem prejuízo da auscultação que consideramos que deve ser efetuada a todas as ARS para identificarem eventuais experiências-piloto na sua área de intervenção, desde já se propõe que uma das experiências-piloto seja constituída na área geográfica dos ACES Entre Douro e Vouga (envolvendo o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.) e que outra decorra nos ACES e ULS da ARS Norte que integram o projeto de integração de cuidados e de valorização dos percursos dos cidadãos no SNS, denominado “SNS + Proximidade”, nomeadamente o ACES Porto Ocidental, o ACES Gondomar, o ACES Barcelos/Esposende, o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E., o Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. e a ULS Matosinhos, E.P.E..

Espera-se que através da implementação, monitorização e avaliação destas experiências-piloto seja possível, entre outras:

- Definir a carteira de serviços das Equipas de Saúde Física e de Reabilitação dos cuidados de saúde primários e a sua contratualização;
- Testar a implementação do novo processo de referenciação;

- Criar uma Unidade Modelo (o ACES Modelo) para o modelo de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório;
- Estabelecer os rácios de recursos humanos e de equipamentos necessários à boa execução desse modelo, de acordo com a evidência científica e com a evolução das experiências;
- Definir o plano de comunicação do novo modelo;
- Estabelecer o processo de acompanhamento e monitorização.

Consideramos ainda importante que as experiências-piloto sejam acompanhadas através de um *steering committee*, constituído por todas as entidades que compõem o GT MFR A.

Os resultados da avaliação das experiências-piloto permitirão disponibilizar toda a informação que permita delinear a estratégia para, até 2020, garantir as condições necessárias para a implementação plena do modelo de prestação de cuidados de Saúde Física e de Reabilitação em ambulatório no SNS que aqui se propõe, suportando essa implementação num planeamento de médio-prazo das necessidades de contratação de novos profissionais da área de Saúde Física de Reabilitação que garantam a maior resolutividade dos cuidados de saúde primários decidida pelo atual Governo (ou seja, definir as bases para uma política de gestão de recursos humanos da área da Saúde Física e de Reabilitação no SNS) e assegurando assim a total cobertura da população de um modo progressivo, sustentado e universal.

## 7. Bibliografia

1. Adams D, Logerstedt D, Hunter-Giordano A, Axe MJ, Snyder-Mackler L. Current Concepts for Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Criterion-Based Rehabilitation Progression. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2012;42(7):601-614. doi:10.2519/jospt.2012.3871. 172
2. Alqunae M, Galvin R, Fahey T. Diagnostic accuracy of clinical tests for subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:229-36.
3. American Occupational Therapy Association, Occupational Therapy Can Reduce Nursing Home Admissions, setembro, 2016.
4. Anthony B. Ward and Christoph Gutenbrunner, Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, *J Rehabil Med* 2006; 38: 81/86.
5. Anthony Delitto, et al . Low Back Pain - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2012 Volume:42 Issue:4 Pages:A1–A57.
6. Aringer, M., Stamm, T. A., Pisetsky, D. S., Yarboro, C. H., Cieza, A., Smolen, J. S., et al. (2006). ICF Core Sets: how to specify impairment and function in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15, 248–253.
7. Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, Competências do Terapeuta Ocupacional segundo o Projeto de Tuning, Lisboa, novembro de 2015.
8. Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, Perfil do Terapeuta Ocupacional, Lisboa, janeiro de 2016.
9. Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, História da Associação Portuguesa de Terapeutas Ocupacionais, fevereiro 2016.
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. Boldt, C. et al., 2005. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 375 - 380.
12. Brach, M., Cieza, A., Stucki, G., Füßi, M., Cole, A., Ellerin, B. E., et al. (2004). ICF Core Sets for Breast Cancer. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 121-127

13. Chiarotto A, Deyo RA, Terwee CB, Boers M, Buchbinder R, Corbin TP, Costa LO, Foster NE, Grotle M, Koes BW, Kovacs FM, Lin CW, Maher CG, Pearson AM, Peul WC, Schoene ML, Turk DC, van Tulder MW, Ostelo RW. Core outcome domains for clinical trials in non-specific low back pain. *Eur Spine J*. 2015 Jun;24(6):1127-42. doi: 10.1007/s00586-015-3892-3. Epub 2015 Apr 5.
14. Childs, J., et al. Neck pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2008, 38.
15. Cieza, A., Ewert, T., Üstün, B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2004). Development of ICF Core Sets for Patients with Chronic Conditions. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 9-11.
16. Cieza, A., Stucki, G., Weigl, M., Disler, P., Jäckel, W., van der Linden, S., et al. (2004). ICF Core Sets for Low Back Pain. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 69-74.
17. Cieza, A., Schwarzkopf, S., Sigl, T., Stucki, G., Melvin, J., Stoll, T., et al. (2004). ICF Core Sets for Osteoporosis. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 81-86.
18. Cieza, A., Stucki, A., Geyh, S., Berteanu, M., Quittan, M., Simon, A., et al. (2004). ICF Core Sets for Chronic Ischaemic Heart Disease. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 94-99.
19. Cieza, A., Chatterji, S., Andersen, C., Cantista, P., Hecceg, M., Melvin, J., et al. (2004). ICF Core Sets for Depression. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 128-134.
20. Christopher Garcia et al . Achilles Pain, Stiffness, and Muscle Power Deficits: Achilles Tendinitis - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2010 Volume:40 Issue:9 Pages:A1–A26.
21. Coenen, M. et al., 2006. Validation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for rheumatoid arthritis from the patient perspective using focus groups, *Arthritis Research & Therapy* (acedido em <http://arthritis-research.com/content/8/4/R84>).
22. Commissioning Guidance For Rehabilitation (2016), NHS, England.
23. Council of Occupational Therapists for the European Countries- Executive Committee, Summary of the occupational therapy profession in Europe 2016, April 2016.
24. Cruz EB, Fernandes R, Carnide F, Domingues L, Pereira M, Duarte S. Cross-cultural adaptation and validation of the neck disability index to European Portuguese language. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2015 Jan 15;40(2):E77-82. doi: 10.1097/BRS.0000000000000692.

25. Cupido C, Peterson D, Sutherland MS, Ayeni O, Stratford PW. Tracking Patient Outcomes after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Physiotherapy Canada*. 2014;66(2):199-205. doi:10.3138/ptc.2013-19BC.
26. David Logerstedt et al . Knee Stability and Movement Coordination Impairments: Knee Ligament Sprain - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2010 Volume: 40 Issue:4 Pages:A1–A37.
27. David Logerstedt et al . Knee Pain and Mobility Impairments: Meniscal and Articular Cartilage Lesions - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2010 Volume:40 Issue:6 Pages:A1–A35.
28. Decreto-Lei n° 225/70, de 18 de maio.
29. Decreto-Lei n.º 280/97, de 15 de Outubro.
30. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto.
31. Decreto-Lei-n.º 28/2008, de 22 de fevereiro.
32. Domingues L, Cruz E. Adaptação Cultural e Contributo para a Validação da Escala Patient Global Impression of Change. 2011. Volume 2 Número 1.
33. Dreinhöfer, K., Stucki, G., Ewert, T., Huber, E. O., Ebenbichler, G., Gutenbrunner, C., et al. (2004). ICF Core Sets for Osteoarthritis. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 75-80
34. Dworkin RH, Turk DC, McDermott MP, Peirce-Sandner S, Burke LB, Cowan P, Farrar JT, Hertz S, Raja SN, Rappaport BA, Rauschkolb C, Sampaio C. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*. 2009 Dec;146(3):238-44. doi: 10.1016/j.pain.2009.08.019. Review.
35. Dworkin RH, et al. Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *J Pain*. 2008 Feb;9(2):105-21. Epub 2007 Dec 11.
36. Dworkin, R H, et al. Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 2005, 113, 1-2.
37. Ewert, T. et al., 2005. ICF Core Set for patients with neurological conditions in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 367 - 373.
38. Geyh, S., Cieza, A., Schouten, J., Dickson, H., Frommelt, P., Omar, Z., et al. (2004). ICF Core Sets for Stroke. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 135-141

39. Grill, E., Huber, E. O., Stucki, G., Herceg, M., Fialka-Moser, V., & Quittan, M. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 447 - 458.
40. Grill, E. et al., 2005. ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 411 – 417.
41. Grill, E., Lipp, B., Boldt, C., Stucki, G., & Koenig, E. (2005). Identification of relevant ICF categories by patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 459 - 465.
42. Grill, E., Ewert, T., Chatterji, S., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2005). ICF Core Sets development for the acute hospital and early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 361 – 366
43. <http://www.wcpt.org/what-is-physical-therapy>
44. <http://www.apfisio.pt>
45. <http://www.pordata.pt/Home>
46. <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
47. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
48. Improving Rehabilitation Service Community of Practice Report – July 2016 - NHSCSI IRS Report COP V1.0.pdf
49. Janet Samuel, Danish Regions (2010). Health Care – the Danish Model
50. John Childs, et al . Neck Pain - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2008 Volume:38 Issue:9 Pages:A1–A34.
51. Keelan Enseki et al. . Nonarthritic Hip Joint Pain - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2014;44(6):A1-A32. doi:10.2519/jospt.2014.0302 Kesselring, J., Coenen, M., Cieza, A., Thompson, A., Kostanjsek, N., & Stucki, G. (2008). Developing the ICF Core Sets for multiple sclerosis to specify functioning. *Multiple Sclerosis*, 14, 252-254
52. 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
53. Logerstedt DS, Snyder-Mackler L, Ritter RC, Axe MJ, Godges JJ. Knee Stability and Movement Coordination Impairments: Knee Ligament Sprain. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2010;40(4):A1-A37. doi:10.2519/jospt.2010.0303.
54. Martin Kelley et al. . Shoulder Pain and Mobility Deficits: Adhesive Capsulitis. - Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2013 Volume:43 Issue:5 Pages:A1–A31.
55. Michael Cibulka et al. . Hip Pain and Mobility Deficits – Hip Osteoarthritis: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2009 Volume:39 Issue:4 Pages:A1–A25.
56. Ministério da Saúde, Nota Explicativa ao OE 2017, Novembro 2016
57. Nicklaus E. Biederwolf. A Proposed Evidence-based Shoulder Special Testing Examination Algorithm: clinical utility based on a systematic review of the literature. *The International Journal of Sports Physical Therapy.* Volume 8, Number 4. August 2013
58. Organização Mundial de Saúde, CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa 2004.
59. Pereira M, Cruz EB, Domingues L, Duarte S, Carnide F, Fernandes R. Responsiveness and Interpretability of the Portuguese Version of the Neck Disability Index in Patients With Chronic Neck Pain Undergoing Physiotherapy. *Spine (Phila Pa 1976).* 2015 Nov;40(22):E1180-6. doi: 10.1097/BRS.0000000000001034.
60. Portaria n.º 363/98, de 26 de Junho
61. Portaria n.º 121/2012, de 30 de Abril.
62. Portaria n.º 252/2016, de 19 de Setembro.
63. Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação – Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003
64. Regulamento Interno, Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (modelo), GT-URAP - Assessoria dos Cuidados de Saúde Primários da ARS Norte, I.P. Maio de 2013

65. Relatório do Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização no âmbito dos cuidados continuados integrados, nomeado através do Despacho n.º 1981/2014, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 27, de 07 de fevereiro.
66. Robroy L. Martin et al. . Ankle Stability and Movement Coordination Impairments: Ankle Ligament Sprains. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2013 Volume:43 Issue:9 Pages:A1–A40 DOI: 10.2519/jospt.2013.0305
67. Ruof, J., Cieza, A., Wolff, B., Angst, F., Ergeletzis, D., Omar, Z., et al. (2004). ICF Core Sets for Diabetes Mellitus. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 100-106
68. Sandra García-Armesto, María Begoña Abadía-Taira, Antonio Durán,<sup>[1]</sup> Cristina Hernández-Quevedo e Enrique Bernal-Delgado (2010) . Spain<sup>[1]</sup> Health system review.
69. Scheuringer, M. et al., 2005. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 405 - 410.
70. Stier-Jarmer, M. et al., 2005. ICF Core Set for patients with neurological conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 389 - 395.
71. Stoll, T. et al., 2005. ICF Core Set for patients with musculoskeletal conditions in the acute hospital. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 381 - 387.
72. Stucki, G., Cieza, A., Geyh, S., Battistella, L., Lloyd, J., Symmons, D., et al. (2004). ICF Core Sets for Rheumatoid Arthritis. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 87-93
73. Stucki, A., Daansen, P., Fuessl, M., Cieza, A., Huber, E. O., Atkinson, R., et al. (2004). ICF Core Sets for Obesity. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 107-113
74. Stucki, A., Stoll, T., Cieza, A., Weigl, M., Giardini, A., Wever, D., et al. (2004). ICF Core Sets for Obstructive Pulmonary Diseases. *J Rehabil Med, Suppl.* 44, 114-120
75. Stucki, G., & Cieza, A. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Sets for rheumatoid arthritis: a way to specify functioning. *Ann Rheum Dis*, 63(Suppl II), ii40-ii45.
76. 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;
77. 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

78. Vieira AC, Moniz S, Fernandes R, Carnide F, Cruz EB. Responsiveness and Interpretability of the Portuguese Version of the Quebec Back Pain Disability Scale in Patients With Chronic Low Back Pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014 Mar 1;39(5):E346-52. doi: 10.1097/BRS.0000000000000159. PMID: 24573078 "
79. Wildner, M. et al., 2005. ICF Core Set for patients with cardiopulmonary conditions in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8), 397 - 404.
80. Williams MA, McCarthy CJ, Chorti A, Cooke MW, Gates S. A systematic review of reliability and validity studies of methods for measuring active and passive cervical range of motion. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 2010; 33:138-155.
81. World Federation of Occupational Therapists, Position Paper on Community Based Rehabilitation, CM 2004. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
82. World Federation of Occupational Therapists, Position statement Human Displacement, 2014. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
83. World Federation of Occupational Therapists, Reporting on the WFOT-CBR Master Project Plan: the data collection subproject. Sakellariou, D., Pollard, N., Fransen, H., Kronenberg, F. & Sinclair, K. 2006. <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
84. World Federation of Occupational Therapists, Occupational Therapy Human Resources Project – Numerical, 2016.
85. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: Geneva: WHO; 2001.
86. [www.euro.prm.org](http://www.euro.prm.org).

## 8. Anexos

Versão original de todos os documentos produzidos pelas várias entidades que compõem o GT MFR A.