

LIVRO BRANCO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO NA EUROPA

Produzido pela

*Secção de Medicina Física e de Reabilitação da
Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)*

e pela

Académie Européenne de Médecine de Réadaptation

em conjunto com o

European Board of Physical and Rehabilitation Medicine

Março de 2009

**LIVRO BRANCO DE MEDICINA FÍSICA
E DE REABILITAÇÃO NA EUROPA**

Editores:

Christoph Gutenbrunner

Director, Comissão de Prática Profissional, Secção de Medicina Física e de Reabilitação da UEMS

Anthony B. Ward

Presidente, *Secção de Medicina Física e de Reabilitação da UEMS*

M. Anne Chamberlain

Presidente, *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*

Colaboradores:

Dr. Alarcos Cieza (D)
Dr. Anthony Ward (UK)
Dr. Laurent Bensoussan (F)
Dr. Nicolas Christodoulou (Cy)
Dr. Pedro Cantista (P)
Prof. Alain Delarque (F)
Prof. Alessandro Giustini (I)
Prof. André Bardot (F)
Prof. Anne Chamberlain (UK)
Prof. Bengt Sjölund (S)
Prof. Christoph Gutenbrunner (D)
Dr. Fernando Parada (P)
Prof. Franco Franchignoni (I)
Prof. Gerold Stucki (D)
Prof. Gustaaf Lankhorst (NL)
Prof. Guy Vanderstraeten (B)
Prof. Henk Stam (NL)
Prof. Jean-Michel Viton (F)
Prof. Jean-Pierre Didier (F)
Dr. Jiri Votava (Cz)
Prof. João Páscoa Pinheiro (P)
Prof. Lindsay McLellan (UK)
Prof. Michael Quittan (A)
Prof. Michel Barat (F)
Prof. Mihai Berteanu (Ro)
Prof. Veronika Fialka-Moser (A)

Tradução

Centradur - Centro Internacional de Traduções, Lda.

Revisão da edição portuguesa

Dra. Catarina Aguiar Branco
Dr. Fernando Parada Pereira
Dr. Francisco Sampaio
Dr. Jorge Lains
Dr. Luís André Rodrigues
Dra. Maria de Jesus Rodrigues
Dr. Pedro Cantista
Dr. Pedro Soares Branco

Copyright© 2006 pela Secção de Medicina Física e de Reabilitação da *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)* e *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*. Copyright© 2009 *Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*.

Prefácio

Este livro estabelece a posição actual da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) na Europa. Nele se define a especialidade, o seu trabalho, as competências dos seus especialistas e as suas relações com outras especialidades médicas e profissões associadas à saúde. Pretende-se ainda assegurar que a MFR seja considerada como especialidade na Europa, onde especialistas de alta qualidade trabalhem de acordo com bons padrões de tratamento e em conformidade com os dados existentes no contexto das suas práticas clínicas nacionais diferenciadas. Este livro descreve assim pormenorizadamente o treino e as técnicas dos especialistas de MFR.

O livro indica ainda os princípios subjacentes da Reabilitação especializada, o que permitirá aos responsáveis políticos, aos responsáveis pelo planeamento da saúde, e aos colegas médicos e paramédicos identificar o modo como a MFR actua e como poderá auxiliar no processo de integração completa das pessoas incapacitadas na Sociedade.

O livro foi produzido pela Secção de Medicina Física e de Reabilitação da UEMS, tendo por autores o seu Presidente e Director Executivo do Comité de Prática Profissional, e o Presidente da *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*. Esta publicação foi adoptada pelos três organismos que representam a especialidade na Europa a nível global, a Secção de Medicina Física e de Reabilitação da *Union Européenne des Médecins Spécialistes*, a *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation* e a *European Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, cuja participação lhe confere autoridade.

Como editores, fomos assistidos por contributos de toda a Europa, no entanto o texto final assegura uma apresentação uniforme e uma abordagem consistente. Desenvolveu-se um esforço considerável na produção de um documento que se integre nos sistemas de toda a Europa, à luz de algumas especificidades nacionais.

Gostaríamos de agradecer, em especial, a todos os que contribuíram com um esforço considerável para a produção de um trabalho verdadeiramente pan-europeu: Os nomes dos participantes encontram-se listados acima, por ordem alfabética.

Este Livro Branco encontra-se disponível, na versão original, no website da Secção em www.euro-prm.org ou através do *General Secretariat of the UEMS Section*, e, na versão em português, no website da *Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação* em www.spmfr.org.

ANTHONY B WARD
Presidente,
Secção de MFR da UEMS

CHRISTOPH
GUTENBRUNNER
Director,
Comissão de Prática
Profissional,

Secção de Medicina Física
e de Reabilitação da UEMS

M. ANNE CHAMBERLAIN
Presidente,
*Académie Européenne de
Médecine de Réadaptation*

Prefácio à versão Portuguesa

Este livro surge na sequência do primeiro Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação aprovado em Madrid em Junho de 1989, publicado na sua versão em Português em 1990, sob responsabilidade do 4º Conselho Directivo do Colégio de MFR da Ordem dos Médicos. É mais um passo na definição da Medicina Física e de Reabilitação na Europa e um importante contributo para o desenvolvimento da Especialidade. É também um contributo para os que trabalham nas equipas multiprofissionais de Reabilitação e para todos os que necessitam de cuidados de Reabilitação, independentemente da etiologia e da sua condição.

Esta nova versão, bastante mais completa e diversificada, mantém os “velhos” conceitos que caracterizam a Reabilitação: Deficiência, Incapacidade e Desvantagem, utilizando também os “novos” definidos pela OMS na International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Funções e Estruturas corporais, Actividades e Participação.

Para a versão original contribuíram Fisiatras de notória qualidade e destaque na MFR em Portugal: Fernando Parada, João Páscoa Pinheiro e Pedro Cantista. Este último teve a ideia e o desejo de conseguir uma versão publicada em Português.

A actual Direcção da SPMFR, que possui os direitos de autor para a sua publicação, constituiu um grupo de revisores, listados nesta versão sob o título Revisão da edição portuguesa. A todos o nosso agradecimento, que de forma voluntária, graciosa e desinteressada contribuíram para que o Livro Branco agora chegue às mãos de cada um. A Direcção da SPMFR quer também agradecer a ajuda da sua assessora pela revisão gramatical e sintática.

A MSD – Merck Sharp & Dohme – merece também aqui um lugar de destaque. Foi o patrocínio da MSD que viabilizou a tradução e impressão da versão publicada em português.

A todos os associados da SPMFR e todos os leitores o compromisso da Direcção da SPMFR para que a nossa especialidade e a Medicina de Reabilitação se aproxime cada vez mais dos pressupostos expressos no Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação.

Coimbra, Março de 2009

A Direcção da SPMFR (2007-10)

Jorge Laíns
Catarina Aguiar Branco
Carla Amaral
Fernando Almeida
Jorge Caldas
Renato Nunes

ÍNDICE

<i>Resumo</i>	11
1. <i>Introdução</i>	17
1.1 Objectivo.....	17
1.2 A quem se dirige este livro.....	17
1.3 Harmonização da actividade dos especialistas de MFR.....	17
1.4 Redefinição da especialidade.....	17
2. <i>Definições</i>	18
2.1 Reabilitação.....	18
2.2 Medicina Física e de Reabilitação.....	18
3. <i>Relevância da Reabilitação para os indivíduos que sofrem de incapacidade e para a sociedade</i>	19
3.1 Aspectos epidemiológicos.....	19
3.2 Modelo da Organização Mundial da Saúde sobre Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em Reabilitação.....	21
3.3 Aspectos éticos e direitos humanos.....	24
3.4 Reabilitação e Sistemas de Saúde.....	28
3.5 Objectivos e resultados da Reabilitação.....	29
4. <i>Princípios da Medicina Física e de Reabilitação</i>	31
4.1 Processos de aprendizagem como princípio básico da Medicina Física e de Reabilitação.....	31
4.2 Objectivos da Medicina Física e de Reabilitação.....	31
4.3 A equipa de Reabilitação.....	32
4.4 Medicina Física e de Reabilitação nas diferentes fases do processo de Reabilitação.....	33
4.5 Efeitos da não implementação da Reabilitação.....	35
4.6 Prevenção.....	37
5. <i>A especialidade de Medicina Física e de Reabilitação</i>	38
5.1 Contribuição do especialista em Medicina Física e de Reabilitação no processo de Reabilitação.....	38
5.2 A Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação na Europa.....	39
5.3 Patologias e situações na prática da Medicina Física e de Reabilitação.....	40
5.4 Diagnóstico, avaliação e estimativa.....	41
5.5 Plano de Reabilitação.....	42
5.6 Intervenções na Medicina Física e de Reabilitação.....	43
5.7 Prática de Medicina Física e de Reabilitação - Actividades e âmbitos clínicos.....	45

6. <i>Padrões na Medicina Física e de Reabilitação</i>	46
6.1 Educação e formação.....	46
6.2 Mecanismos de controlo clínico e competências	49
6.3 Desenvolvimento profissional contínuo e formação médica	50
6.4 A Secção de Medicina Física e de Reabilitação da <i>Union Européenne des Médecins Spécialistes</i>	51
6.5 <i>A Académie Européenne de Médecine de Réadaptation</i>	54
6.6 <i>A European Society of Physical and Rehabilitation Medicine</i>	55
7. <i>Investigação na Medicina Física e de Reabilitação</i>	55
7.1 Importância da investigação no estabelecimento das necessidades e valor relativo das abordagens actuais e inovadoras	55
7.2 Estruturas e recursos de investigação	57
7.3 Formação na investigação	57
7.4 Publicação dos resultados obtidos na investigação	57
8. <i>Futuros desenvolvimentos</i>	58
8.1 Filosofia	58
8.2 Objectivos.....	58
9. <i>Referências</i>	61
Apêndice Ia	
Proposta para uma nova definição baseada no Modelo CIF	65
Apêndice Ib	
Descrição da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação	66
Apêndice II	
Exemplos de situações incapacitantes apresentadas frequentemente aos especialistas de MFR	66
Apêndice III	
Especialistas de MFR na Europa, pelos Estados Membros da UEMS	69
Apêndice IV	
Ferramentas de diagnóstico e avaliação na Medicina Física e de Reabilitação.....	70
Apêndice V	
Curriculum dos estudos e conhecimentos teóricos para o Diploma da Comissão Europeia de MFR (Versão 2005)	71
Apêndice VI	
Regras para educação médica e continuada (CME) e desenvolvimento profissional contínuo (CPD) para os Especialistas de MFR.....	80
Delegados e membros das três organizações	81

Resumo

1. Introdução

- 1.1. Este livro é dirigido:
- aos responsáveis pelas políticas de saúde relacionadas com a Reabilitação e a incapacidade;
 - ao público em geral e, em especial, aos indivíduos portadores de deficiência ou incapacidade, bem como aos representantes das organizações que os apoiam e representam;
 - aos profissionais de saúde e, em especial, aos que dirigem a sua actividade à população portadora de deficiência ou incapacidade, bem como aos de outras especialidades clínicas e profissões associadas à medicina.
- 1.2. Nele se estabelecem a natureza, o *objecto*, os parâmetros e a área de influência da Medicina Física e de Reabilitação (MFR), as competências da especialidade e dos seus especialistas, o conteúdo clínico da sua *actividade*, a natureza da formação e treino dos especialistas neste ramo *médico*.
O Grande Espaço Europeu foi recentemente alargado e este livro tem por objectivo promover a harmonização da actividade especializada da MFR, de forma a assegurar que o público em geral, e em especial os que sofrem de incapacidade, sejam bem servidos independentemente do local onde se encontrem.

2. Definições

- 2.1. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Reabilitação como: “O uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração”.
- 2.2. A *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) - Secção de MFR, define a MFR como “uma especialidade médica autónoma, cujo objectivo reside na promoção da função física e cognitiva, da actividade (incluindo os comportamentos), da participação (incluindo a qualidade de vida) e na modificação dos factores pessoais e ambientais. É responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamentos e organização do programa de Reabilitação dos indivíduos com patologias médicas incapacitantes e co-morbilidades em todos os grupos etários.”.

3. Relevância da Reabilitação para os indivíduos que sofrem de incapacidade e para a sociedade

3.1. A prevalência da grande incapacidade é aceite na maioria dos países europeus como atingindo cerca de 10%. As populações estão a envelhecer e este envelhecimento aumenta os níveis de incapacidade. Esta situação reflecte-se num aumento da sobrecarga assistencial, com custos aumentados para os cuidados de saúde e para os serviços sociais. A sobrevivência à doença e aos traumatismos graves tem vindo a melhorar, mas pode produzir um número aumentado de doentes com problemas funcionais frequentemente complexos. Além disso, a população europeia tem cada vez mais expectativas relativamente à manutenção de um bom estado de saúde.

A Reabilitação é eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e na potenciação das oportunidades de vida para os indivíduos incapacitados. Os seus custos são frequentemente iguais ou inferiores aos que seriam assumidos pelos serviços de saúde, caso não se proporcionassem tais serviços. A prevenção das complicações da imobilização, das lesões cerebrais e da dor (para a qual há já forte evidência) proporciona muitos benefícios, tanto qualitativamente para o indivíduo como quantitativamente em termos de implicações financeiras.

3.2. Modelo bio-psico-social da Incapacidade.

A MFR é orientada por uma abordagem bio-psico-social da Reabilitação. Esta abordagem foi desenvolvida em cooperação com as organizações de utilizadores e adopta a *International Classification of Functioning Disability and Health* (CIF) da OMS.

O contexto é etiológicamente neutro e adopta uma terminologia que é aceite a nível mundial de forma a delinear a funcionalidade tanto a nível individual como populacional. Este contexto é útil na gestão da natureza individual de qualquer programa de Reabilitação e/ou de qualquer intervenção. Permite identificar a patologia subjacente, os problemas ao nível da funcionalidade orgânica para restaurar/optimizar a funcionalidade individual ou evitar quaisquer limitações adicionais da actividade. Além disso, tem em conta a capacidade de participação social, que depende não só da funcionalidade individual como também de factores contextuais que afectam a vida e o ambiente do indivíduo.

3.3. Aspectos éticos e direitos humanos.

O acesso à Reabilitação constitui um direito humano fundamental, que é suportado pela Carta das Nações Unidas, através dos seus padrões (1193), pelo *European Year for People with Disabilities* (2003) e pela 58ª Resolução da Assembleia Mundial da Saúde (2005). Além disso, muitos dos países europeus possuem leis anti-discriminatórias, que podem ser accionadas para apoio dos indivíduos incapacitados, das suas famílias e assistentes. Os especialistas de MFR envolvem-se frequentemente em debates sobre dilemas éticos e legais no decurso do tratamento dos seus doentes.

A liberdade de acesso à Reabilitação e à participação social sem qualquer espécie

de discriminação são fundamentais à provisão e prática da Reabilitação. Os especialistas de MFR são sensíveis às pressões a que os indivíduos são sujeitos em virtude da sua raça, cultura, religião e orientação sexual. A Reabilitação tem por objectivo auxiliar a independência dos indivíduos e a sua autonomia, abordando a situação de uma forma holística de modo a facilitar este objectivo.

A MFR é importante para todos os sectores da sociedade europeia. A MFR suporta a noção expressa, tanto pelo *International Year for Disabled People* (1981) como pelo *European Year for People with Disabilities* (2003) de que o acesso à Reabilitação após uma lesão ou doença constitui um direito humano fundamental.

3.4. Os indivíduos incapacitados devem participar activamente na criação e desenvolvimento dos serviços de Reabilitação. As boas práticas de Reabilitação asseguram que o indivíduo incapacitado se encontrará no centro de uma abordagem multiprofissional e será capaz de fazer escolhas informadas em termos do tratamento. Nos casos necessários, a família deverá ser igualmente envolvida no processo de Reabilitação.

3.5. O objectivo global da Reabilitação consiste em permitir que os indivíduos incapacitados possam conduzir as suas vidas do modo que desejem, no contexto das restrições impostas pelas incapacidades resultantes de doenças ou lesões sobre as suas actividades e no seu contexto pessoal. Na prática, esta situação é atingida mais facilmente por uma combinação de medidas para suplantar ou torneir as suas incapacidades, removendo ou reduzindo as barreiras à participação do indivíduo nos ambientes escolhidos. Este processo optimizará tanto o nível de actividade como o nível de participação. Os dois resultados finais fundamentais da Reabilitação, que são necessários demonstrar, residem no bem-estar do indivíduo e na sua participação social e vocacional.

4. Princípios da Medicina Física e de Reabilitação

4.1. A aprendizagem constitui uma parte moderna e primordial do processo de Reabilitação. O especialista de MFR deve assumir-se como um professor, em especial quando os programas de Reabilitação têm de se fundamentar em novos conceitos de plasticidade e aprendizagem motora. Os especialistas de MFR têm de conhecer os princípios da adaptação e plasticidade e compreender os fundamentos teóricos dos princípios do ensino e aprendizagem.

4.2. A Medicina Física e de Reabilitação tem por objectivo reduzir a incapacidade provocada pela doença, quando seja possível prevenir as complicações, melhorar a funcionalidade e actividade e permitir a participação. Todas estas actividades deverão ter em consideração o contexto pessoal, cultural e ambiental do indivíduo. A prática desenrola-se em diversos ambientes, desde as unidades de cuidados agudos até aos contextos comunitários. Os especialistas de MFR utilizam ferramentas específicas de avaliação e diagnóstico e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais. A Reabilitação é um processo contínuo e coordenado, que se inicia com o aparecimento de uma doença ou lesão e que

evolui até que o indivíduo desempenhe um papel na sociedade consistente com as suas aspirações e desejos para a vida.

4.3. Os profissionais de saúde que trabalham em estreita colaboração em equipas multiprofissionais proporcionam Reabilitação de uma forma organizada, indexada aos objectivos e centrada no doente. Os especialistas de MFR são os líderes destas equipas e são responsáveis pelos cuidados dos seus doentes em serviços/ clínicas especializados em MFR. Estes especialistas trabalham em estreita associação com outras especialidades médicas e, quando a Reabilitação se torna o foco principal da actividade clínica, são os responsáveis pela liderança das equipas pluridisciplinares.

4.4. A Reabilitação pode ser proporcionada numa diversidade de contextos, que variam desde os centros de Reabilitação especializados e serviços em hospitais de agudos, até ao ambulatório e apoio comunitário. A Reabilitação em fase aguda é importante para o uso da plasticidade o mais eficaz e precocemente possível, bem como para a redução do potencial de complicações. Este uso requer não só uma equipa multiprofissional de Reabilitação capaz de proporcionar aconselhamento em todos os serviços hospitalares, incluindo os cuidados intensivos, como também em camas dedicadas exclusivamente à Reabilitação. Em ambos os casos sob a responsabilidade de um especialista em MFR.

Os doentes requerem ainda tratamento em infra-estruturas dedicadas à Reabilitação, dirigidas por especialistas de MFR e, nos casos em que as incapacidades e patologias são prolongadas e/ou progressivas, requerem ainda que essa Reabilitação seja implementada em contexto comunitário, de modo a assegurar que a sua forma física, estado de saúde e capacidades sejam mantidas e que a sua independência seja promovida.

5. A Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação

O papel do especialista de MFR, as patologias tratadas, as ferramentas de diagnóstico, as avaliações e as intervenções frequentemente utilizadas são discutidos de forma pormenorizada no Capítulo 5 e no Apêndice IV.

6. Padrões na Medicina Física e de Reabilitação

6.1. A MFR é uma especialidade clínica independente em todos os países da Europa à excepção da Dinamarca e Malta. A formação na especialidade tem geralmente uma duração de 4 anos. Existem variações no treino e no conteúdo dos trabalhos em toda a Europa, mas o *European Board of PRM* desenvolveu um sistema exaustivo de educação pós-graduada, que inclui um currículo, um livro de registos e exames. Além disso, os formadores são alvo de processos de acreditação, tal

como o são as infoestruturas de Reabilitação. Há uma formação clínica contínua que tem por objectivo uma revalidação de dez em dez anos. Os pormenores deste programa podem ser consultados no site da Comissão, em www.euro-prm.org.

6.2. Os especialistas de MFR têm uma abordagem holística dos indivíduos com situações clínicas agudas e crónicas. O seu trabalho é desenvolvido com maior frequência na gestão da Reabilitação destes problemas, nomeadamente nas alterações músculo-esqueléticas e neurológicas, traumatismos, amputações, disfunção orgânica pélvica, insuficiência cardio-respiratória e incapacidade decorrente de dor crónica e de cancro. Acresce ainda a participação activa na avaliação, detecção e intervenção na área de desenvolvimento.

6.3. As competências dos especialistas de MFR incluem, entre outros:

- avaliação clínica na determinação do diagnóstico subjacente;
- avaliação da capacidade funcional e da capacidade de mudar;
- avaliação da actividade e participação, bem como de factores contextuais;
- desenvolvimento de um plano de Reabilitação;
- conhecimento, experiência e aplicação de tratamentos clínicos e físicos;
- avaliação e parametrização dos resultados;
- prevenção e tratamento de complicações;
- prognósticos da doença/ situação clínica e resultados obtidos com a Reabilitação;
- conhecimento das tecnologias de Reabilitação;
- dinâmica de equipa e capacidade de liderança;
- técnicas de ensino;
- conhecimento do sistema social e da legislação sobre a incapacidade.

Os especialistas de MFR promovem a educação dos estudantes universitários de medicina sobre os princípios de Reabilitação. Esta formação deve ser ministrada a todos os estudantes de medicina, para melhor cuidarem de todos os indivíduos incapacitados.

Os especialistas de MFR estão ainda disponíveis para auxiliar no planeamento de serviços e na promulgação das políticas relacionadas com pessoas com necessidades especiais. Todas estas questões relacionam-se com as necessidades da população e com a gestão clínica dos serviços proporcionados. Dever-se-ão realizar auditorias regulares a estes serviços, procurando obter-se também um *feedback* regular dos utilizadores.

7. Investigação na Medicina Física e de Reabilitação

A MFR assimilou totalmente os princípios da medicina baseados na evidência, e promove um programa de investigação activo com o objectivo de compreender os processos básicos de Reabilitação e identificar os factores determinantes tanto da recuperação como da capacidade de aprender e de adquirir novas qualificações. Para

continuar a proporcionar estas evidências será necessária uma melhor subvenção destas investigações.

8. Futuros Desenvolvimentos para a Medicina Física e de Reabilitação

- 8.1. Os objectivos futuros para a especialidade abrangem o desenvolvimento de uma “cultura de Reabilitação” como direito fundamental para os indivíduos incapacitados e um dos papéis mais importantes dos especialistas em MFR será implementar este desenvolvimento. Esta situação só será possível assegurando infraestruturas abrangentes e se os especialistas de MFR desempenharem um papel central no seu desenvolvimento, de forma a proporcionar o seu acesso a todos os europeus que delas necessitem. A especialidade de MFR está bem preparada para assegurar padrões clínicos de excelência, através de uma clínica baseada na evidência e da utilização das tecnologias de investigação mais avançadas. Os benefícios obtidos têm sido demonstrados na investigação científica e, em especial, na rápida evolução dos conhecimentos médicos. Este livro tem por função promover uma melhor percepção dos benefícios da Reabilitação e da contribuição dos especialistas em MFR para as vidas dos indivíduos incapacitados.
- 8.2. Um dos objectivos mais importantes da especialidade será implementar o trabalho conjunto até que se atinja uma situação em que a população de todos os países da Europa tenha acesso a uma gama completa de serviços de Reabilitação da mais elevada qualidade. Este desejo é considerado pela especialidade como um direito humano fundamental. Esperamos que este livro proporcione aos leitores as informações necessárias para se relacionarem com a especialidade de forma a atingir os objectivos propostos.

1. Introdução

1.1. Objectivo

Este livro estabelece a natureza, esfera de trabalho e parâmetros da Medicina Física e de Reabilitação (MFR) na Europa. Nele se indicam as definições da especialidade e as competências requeridas aos profissionais especializados neste campo. Descreve-se o contexto clínico do trabalho e a natureza da formação e treino dos especialistas. Este livro fundamenta-se no Livro Branco original, que foi publicado em 1989.¹ Este último foi fundamental no desenvolvimento da especialidade em toda a Europa, tendo sido traduzido em diversas línguas, para uso local. Decorridos vinte anos, o alargamento da União Europeia proporciona uma oportunidade de actualizar as informações sobre a especialidade em toda a Europa, acompanhando a sua crescente importância e os avanços da medicina e da tecnologia entretanto ocorridos.

1.2. A quem se dirige este livro

Este livro tem por alvo primário três grupos distintos:

- os responsáveis das políticas de saúde, de Reabilitação e de questões relacionadas com incapacidade;
- o público em geral em especial os indivíduos portadores de deficiência ou incapacidade e representantes das organizações que os apoiam e representam;
- os profissionais de saúde de outras especialidades clínicas e profissões associadas à medicina.

1.3. Harmonização da actividade dos especialistas de MFR

A comunidade médica da Europa viu-se recentemente reforçada pelo alargamento da União Europeia, que veio proporcionar novas oportunidades e desafios. Esta publicação pretende auxiliar no processo de harmonização da actividade dos especialistas de MFR, ajudando-os a assegurar que os indivíduos portadores de deficiência ou incapacidade sejam adequadamente tratados pela especialidade, independentemente de do local onde se encontrem na nossa comunidade alargada.

1.4. Redefinição da especialidade

Os cuidados de saúde têm vindo a sofrer grandes alterações a nível europeu e nacional. São cada vez maiores as expectativas do público em geral relativamente aos cuidados de saúde, o que constitui um reflexo do debate filosófico sobre os direitos humanos e sobre as responsabilidades da sociedade, em especial relativamente à total participação dos indivíduos portadores de deficiência ou incapacidade. A prática clínica está em constante evolução, elevando os padrões clínicos e a necessidade de excelência através de um contínuo desenvolvimento, revalidação e ênfase no treino de especialidade da profissão médica. À medida que a necessidade de um maior nível de

competência aumenta, torna-se fundamental para a MFR redefinir a sua identidade, o que poderá oferecer e como poderá proporcionar melhores serviços e conhecimentos especializados, bem como no estabelecimento dos padrões de formação deverão ser requeridos aos que ingressam na especialidade. Este livro pretende servir como resposta a estas necessidades.

2. Definições

2.1. Reabilitação

O conceito de Reabilitação foi definido pela OMS como “O uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social”.² Esta definição incorpora a Reabilitação clínica mas também, acima de tudo, reforça o conceito de participação social como algo que requer uma ligação entre o ambiente social e as necessidades dos indivíduos com incapacidade, de forma a eliminar as barreiras sociais à participação, tanto a nível social como vocacional. No contexto da saúde, a Reabilitação tem sido especificamente definida como “um processo dinâmico pelo qual o indivíduo que sofreu incapacidade adquire o conhecimento e as competências técnicas necessários para uma função física, psicológica e social otimizada”.³ Esta definição contempla uma indicação mais explícita do processo iniciado pelos indivíduos com incapacidade no desenvolvimento das suas próprias actividades e coincide com a área preferencial da Reabilitação clínica.

2.2. Medicina Física e de Reabilitação

A Medicina Física e de Reabilitação na Europa é uma especialidade médica e foi definida pela Secção de MFR da UEMS como:

- Uma especialidade médica autónoma cujo objectivo reside na promoção da funcionalidade física e cognitiva, na actividade (incluindo comportamentos), na participação (incluindo a qualidade de vida) e na modificação dos factores pessoais e ambientais. É, assim, responsável pela prevenção, diagnóstico, tratamento e organização da Reabilitação dos indivíduos com patologias médicas incapacitantes e co-morbilidades em todos os grupos etários.
- Os especialistas de MFR têm uma abordagem global (holística) dos indivíduos com patologias agudas e crónicas, nomeadamente perturbações músculo-esqueléticas e neurológicas, amputações, disfunção pélvica, insuficiência cardíaco-respiratória e incapacidade devido a dor crónica e cancro.
- Os especialistas em MFR desenvolvem a sua actividade em diversos ambientes, desde as unidades de agudos até ao contexto comunitário. Utilizam instrumentos de avaliação e de diagnóstico específicos e implementam diversos tipos de tratamentos, que incluem intervenções farmacológicas, físicas, técnicas, educacionais e vocacionais. A sua formação especializada,

determina o melhor posicionamento para que assumam a responsabilidade de equipas multidisciplinares com o objectivo de atingir os melhores resultados terapêuticos.⁴

No Apêndice Ia inclui-se a descrição modular, exaustiva, da Medicina Física e de Reabilitação no contexto da CIF, presentemente em fase de discussão internacional. No Apêndice Ib inclui-se uma explicação das duas vertentes que perfazem o nome da especialidade, Medicina Física e de Reabilitação.

3. Relevância da Reabilitação para os indivíduos que sofrem de incapacidade e para a sociedade

3.1. Aspectos epidemiológicos

3.1.1. Alterações demográficas na Europa

Cerca de 10% da população da Europa Ocidental sofre de incapacidade, conforme se constatou num inquérito realizado no Reino Unido.^{5,6} A esperança de vida dos 700 milhões de europeus, dos quais 450 milhões pertencem à União Europeia, tem vindo a aumentar. A esperança de vida na Alemanha, por exemplo, aumentou quase 3 anos entre 1990 e 2000; em 2030 pensa-se que um em cada quatro alemães terá uma idade igual ou superior a 65 anos.^{7,8}

À medida que as populações envelhecem, observa-se um aumento do nível de incapacidade, que se reflecte por um aumento da sobrecarga dos cuidados, aumento dos custos dos cuidados de saúde e sociais e aumento do impacto das co-morbilidades. Há que ter em conta dois factores fundamentais:

- a sobrevida de doenças e traumatismos graves deixa um número crescente de indivíduos com problemas e défices funcionais complexos. Muitos destes indivíduos são jovens à altura do evento/lesão e sobreviverão por muitas décadas. Há numerosos exemplos, como os AVCs, a lesão cerebral traumática, os politraumatismos e o cancro pediátrico, em que a existência de cuidados agudos e de Reabilitação melhor organizados conduziu a uma maior sobrevida e melhores resultados finais;⁹⁻¹⁸
- há também uma expectativa de um melhor nível de saúde nos cidadãos europeus. Esta expectativa exerce maior pressão sobre os cuidados de saúde, incluindo os especialistas de MFR.

O tratamento das consequências da doença e do traumatismo, como seja a espasticidade decorrente de uma lesão cerebral ou da medula espinhal, implica que não só se obtém uma melhoria da qualidade de vida do doente, como se obtém ainda benefícios em termos de economia da saúde, ao reduzirem-se os gastos do tratamento destas complicações. Esta situação terá um efeito directo sobre a provisão dos cuidados, período de vida laboral e pensões.¹⁵⁻¹⁷

Especificamente, os problemas como a imobilidade, dor, nutrição, incontinência, perturbações ao nível da capacidade de comunicação, perturbações emocionais e

comportamentais, tornam-se importantes quando considerados conjuntamente com a doença sistémica e as complicações das situações incapacitantes predisponentes.

A Reabilitação é eficaz na redução da sobrecarga da incapacidade e na potenciação das oportunidades de vida para os indivíduos incapacitados. Há provas de que este serviço poderá ser menos dispendioso do que a sua não prestação.¹⁴ A prevenção de complicações da imobilidade (nomeadamente úlceras de pressão e contracturas), das lesões cerebrais (nomeadamente problemas comportamentais) e da dor (nomeadamente labilidade emocional) pode conduzir a um grande número de benefícios, para os quais existem já sólidas evidências.¹⁹

3.1.2. Epidemiologia da funcionalidade e da incapacidade

Os estudos epidemiológicos têm fundamentado a sua metodologia, tradicionalmente, em diagnósticos etiológicos. Nestes estudos começou-se agora a abordar a doença crónica como entidade, embora ainda não se tratem adequadamente os conceitos de funcionalidade, participação e qualidade de vida nos indivíduos incapacitados, como “população”.

A abordagem moderna reside em lidar com estes problemas focando a Esperança de Vida Saudável (*HALE - Healthy Life Expectancy*) e Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*DALY - Disability-Adjusted Life-Years*). Estes parâmetros correspondem a determinações sucintas do estado de saúde de uma população, combinando as informações existentes sobre mortalidade e resultados finais de saúde não fatais, de modo a representar a saúde dessa população num único valor.

Para além da incidência e prevalência das patologias mais frequentes em campo (AVC, lesões da medula espinhal, lesões cerebrais traumáticas, amputações, doenças reumáticas, outras patologias neurológicas ou músculo-esqueléticas, dor crónica, etc.), uma epidemiologia da MFR deverá ponderar:

- perda consequente de funcionalidade em termos dos parâmetros da CIF;
- história natural das funções, actividade e participação;
- necessidade de acesso a recursos para uso na Reabilitação (recursos humanos, infra-estruturas, equipamento, materiais);
- acesso aos recursos de MFR disponíveis.

Estas informações auxiliam o planeamento e priorização dos serviços à escala regional, nacional e europeia, à atribuição de orçamento para a investigação e desenvolvimento de meios de formação, ao proporcionar informações sobre a eficácia e relação custo/eficácia das intervenções da MFR.

Existem diversos relatórios onde se pode consultar a incidência e prevalência das principais situações incapacitantes detectadas na prática de MFR. No Apêndice II incluem-se alguns exemplos. A MFR está particularmente interessada no seu impacto e, num inquérito realizado recentemente em Portugal, constatou-se que 0,7% da população se encontra acamada; 0,4% pode movimentar-se em cadeira de rodas; 1,9% não vive em sua casa; 9% não consegue andar ou apresenta limitações significativas na marcha; 8,5% vê os seus movimentos limitados a transferências de cama; 6,2% não consegue ir à casa de banho sem auxílio; 8,6% necessita de ajuda a vestir-se ou a despir-se; 3,6% dos homens e 5,3% das mulheres apresentam incontinência

urinária e 2,3% apresenta dificuldades na comunicação verbal. A prevalência global de todas as incapacidades na comunidade ascende a 10%.²

Resumindo, os dados epidemiológicos disponíveis confirmam a necessidade da Reabilitação na Europa. Consequentemente, a especialidade médica de MFR pode prestar uma contribuição determinante na redução da sobrecarga da doença e proporcionar aos indivíduos incapacitados uma maior capacidade de decisão.

3.2. Modelo da Organização Mundial da Saúde sobre Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Reabilitação

A OMS publicou a sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em 2001.²⁰ Esta publicação tem-se revelado fundamental para uma melhor análise das consequências da doença e da prática da Medicina Física e de Reabilitação.

A avaliação do impacto de uma doença sobre o indivíduo quando esta é abordada na perspectiva médica é diferente da abordagem na perspectiva da Reabilitação. Da perspectiva médica ou patológica, a funcionalidade, incapacidade e saúde do doente são abordadas primariamente como consequências ou impacto de uma dada patologia ou estado de saúde.

As intervenções médicas são orientadas para o processo da doença e o objectivo final destas intervenções consiste em evitar as consequências para o indivíduo.

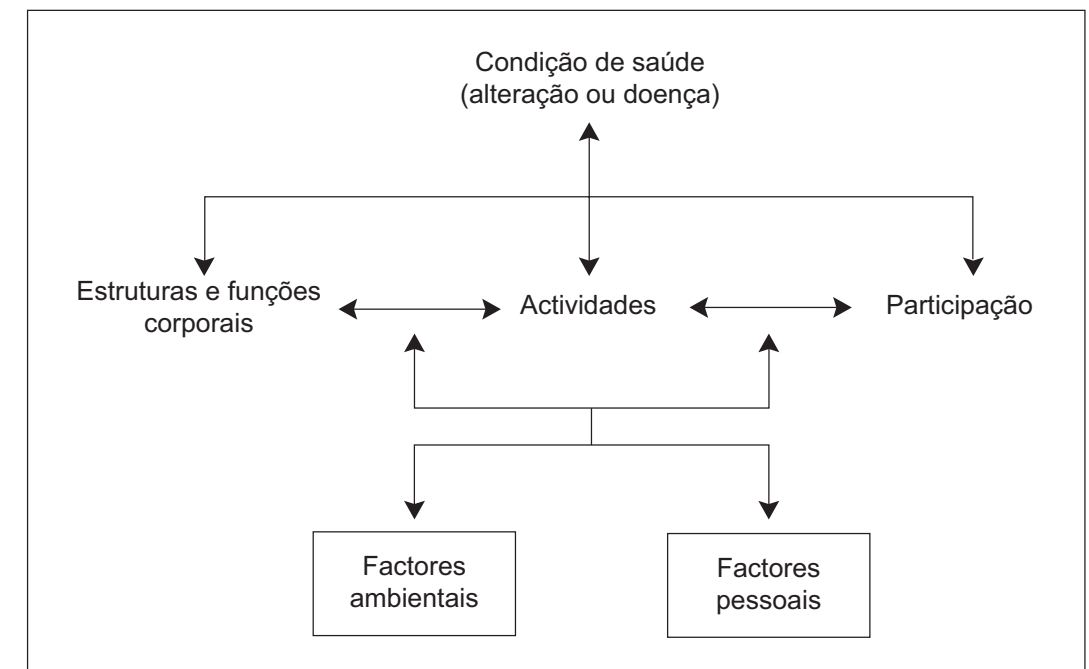


Figura 1. - Contexto actual de funcionalidade e incapacidade - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (CIF).²⁰

Tanto o estado de funcionalidade como o estado de saúde deverão ser avaliados para determinar os resultados finais relevantes para o doente de qualquer intervenção.²¹

Da perspectiva da MFR, a funcionalidade e o estado de saúde do doente apresentam-se associados não sendo uma mera consequência da doença. A funcionalidade não representa apenas um resultado final, sendo também o ponto de partida da avaliação clínica e da intervenção. É ainda importante para a gestão da qualidade. Além disso, a funcionalidade deve ser abordada à luz de uma interacção estreita com as características do indivíduo e do ambiente.²² Consequentemente, o processo de Reabilitação tem por alvo a funcionalidade, o ambiente e os factores individuais passíveis de modificação.¹¹

A Reabilitação inicia-se assim com uma compreensão aprofundada dos determinantes da funcionalidade e das suas interacções com os factores individuais e ambientais, independentemente do estado de saúde. Os componentes do modelo bio-psico-social da funcionalidade e incapacidade^{23,24}, bem como a compreensão das interacções entre estes factores, podem ser consultados na Figura 1.

O modelo bio-psico-social da funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) constitui uma base útil para esta compreensão.²⁰ Com base neste modelo, a funcionalidade dos seus componentes, *Estruturas e funções corporais*, *Actividades* e *Participação*, é abordada de forma relacionada com o estado de saúde em ponderação, bem como com os factores pessoais e ambientais (Figura 1).^{25,26} A “funcionalidade” é mais positiva do que a “incapacidade” na descrição da interacção entre um indivíduo com uma patologia e os factores contextuais (ambiente e factores individuais) desse indivíduo. A incapacidade é frequentemente utilizada como termo abrangente para incapacidades físicas, limitações nas actividades e restrições na participação.

O reconhecimento destas situações pode ajudar quando se consulta a literatura. Da perspectiva bio-psico-social aqui apresentada, a *funcionalidade* é implicitamente abordada quando se estuda a *incapacidade* e vice-versa (um exemplo nos doentes com patologias músculo-esqueléticas é indicado na Figura 2).

- *Situação clínica* é um termo abrangente para patologia, distúrbio, lesão ou traumatismo e pode incluir também outras circunstâncias, nomeadamente a senescência, stress, alterações congénitas ou predisposição genética. Pode incluir ainda informações sobre a patogénese e/ou a etiologia. Existem interacções possíveis com todos os componentes da funcionalidade, das funções e estruturas orgânicas, actividade e participação.
- Definem-se *funções orgânicas* como as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções mentais cognitivas e psicológicas. As *estruturas corporais* correspondem às partes anatómicas do organismo, nomeadamente os órgãos, os membros e respectivos componentes. As alterações funcionais, tal como as alterações estruturais, são designadas por *incapacidades*, definidas como desvio ou perda significativos (por exemplo, deformidade) das estruturas (por exemplo, articulações) ou/e funções (por exemplo, redução da amplitude de movimentos, fraqueza muscular, dor e fadiga).

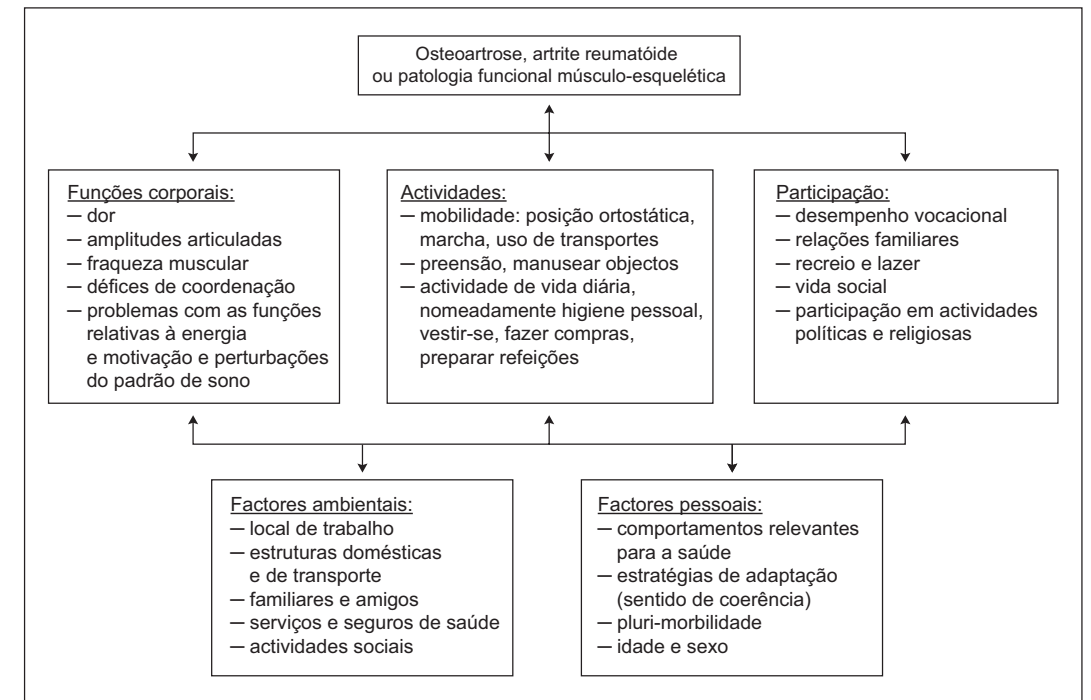


Figura 2. - Exemplo de Aplicação do Modelo CIF em Patologias Músculo-Esqueléticas.

- A *actividade* corresponde à execução de uma tarefa ou acção por um dado indivíduo e representa a perspectiva individual da funcionalidade.
- Por *participação* entende-se o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida quotidiana, representando assim a perspectiva social da funcionalidade. As dificuldades ao nível da actividade são designadas como *limitações da actividade* (por exemplo, limitações da mobilidade, nomeadamente na marcha, subir as escadas, agarrar ou transportar objectos). Os problemas que um dado indivíduo poderá sentir no seu envolvimento nas situações quotidianas são considerados *restrições à participação* (por exemplo, restrições em termos da vida comunitária, de recreação e lazer, podendo contudo envolver a marcha, quando esta é um dos aspectos da participação em termos das situações quotidianas).
- Os *factores ambientais* representam o pano de fundo completo da vida e da situação de um dado indivíduo. Nos factores contextuais, os factores ambientais perfazem o ambiente físico, social e de postura, no qual o indivíduo vive e conduz a sua vida. Estes factores são externos aos indivíduos e podem exercer uma influência positiva ou negativa, ou seja, podem representar um facilitador ou uma barreira para o indivíduo em causa.
- Os *factores pessoais* são o pano de fundo específico da vida e situação de um dado indivíduo e abrangem características que não estão integradas no estado de saúde, nomeadamente o sexo, idade, raça, forma física, estilo de vida, hábitos e grupo sócio-económico. Os factores de risco deverão assim

ser descritos tanto em termos de factores individuais (por exemplo estilo de vida, carga genética) como de factores ambientais (nomeadamente barreiras arquitectónicas, condições de vida e de trabalho). Os factores de risco não só se encontram associados ao aparecimento da incapacidade, como interagem, em todas as fases, com o processo incapacitante.

A Medicina Física e de Reabilitação tem em vista a promoção pluriprofissional da funcionalidade do indivíduo.^{27,28} Depende, assim, de uma avaliação e compreensão completas da funcionalidade do indivíduo.

Foram acordados, internacionalmente, Conjuntos Nucleares da CIF para as diferentes situações de saúde.²⁹⁻³¹ Estes incluem o mínimo possível de domínios da CIF necessários em termos práticos, mas os necessários para serem suficientemente abrangentes para descrever o espectro típico de problemas de funcionalidade nos doentes afectados pelas diversas situações específicas. Estes parâmetros são utilizados em avaliações exaustivas, multidisciplinares, ou em estudos clínicos. Consequentemente, é possível utilizar um registo da CIF em combinação com os Conjuntos Nucleares da CIF para melhorar o sistema de relatórios e documentação internos e estruturar os cuidados pluridisciplinares.^{32,33}

3.3. Aspectos éticos e direitos humanos

3.3.1. Incapacidade e direitos humanos

Historicamente, pensou-se sempre que seria suficiente proporcionar cuidados de saúde aos indivíduos incapacitados. Contudo, nos últimos 20 anos, tem-se assistido a uma mudança de filosofia na Europa, no sentido de considerar os indivíduos incapacitados como cidadãos em plenitude, tanto em termos de autonomia como de direitos humanos. É este o espírito do *Standard for Human Rights* das Nações Unidas, que conduziu à elaboração de legislação para evitar discriminações fundamentadas na incapacidade.

A declaração das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos³⁴ refere que o indivíduo incapacitado não deve ser objecto de cuidados (nem considerado como “doente”) durante toda a vida. É sim um cidadão com necessidades especiais associadas a uma incapacidade específica. Estas necessidades deverão ser proporcionadas pela sociedade, embora num contexto de “normalidade”. A participação é fundamental e um dos seus aspectos centrais reside no acesso à sociedade. Esta participação inclui o acesso físico a todas as áreas e edifícios públicos e privados, bem como aos transportes públicos, informações, etc. Em muitos países europeus criou-se regulamentação sobre acessibilidade na construção dos edifícios públicos. A Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou o desenvolvimento dos *Standards* das NU em Dezembro de 1993 e está presentemente a desenvolver uma convenção para proporcionar aos indivíduos incapacitados níveis de participação e igualdade completos. Este movimento tem-se revelado importante no estabelecimento dos princípios fundamentais.

O Conselho da Europa publicou ainda uma série de relatórios e documentos sobre os direitos humanos dos indivíduos incapacitados. Este organismo viabilizou, especificamente, uma declaração dos Ministros Europeus responsáveis pelas Políticas

de Integração dos Indivíduos Incapacitados, que se reuniram em Málaga em 2003.³⁵ Os seus objectivos são:

- melhorar a qualidade de vida dos indivíduos incapacitados e das suas famílias durante a próxima década;
- adoptar medidas destinadas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos incapacitados, que deverão ser fundamentadas numa avaliação adequada da sua situação, do seu potencial e das suas necessidades;
- desenvolver um plano de acção tendo por fim atingir estes objectivos;
- proporcionar igualdade de acesso ao emprego, como elemento fundamental na participação social;
- adoptar abordagens inovadoras, uma vez que os indivíduos com incapacidades físicas, psicológicas e intelectuais tendem a viver mais tempo;
- criar actividades que permitam um bom estado de saúde física e mental nas fases mais tardias da vida;
- reforçar as estruturas de suporte em torno dos indivíduos incapacitados que necessitam de apoio exaustivo;
- promover a provisão de serviços de qualidade;
- desenvolver programas e recursos que satisfaçam as necessidades dos indivíduos incapacitados.

Em 2005, a Assembleia Mundial da Saúde adoptou uma Resolução sobre “Incapacidade, incluindo Prevenção, Tratamento e Reabilitação” (Resolução 58.23 da Assembleia Mundial de Saúde). Nesta declara-se que, entre outras situações, os estados membros deverão:

- participar em actividades de prevenção da incapacidade;
- promover e reforçar os programas de Reabilitação baseados na comunidade, associados aos cuidados primários de saúde e integrados nos sistemas de saúde;
- facilitar o acesso à tecnologia de assistência apropriada e promover o seu desenvolvimento e outros meios que encorajem a inclusão dos indivíduos incapacitados na sociedade;
- investigar e pôr em prática as acções mais eficazes para prevenção das incapacidades;
- assegurar a provisão de cuidados médicos adequados e eficazes para os indivíduos com necessidades especiais e facilitar o seu acesso a cuidados que incluam próteses, cadeiras de rodas, auxiliares de condução e outros;
- investigar e implementar as medidas mais eficazes na prevenção das incapacidades em colaboração com as comunidades e com outros sectores.

Adicionalmente, pede-se ainda ao Director Geral que:

- intensifique a colaboração com a Organização no sentido de potenciar a qualidade de vida e promover os direitos e a dignidade dos indivíduos incapacitados;
- proporcione suporte aos Estados Membros no reforço dos programas nacionais de Reabilitação;

- proporcione apoio aos estados membros na recolha de dados de maior fiabilidade em todos os aspectos relevantes, incluindo a eficácia, em termos de custos, das intervenções destinadas à prevenção das incapacidades, à Reabilitação e aos cuidados;
- reforce adicionalmente o trabalho de colaboração no contexto das Nações Unidas e com os Estados Membros, organizações não-governamentais (ONG), incluindo as organizações de indivíduos incapacitados;
- promova estudos sobre a incidência e a prevalência de incapacidades como base da formulação de estratégias de prevenção, tratamento e Reabilitação.

Foi também criada, em vários países europeus, legislação sobre os *Direitos dos Indivíduos Incapacitados*.^{36,37} Alguns possuíam já legislação de há longa data com uma política geral sobre Reabilitação dos indivíduos com incapacidade (França, por exemplo, possui Legislação para Pessoas Incapacitadas desde 1975), mas a maioria dos países só promulgou legislação anti-discriminatória nos últimos 15 anos, nomeadamente a *Legislação para a Igualdade de Oportunidades para Indivíduos Incapacitados* (Alemanha), a *Lei de Estruturação* (Itália), *Legislação Constitucional* (Finlândia), *Legislação sobre Provisionamento dos Direitos dos Indivíduos Incapacitados* (Hungria, 1998), *Saúde para Todos 2004* (Eslovénia), *Legislação sobre a Discriminação na Incapacidade* 1996 (Reino Unido), *Para a Inclusão* 2001 (Reino Unido), etc. Todas estas legislações encontram-se assimiladas na prática da MFR e são apoiadas pelos especialistas de MFR.

3.3.2. Questões relacionadas com o sexo, raça, cultura, religião e orientação sexual

A liberdade de acesso à Reabilitação e à participação social sem qualquer espécie de discriminação é fundamental à provisão e prática da Reabilitação. Os especialistas de MFR são sensíveis às pressões a que os indivíduos são sujeitos em virtude do seu sexo, raça, cultura, religião e orientação sexual. Estas pressões poderão influenciar a capacidade de adaptação ao afectar a auto-imagem física, o estado psicológico e o bem-estar. Na Reabilitação pretende-se uma abordagem holística que suporte um estilo de vida independente e, para muitos, os aspectos religiosos e espirituais desempenham um papel importante no processo de Reabilitação.

Existem já programas nas infra-estruturas de Reabilitação para encorajar a igualdade de acesso, por exemplo, para auxiliar mães na participação nos programas de Reabilitação.

3.3.3. Direito à reabilitação

O acesso à Reabilitação constitui um direito humano fundamental. A legislação europeia é clara na indicação de que os indivíduos incapacitados devem ter acesso a uma Reabilitação apropriada. Consequentemente, todos os profissionais relacionados com os processos de Reabilitação, incluindo os especialistas de MFR, deverão receber um nível apropriado de habilitações e formação. A MFR desempenha um papel importante nesta provisão, nomeadamente na consultoria para o desenvolvimento dos serviços e na participação com organismos governamentais e organizações não-governamentais. A MFR é também responsável pelo apoio às organizações de

e para os indivíduos incapacitados, de forma a obter esta igualdade de acesso à Reabilitação e de integração social. Este papel é importante porque a obtenção de direitos humanos totais e a prevenção da discriminação requerem um maior nível de actividade e desenvolvimento. Esta situação é abordada pela Secção de MFR da *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) (ver ponto 6.4).

O Conselho da Europa propôs a elaboração de legislação relativamente aos direitos dos incapacitados que abrange, essencialmente, o seguinte:³⁷

- prevenção da incapacidade e educação na saúde;
- identificação e diagnóstico;
- tratamento e auxiliares terapêuticos;
- educação;
- orientação e treino vocacional;
- emprego;
- integração social e ambiente;
- protecção social, económica e legal;
- treino dos indivíduos envolvidos na Reabilitação e na integração social dos incapacitados;
- informação;
- estatísticas e investigação.

A Regra 3 dos Padrões das NU³⁸ refere que “os governos deverão desenvolver os seus próprios programas de Reabilitação para todos os grupos de indivíduos incapacitados”. Estes programas deverão fundamentar-se nas necessidades dos indivíduos incapacitados e nos princípios da participação e igualdade totais. Todos os indivíduos que necessitam de Reabilitação deverão ter acesso ao serviço. Este acesso deve estender-se aos indivíduos com grandes incapacidades ou incapacidades múltiplas. Os governos deverão tirar partido dos conhecimentos e capacidades das organizações de indivíduos incapacitados, sempre que se desenvolvam ou avaliem estes programas de Reabilitação”. Infelizmente, este padrão só é cumprido parcialmente na maioria dos países europeus, o que constitui um desafio tanto para os médicos de MFR como para a sociedade em geral. A prática de MFR não se baseia num modelo clínico monolítico, mas tem em conta os aspectos sociais e aborda a situação de uma forma holística. Esta prática fundamenta-se num modelo bio-psico-social que apresenta uma continuidade de cuidados, tendo em conta factores pessoais e ambientais. Proporciona maior capacidade de decisão pessoal aos utilizadores, contribuindo assim para uma participação completa em todos os aspectos da vida.

Apesar da confirmação dos direitos humanos tanto pelo *International Year for Disabled People* (1981) como pelo *European Year for People with Disabilities* (2003), o acesso à Reabilitação após lesão ou doença continua a ser um problema. Esta situação deve-se em parte à falta de recursos e de informação por parte dos indivíduos incapacitados e à organização inadequada dos serviços, o que resulta num desfasamento entre a provisão e as necessidades. A participação de muitos dos indivíduos incapacitados é dificultada pelas atitudes tradicionais da sociedade, mas a melhoria da saúde e educação dos indivíduos incapacitados de forma a potenciar a sua

participação requer mais atenção e a MFR pode desempenhar um papel considerável neste campo.

3.3.4. Questões éticas sobre a reabilitação relacionada com a saúde

Os indivíduos incapacitados devem participar activamente na criação e no desenvolvimento dos serviços de Reabilitação. Um exemplo da sua inclusão no processo da equipa de Reabilitação encontra-se referido no programa *HELIOS* (1990-96), cujo objectivo residia em melhorar as possibilidades dos “Indivíduos Incapacitados na Europa com Vida Independente numa Sociedade Aberta”. Um dos grupos de trabalho produziu as seguintes recomendações para boas práticas na Reabilitação:

- o indivíduo com incapacidade deve encontrar-se no centro de uma abordagem pluriprofissional e deverá fazer opções informadas relativamente ao seu tratamento. O indivíduo incapacitado deverá ter uma participação total no processo e tem o direito de aceder aos serviços independentemente do tipo de incapacidade, idade, sexo, religião, origem étnica, domicílio e recursos financeiros;
- o envolvimento familiar deve ser incluído, sempre que apropriado;
- as medidas continuadas e coordenadas deverão permitir um retorno ao ambiente normal e à vida social e profissional escolhida;
- as estratégias de Reabilitação devem ser objecto de avaliações fundamentadas no utilizador.

Todos os departamentos de Reabilitação, programas e práticas deverão formular de forma clara os planos operacionais que têm em conta a ética e os direitos humanos, de forma a:

- tratar os doentes com dignidade e respeito em todos os momentos;
- proporcionar informações acessíveis aos doentes, para facilitar a tomada de decisões;
- obter consentimento informado e permitir a recusa informada;
- determinar a capacidade do doente para tomar decisões competentes;
- proteger a privacidade e confidencialidade do doente;
- proibir os abusos físicos e psicológicos;
- ser sensível às crenças culturais, religiosas e outras bem como diferentes práticas terapêuticas;
- eliminar as barreiras arquitectónicas, comportamentais, de comunicação, no local de trabalho e outras que impedem a funcionalidade adequada destes indivíduos.

3.4. Reabilitação e Sistemas de Saúde

O acesso aos serviços de Reabilitação e a subvenção destes serviços variam de um país para o outro e dependem dos sistemas de cuidados de saúde e dos sistemas sociais. Os responsáveis por estes sistemas incluem políticos, responsáveis pelo planeamento e organizações, que subsidiam os cuidados de saúde e sociais, os grupos de auto-ajuda e outros grupos na comunidade.

Os subsídios determinados localmente são responsáveis pelas diferenças de acesso à Reabilitação aguda e de manutenção e, nalguns países, os serviços médicos das companhias de seguros decidem o acesso à Reabilitação, em especial quando se trata de Reabilitação de manutenção. Noutros casos e na Reabilitação aguda é o clínico geral e outros especialistas clínicos que enviam os doentes aos centros de Reabilitação. Noutros países ainda, o doente pode dirigir-se directamente aos hospitais de Reabilitação. Os médicos de cuidados primários podem autorizar, nalguns estados, o recurso a especialistas em ambulatório embora, noutros, se considere aceitável a auto-referenciação. A diversidade dos sistemas nacionais de saúde na Europa impede uma descrição pormenorizada de cada um, sendo que cada estado membro poderá proporcionar as informações necessárias.

A estrutura dos serviços de Reabilitação difere por toda a Europa e a sua provisão é pouco uniforme. Os especialistas de MFR são, em muitos países, pouco numerosos. Embora a especialidade tenha um bom perfil a nível europeu, existem grandes diferenças no número de especialistas por cada país, no seu papel no sistema de saúde e nas suas condições de trabalho. No Apêndice III indica-se a variação nos números de especialistas por país e, embora esteja ainda por estabelecer qual o número ideal de especialistas de MFR por unidade de população na Europa denota-se claramente uma disparidade entre os vários estados.

3.5. Objectivos e resultados da Reabilitação

O potencial de Reabilitação de um indivíduo (ou seja, a sua capacidade de beneficiar da Reabilitação) não pode ser formulado sem conhecer a história natural da sua situação. Alguns recuperam espontaneamente, pelo que uma intervenção precoce pode dar a falsa impressão de que o tratamento foi eficaz.³⁹⁻⁴¹ Por outro lado, para muitos, a falta de acesso à Reabilitação reduzirá o seu nível eventual de independência e de qualidade de vida.⁴¹

Nos estudos controlados, em que estes factores são tidos em conta, foi demonstrado que a intervenção precoce tende a apresentar-se associada a uma melhoria dos resultados finais eventuais, à obtenção – ou não – de uma recuperação total e mesmo uma intervenção retardada ou tardia poderá proporcionar benefícios úteis.^{42,43}

O objectivo global da Reabilitação reside em permitir aos indivíduos incapacitados conduzir a vida que desejam, no contexto de eventuais restrições inevitáveis impostas pelas incapacidades resultantes de doenças ou lesões. Na prática, esta situação é atingida por uma combinação de medidas para:

- suplantando ou criando soluções para as suas incapacidades;
- remover ou reduzir as barreiras à participação nos ambientes escolhidos pelo indivíduo;
- suportar a sua reintegração na sociedade.

Uma vez que se trata de um processo centrado no doente, considera-se apropriado otimizar tanto a actividade como a participação.

O plano de Reabilitação deverá, conseqüentemente, ter em conta os desejos e os recursos do indivíduo, o prognóstico do seu problema médico incapacitante, a natureza das suas incapacidades físicas e cognitivas e a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos e técnicas que deverão permitir potenciar os seus níveis de actividade e de participação. É, além disso, necessário avaliar a extensão a que as barreiras do ambiente à participação (resultantes do próprio ambiente ou do comportamento de terceiros) poderão ser minoradas. Por último, haverá que determinar se os recursos se encontrarão disponíveis para implementar o plano. A demonstração do bem-estar e da participação social do indivíduo constitui uma característica importante do resultado final fundamental da Reabilitação centrada no doente.⁴³

O bem-estar constitui provavelmente um indicador mais seguro do sucesso do que a qualidade de vida, dado que os objectivos expressos para a Reabilitação deverão reflectir os desejos exclusivos do indivíduo, embora diferentes indivíduos possam ter diferentes objectivos perante situações amplamente semelhantes. Muitas das determinações actuais da qualidade de vida determinam implicitamente a relevância de factores objectivos específicos, como sejam a capacidade de subir escadas, que poderá não ter a mesma importância relativa para todos os indivíduos incapacitados.

A Reabilitação proporciona a possibilidade de reduzir a sobrecarga decorrente da incapacidade, tanto para o indivíduo como para a sociedade. A Reabilitação demonstrou ser eficaz na potenciação da funcionalidade e independência do indivíduo, ao proporcionar um melhor nível de actividade, melhor saúde e redução das complicações e dos efeitos das co-morbilidades. Esta situação beneficia o indivíduo e a sociedade ao incluir uma maior autonomia pessoal bem como ao melhorar as oportunidades de emprego e de outras actividades ocupacionais. Embora existam muitos factores sociais envolvidos no regresso à vida independente e ao ambiente profissional, a MFR pode preparar o indivíduo e a família/prestadores de cuidados, a tirar o máximo partido das oportunidades disponíveis.

A Reabilitação demonstrou ser eficaz não só na potenciação da funcionalidade do indivíduo e da sua independência, bem como na redução dos custos da dependência.⁴⁴ Foi demonstrado que o dinheiro despendido na Reabilitação é recuperado, calculando-se níveis até 17 vezes mais económicos.⁴⁵⁻⁴⁷

Ao nível individual, é essencial determinar os resultados para avaliar a eficácia das intervenções e dos serviços específicos de Reabilitação. Estas determinações dos resultados finais deverão relacionar-se directamente com os objectivos específicos abordados no plano de Reabilitação. A avaliação da Reabilitação apresenta diferenças fundamentais relativamente às avaliações dos tratamentos médicos orientados para a doença, destinados a limitar a patologia ou a curar a doença. A Reabilitação pode ser obtida com êxito em condições em que não se registre recuperação biológica e, efectivamente, em condições de deterioração intermitente ou progressiva. Nestas últimas, poderá ser necessário proporcionar Reabilitação num programa continuado que permita ao doente manter níveis de participação e bem-estar que não seriam, de outro modo, obtidos. A realização de auditoria dos serviços deverá ser prática padrão.

4. Princípios da Medicina Física e de Reabilitação

4.1. Processos de aprendizagem como princípios básicos da Medicina Física e de Reabilitação

A aprendizagem constitui uma parte moderna do processo de Reabilitação. O especialista de MFR é um professor, em especial quando os novos conceitos de adaptação (por ex., plasticidade) e de aprendizagem motora têm de apoiar os programas de Reabilitação. Os especialistas de MFR têm de conhecer os princípios da adaptação e plasticidade e compreender os fundamentos teóricos dos princípios do ensino e aprendizagem.⁴⁷

O conhecimento destes princípios poderá ajudar a desenvolver estratégias para potenciar os resultados finais e evitar a adaptação inadequada. Os conceitos modernos efectivos da aprendizagem e recuperação motora são desenvolvidos com o objectivo de induzir a aquisição de técnicas relevantes para a vida quotidiana do doente. Esta abordagem é benéfica na prevenção da aprendizagem de um fenómeno de não-utilização e na restauração da função. Um programa demasiadamente intensivo poderá ser, contudo, nefasto.⁴⁸ A aprendizagem envolve, frequentemente, instruções relacionadas com “como fazer” ou “como desempenhar uma determinada tarefa”. Contudo, mesmo sem qualquer instrução explícita, o indivíduo tem a capacidade de compreender como deve agir, simplesmente com base na aprendizagem implícita.

Pensa-se que as aprendizagens explícita e implícita se encontram associadas a vias neuronais diferentes. O processo de aprendizagem implícita é mais robusto perante lesões neurológicas, em especial nos casos em que a memória foi afectada com gravidade. Embora a primeira abordagem seja presentemente a mais utilizada, os procedimentos de aprendizagem explícita e implícita têm potencial em todos os aspectos da Medicina Física e de Reabilitação.⁴⁹

4.2. Objectivos da Medicina Física e de Reabilitação

A Medicina Física e de Reabilitação tem como principal objectivo a optimização da participação social e da qualidade de vida. Esta optimização envolve geralmente uma ajuda ao indivíduo para que decida e atinja os níveis e padrão de autonomia e independência que deseja, incluindo a participação em actividades vocacionais, sociais e recreativas, consistentes com os seus direitos humanos.⁴⁹

A Medicina Física e de Reabilitação é eficaz em cinco vertentes:

- tratamento da patologia subjacente;
- redução do défice e/ou incapacidade;
- prevenção e tratamento de complicações;
- melhoria da funcionalidade e actividade;
- facilitação da participação.

Todas estas actividades têm em conta o contexto pessoal, cultural e ambiental do indivíduo, de acordo com os princípios da CIF (ver ponto 3.2).

A Reabilitação é um processo contínuo e coordenado, que se inicia com o aparecimento de uma doença ou lesão e que evolui até que o indivíduo desempenhe um papel na sociedade consistente com as suas aspirações e desejos para a vida.

4.3. A equipa de Reabilitação

4.3.1. Trabalho de equipa na reabilitação

O processo de Reabilitação é uma actividade pluriprofissional,⁴ que depende de uma boa comunicação entre a equipa e das capacidades individuais dos profissionais envolvidos. Para que funcione, a equipa deve estabelecer objectivos de Reabilitação claros para o doente, relativamente aos quais tanto o doente como os seus entes mais próximos possam ter uma participação activa. O valor do trabalho de equipa neste contexto reside na possibilidade do resultado do trabalho da equipa ser superior à soma dos trabalhos individuais dos profissionais. O trabalho de equipa produz melhores resultados na partilha de conhecimentos e de sobrecarga de trabalho. As fronteiras entre os papéis dos membros da equipa são razoavelmente esbatidas e as equipas de sucesso contam com a contribuição de todos os intervenientes, independentemente das fronteiras profissionais. A maioria das equipas de Reabilitação para tratamento da incapacidade física incluirá um núcleo básico de profissionais e de outros intervenientes para responder a necessidades específicas.

4.3.2. Equipa de reabilitação pluriprofissional

As equipas de Reabilitação médica especializadas são geridas por um especialista em MFR. Trata-se de mais do que uma simples colecção de diferentes profissionais de saúde, pois os membros da equipa actuam como parte de uma equipa pluriprofissional compreendendo adequadamente os papéis e valores dos seus colegas. A equipa trabalha com o indivíduo incapacitado e com a sua família, estabelecendo metas de tratamento apropriadas, realistas e atempadas, no contexto de um programa de Reabilitação global coordenado. Os objectivos são ajustados ao longo do tempo e em conformidade com a progressão. Estes objectivos serão centrados no doente e não são estabelecidos com base em disciplinas independentes. A equipa não perguntará: “Quais são os objectivos da terapia ocupacional esta semana?” mas sim “Quais são os objectivos do doente esta semana e de que modo a T.O. poderá ajudar a que sejam alcançados?” Deste modo, a Reabilitação poderá potenciar a funcionalidade e participação do doente ao proporcionar uma fonte coordenada de informação, aconselhamento e tratamento para o indivíduo incapacitado e para a sua família, em que a equipa desempenha o papel de prestador e catalisador.

A cooperação na equipa de Reabilitação é assegurada por uma comunicação de equipa estruturada e por conferências regulares de equipa. O diagnóstico, o impacto funcional sobre a funcionalidade e as actividades, bem como a capacidade do doente em participar na sociedade serão discutidos de forma sistemática, no decurso da comunicação dos possíveis riscos e prognóstico da doença. Os objectivos a curto e longo prazo do processo de Reabilitação serão acordados, planeando-se as intervenções apropriadas. As avaliações dos membros da equipa serão incorporadas no plano de Reabilitação elaborado por escrito. O plano de Reabilitação será revisto com regularidade.

4.3.3. Cooperação pluri-disciplinar na reabilitação

A estreita cooperação entre as especialidades médicas poderá revelar-se necessária na Reabilitação especializada, na qual é necessário tratar diversas incapacidades e as suas perdas funcionais consequentes. Os especialistas deverão acordar numa estratégia comum, que incorporará as suas intervenções nos momentos adequados, em vez de abordar tratamentos isolados numa sequência *ad-hoc*. O contacto regular directo entre os especialistas médicos é necessário para conseguir uma abordagem comum à estratégia global de tratamento.

Os especialistas de MFR deverão ser envolvidos logo que possível na Reabilitação aguda, participando mesmo na unidade de cuidados intensivos.⁵⁰ De modo idêntico, poderá ser necessária uma contribuição continuada de outros especialistas médicos na enfermaria de Reabilitação aguda, que possam auxiliar no processo de Reabilitação pelas suas próprias intervenções especializadas (por exemplo, encerramento de traqueotomia nos doentes em recuperação do recurso à ventilação assistida). Na Reabilitação posterior e na Reabilitação dos indivíduos com incapacidades prolongadas, é também necessária a cooperação com o médico de cuidados primários e com outros especialistas médicos.

Na fase inicial do tratamento do doente torna-se necessário decidir quem orientará o processo de tratamento. Esta situação sofrerá alterações à medida que o doente progride de uma fase para outra mas, quando se coloca a ênfase na Reabilitação e não na reanimação ou no tratamento médico/cirúrgico agudo, o especialista de MFR deverá liderar o processo de tomada de decisões.

4.4. Medicina Física e de Reabilitação nas diferentes fases do processo de Reabilitação

4.4.1. Medicina física e de reabilitação na fase aguda e pós-aguda

A Reabilitação nas primeiras fases de recuperação de uma doença ou lesão grave é significativamente auxiliada por um ambiente apropriado, no qual os receios e ansiedades dos doentes possam ser abordados. Nas primeiras semanas, a capacidade de proporcionar atenção continuada a um programa de treino ou de fazer esforços físicos poderá apresentar-se relativamente limitada. Apesar disso, tem-se observado que o simples acto de transferir um doente com lesões cerebrais de uma enfermaria cirúrgica ou neurocirúrgica muito activa para a atmosfera mais calma e silenciosa de uma enfermaria de Reabilitação apresenta frequentemente um efeito terapêutico, melhorando a capacidade de atenção e de cognição e reduzindo os níveis de agitação. Estes benefícios consideram-se importantes *per se*, para além de serem pré-requisitos essenciais para a obtenção de uma resposta óptima à Reabilitação.⁵¹

As tensões das enfermarias gerais de cuidados agudos poderão tornar difícil, às equipas de Reabilitação pluriprofissionais, o tratamento dos doentes com necessidades complexas e, na ausência deste tratamento, as tentativas de alívio dos sintomas como a ansiedade e agitação com medicamentos poderá mascarar os sintomas a curto prazo, retardando a recuperação das funções cognitivas necessárias à Reabilitação.

Seguem-se alguns exemplos ilustrativos dos tipos de problemas com que lidam os especialistas de MFR: As intervenções precoces podem evitar o desenvolvimento de complicações secundárias na sequência de doença ou traumatismo.

Caso clínico 1. - Homem de 25 anos de idade, com lesão cerebral traumática grave na sequência de um acidente de trânsito. As incapacidades demonstradas incluem confusão, desorientação, agitação e incapacidade de deglutir. Encontrava-se conseqüentemente em grave risco de desenvolver pneumonia de aspiração potencialmente fatal, que poderia dificultar ainda mais a recuperação da sua função cerebral. O doente desenvolveu rapidamente, além disso, contracturas dos membros inferiores como resultado de imobilização e de hiperactividade muscular (espasticidade).

A implementação de um processo de Reabilitação apropriado e coordenado, assegurou que fosse fornecido ao doente um ambiente calmo e ajudou à comunicação e compreensão da sua situação. O tratamento procurou reduzir o nível de ansiedade através de uma abordagem terapêutica do comportamento. Foi colocada uma sonda alimentar por gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para evitar a pneumonia de aspiração e assegurar uma nutrição adequada. O tratamento das contracturas incluiu a redução da espasticidade, fisioterapia e aplicação de talas em série. Após vários meses de Reabilitação intensiva o doente conseguiu voltar a casa com melhorias comportamentais. A sua capacidade de deglutir recuperou, conseguindo comer normalmente, pelo que o PEG foi removido. Recomeçou a andar e, posteriormente, conseguiu voltar a ter um emprego remunerado.

Caso clínico 2. - Indivíduo com 52 anos de idade com diabetes *mellitus* Tipo 2, gangrena do pé e amputação transtibial. Recebeu aconselhamento pré-operatório para ajudar a lidar com as alterações previstas para o seu corpo e estilo de vida. Este processo incluiu medidas de preparação para lidar com as alterações sensoriais, de auto-imagem corporal e de equilíbrio, e permitir-lhe iniciar a Reabilitação.

A fisioterapia foi iniciada numa fase precoce do pós-operatório, com terapia respiratória e prevenção da trombose e de contracturas. Foi prestada atenção à obtenção de um coto adequado, aplicação de ligaduras e redução do edema do coto. O doente recomeçou a andar com uma prótese temporária e foi alvo de medições para a realização de uma prótese permanente. Discutiu-se esta situação com o doente, abordando-se o nível e natureza das suas necessidades físicas e os seus objectivos. Foi ponderada a possível necessidade de adaptações domésticas, do local de trabalho ou do automóvel. Estudaram-se a deslocação no parque de estacionamento do local de trabalho, as distâncias percorridas no trabalho e outros factores relevantes, nomeadamente em actividades de lazer e familiares. O doente aprendeu a tratar do coto e das próteses. Três meses após a amputação, o doente era independente em termos de cuidados próprios, incluindo a monitorização do membro residual. Conseguiu regressar ao trabalho e será acompanhado vitaliciamente.

Caso clínico 3. - Mulher com 70 anos de idade com OA da anca, submetida a colocação de prótese total da anca. À altura não conseguia andar, tomar banho/ duche ou calçar-se. Não conseguia conduzir. O tratamento pós-operatório pelo Departamento de MFR consistiu em fisioterapia intensiva, bem como exercícios domésticos, para ajudar a locomoção tanto dentro como fora de casa. Permitiram-lhe que voltasse a conduzir ao fim de algumas semanas; a terapia ocupacional resolveu, com êxito, as suas actividades

quotidianas. Recebeu aconselhamento sobre o seu programa pós-operatório para que o pudesse continuar em casa. O seu ambiente doméstico foi posteriormente estudado e adaptado, o que permitiu à doente uma vida independente.

4.4.2. Reabilitação de manutenção em condições estáveis, incapacitantes crónicas e em condições de deterioração progressiva

As outras vias principais do trabalho dos especialistas de MFR são a manutenção e a melhoria da funcionalidade e a evitação das complicações previsíveis e preveníveis nas condições estáveis, incapacitantes crónicas e de deterioração progressiva. Nalguns países da Europa (por exemplo, Áustria, Alemanha, Itália, Polónia) a Reabilitação durante a hospitalização ou na clínica, em ambulatório, desempenha um papel importante no tratamento das patologias crónicas, nomeadamente alterações músculo-esqueléticas crónicas ou neuromusculares, circulatórias crónicas, respiratórias e metabólicas, bem como doenças cutâneas e urológicas ou patologias ginecológicas. Os cursos intermitentes de Reabilitação intensiva poderão ser igualmente utilizados para combater a perda de funcionalidade, mesmo que tenham decorrido vários anos após a situação aguda.¹⁷

As medidas de Reabilitação de manutenção nas situações crónicas têm como principais objectivos as melhorias na funcionalidade do indivíduo afectado e um aumento das suas actividades. Tais medidas abrangem igualmente questões associadas à participação, nomeadamente no regresso ao trabalho ou na evitação da passagem precoce à reforma por questões de saúde. Os métodos utilizados incluem fisioterapia, treino, dieta, intervenções psicológicas e educação para a saúde. E eficácia clínica e os efeitos socioeconómicos positivos foram demonstrados em estudos de seguimento realizados em regime aberto, e em estudos controlados.^{52,53} Os programas de saúde pluriprofissionais sistemáticos demonstraram ser igualmente eficazes.

4.5. Efeitos da não implementação da Reabilitação

O potencial de Reabilitação de um determinado indivíduo não pode ser considerado isoladamente por comparação ao que teria sido o resultado final sem Reabilitação. A questão que o especialista em Reabilitação tenta abordar é “beneficiará o doente do programa de Reabilitação de um modo que não teria ocorrido caso a recuperação tivesse sido deixada ao acaso?”. A história natural da incapacidade e dos défices e desvantagens conseqüentes desempenham um papel fulcral no resultado final eventual após a Reabilitação. Algumas situações recuperam espontaneamente e uma intervenção precoce poderá projectar a impressão falsa de que a terapêutica foi eficaz.^{39,40} Por outro lado, a intervenção precoce poderá apresentar-se associada a uma melhoria dos resultados mesmo quando não se verifica uma recuperação total.⁵³

A vida do indivíduo com incapacidade persistente e da sua família pode ser melhorada pela Reabilitação mas, acima de tudo, há que ter em conta que a não recorrência à Reabilitação poderá traduzir-se numa redução da independência funcional e da qualidade de vida.⁵⁴ No hospital de cuidados agudos, muitos

problemas passíveis de correcção, nomeadamente a nível de nutrição, capacidade de deglutição, questões de mobilidade e equipamento poderão não ser abordados, uma vez que o foco incidirá inevitavelmente no tratamento da incapacidade primária. É nestas situações que os especialistas de MFR podem ajudar a evitar complicações e assegurar um nível óptimo de funcionalidade.⁵⁵ Na ausência de Reabilitação poderão ocorrer complicações e perda de função, com o conseqüente atraso na atribuição de alta hospitalar. Os serviços de saúde têm ainda a obrigação estatutária de proporcionar serviços de Reabilitação que satisfaçam as necessidades de saúde de todos os doentes.^{56, 57}

As situações seguidamente referidas poderão ocorrer, em diversas situações, na ausência de Reabilitação:

- imobilização, incluindo fraqueza muscular, insuficiência cardio-respiratória, perda de massa muscular, úlceras de pressão, espasticidade, contracturas e osteoporose;
- dor;
- problemas nutricionais;
- problemas de deglutição;
- problemas vesicais e intestinais (obstipação e incontinência);
- problemas de comunicação;
- problemas cognitivos e incapacidade de beneficiar da aprendizagem;
- problemas emocionais e comportamentais;
- estado geral de saúde deficiente e patologias sistémicas decorrentes de várias causas, por exemplo das vias urinárias, problemas cardio-respiratórios, diabetes *mellitus*;
- complicações de patologias subjacentes.

A Medicina Física e de Reabilitação deve permanecer envolvida no acompanhamento dos doentes à medida que estes retomam a sua vida na comunidade, de forma a evitar:

- problemas de saúde secundários e isolamento social;
- que os prestadores dos cuidados fiquem exaustos pela sobrecarga de trabalho, com a conseqüente falência da situação doméstica;
- que os clínicos gerais ou os assistentes sociais sejam requisitados desnecessariamente;
- a necessidade de voltar a recorrer aos serviços de urgência hospitalar;
- colocações desnecessárias em infra-estruturas de cuidados residenciais ou de enfermagem;⁸
- a prescrição inadequada e temporalmente desfasada do equipamento para a incapacidade;
- a impossibilidade de actualização do equipamento para a incapacidade, à luz dos avanços tecnológicos, nomeadamente a nível de neuropróteses.

A não recorrência à Reabilitação poderá implicar que, globalmente, o indivíduo fique com uma menor capacidade funcional e uma pior qualidade de vida. No contexto comunitário, esta situação corresponderá a um desperdício de recursos.

QUADRO I. - Princípios da prevenção

Prevenção	Características	Contexto em que as medidas de prevenção são implementadas	Exemplos
Primária	Evitar doenças ou lesões	Contexto político e social Cuidados primários	Redução da velocidade para evitar acidentes de trânsito Redução de risco das doenças cardio e cerebrovasculares
Secundária	Evitar os efeitos e as complicações da própria lesão ou doença	Hospital de cuidados agudos e departamento de Reabilitação precoce	Prevenção da hipertensão intracraniana na lesão cerebral Prevenção do AVC após enfarte agudo do miocárdio Prevenção do imobilismo, problemas de viabilidade tecidual Prevenção de contracturas
Terciária	Evitar o efeito da doença ou lesão na vida do indivíduo, ou seja, evitar as limitações nas actividades e/ou na participação	Serviços de Reabilitação pós-aguda	Tratamento de problemas comportamentais após lesão cerebral Prevenção de dificuldades financeiras e/ou na participação e desemprego após doença ou lesão

4.6. Prevenção

4.6.1. Promoção da saúde

A promoção da saúde é um princípio subjacente dos sistemas de saúde, pelo que a prevenção da doença e do seu impacto e complicações constitui um elemento essencial para o trabalho da profissão médica. Num contexto de Reabilitação, a prevenção da doença não se esgota na prevenção da ocorrência e impacto da situação, abordando a questão com base no aspecto mais alargado da redução do impacto da doença sobre todos os aspectos da vida do indivíduo. A prevenção da doença é, conseqüentemente, classificada como primária, secundária ou terciária e os seus princípios encontram-se indicados seguidamente (Quadro I).

Os especialistas de MFR poderão encontrar-se envolvidos a todos os níveis da prevenção da doença ou da lesão. Os princípios gerais do treino físico, incluindo o desempenho cardiovascular, músculo-esquelético e de coordenação, deverão ser ponderados. Esta ponderação poderá contribuir, por exemplo, para a prevenção da hipertensão arterial, enfarte agudo do miocárdio, lombalgias e quedas.

4.6.2. Prevenção de complicações secundárias

Na sequência da doença ou do traumatismo verificam-se complicações secundárias genéricas. Estas incluem pneumonia, trombose, úlceras de pressão, descondicionamento circulatório e muscular, osteoporose e perfil nutricional inadequado. Verificam-se, além disso, complicações específicas de diversas situações, nomeadamente a disfagia pós-AVC e a disfunção urinária após as lesões da medula espinhal. Estas complicações são tratadas, com bons resultados, pelos serviços da MFR.

4.6.3. Efeitos da prevenção terciária

Considera-se inequívoco que a Reabilitação produz benefícios reais⁵⁸⁻⁶¹ e melhorias no desempenho funcional e na capacidade de participação; estas melhorias, continuarão, mesmo a longo prazo, a produzir benefícios.⁶² Os indivíduos que foram alvo de Reabilitação apresentam menor probabilidade de morte e de institucionalização após doença ou lesão. Este efeito ocorre em muitos grupos etários e em todas as idades, embora os jovens tendam a proporcionar resultados mais positivos. A maioria dos estudos confirma o valor de dois aspectos específicos da Reabilitação. Em primeiro lugar, a maioria das melhorias documentadas tem uma consequência funcional e, em segundo, os indivíduos incapacitados que passam por unidades de Reabilitação apresentam menor número de complicações evitáveis. Ocorrem menos problemas físicos (nomeadamente problemas associados a imobilidade, contracturas e úlceras de pressão) e menos problemas psicológicos, nomeadamente depressão não tratada. Embora haja indícios inequívocos de que um período intensivo de Reabilitação após um acidente agudo, nomeadamente lesão cerebral ou da medula espinhal, produza ganhos funcionais claros a curto prazo,⁴³ há também indícios de que os ganhos a curto prazo desaparecem se não houver um suporte mais prolongado.^{50, 63} Mesmo nos casos em que a eficácia das modalidades terapêuticas individuais não está demonstrada, há provas da eficácia da Reabilitação pluri-disciplinar.^{64,65} Consequentemente, o contacto prolongado com o indivíduo incapacitado é importante para proporcionar a Reabilitação até que a recuperação natural se encontre concluída e para evitar o desenvolvimento posterior de complicações evitáveis.

5. A especialidade de Medicina Física e de Reabilitação

5.1. Contribuição do Especialista em Medicina Física e de Reabilitação no processo de Reabilitação

A MFR proporciona o contexto para os cuidados organizados de Reabilitação. Esta abordagem tem demonstrado ser mais eficaz e não mais dispendiosa do que a proporcionada num sistema *ad hoc*.¹⁹ Os especialistas de MFR reconhecem ainda a importância de um acompanhamento a longo prazo. As melhorias da funcionalidade física e cognitiva, como por exemplo após uma lesão cerebral, poderão necessitar de anos de acompanhamento e os especialistas de MFR não só assegurarão que os doentes se encontrem em posição ideal para

beneficiar das melhorias funcionais como trabalham ainda ao longo de períodos prolongados, se indicado, para potenciar a funcionalidade e participação social do indivíduo.

O especialista de MFR desempenha um papel importante na Reabilitação, sempre que:

- se observe uma combinação complexa de incapacidades, nomeadamente cognitivas, comportamentais e físicas, em que os médicos se encontrem treinados para realizar uma análise global da situação e para aglutinar as avaliações proporcionadas por outros profissionais não-médicos;
- se observe uma incapacidade significativa que resulte em perda de actividade e/ou de participação na sequência de um evento súbito, por exemplo um AVC, uma lesão da medula espinhal ou um traumatismo;
- seja provável que a patologia subjacente recidive ou recorra, como no caso da esclerose múltipla ou da artrite reumatóide;
- se encontrem à disposição medidas que possam melhorar directamente as incapacidades ou potenciar o bem-estar e actividade, nomeadamente por meio de medicamentos para a espasticidade, incontinência ou dor;
- o próprio tratamento médico do problema subjacente e das suas complicações acarrete risco de efeitos incapacitantes que requerem monitorização;
- os riscos médicos de uma situação incapacitante tenham sido potenciados pelas alterações do estilo de vida do doente, por exemplo, na transição da adolescência para a idade adulta, na transição de um contexto académico para um contexto profissional e nos processos de envelhecimento nas fases mais tardias da vida.

Os especialistas de MFR desenvolvem a sua actividade exclusivamente neste campo, pelo que o seu trabalho não se encontra comprometido pelas necessidades dos cuidados clínicos agudos. A existência de uma especialidade independente de MFR apresenta benefícios conhecidos para os doentes.¹⁸

Os doentes merecem o acesso a especialistas competentes, com treino especializado e dedicação total à tarefa. Os doentes com problemas físicos incapacitantes relevantes e, em especial, os doentes com necessidades complexas, requerem a atenção de uma equipa pluriprofissional orientada por um especialista em MFR. No Capítulo 4 define-se a natureza do trabalho, que requer uma abordagem de Reabilitação médica, não se limitando a um investimento terapêutico.

5.2. A especialidade de Medicina Física e de Reabilitação na Europa

Os especialistas de MFR são médicos formados nesta disciplina durante quatro ou mais anos⁶⁶, dependendo da regulamentação nacional referente à formação pós-graduada em medicina. Não são especializados no tratamento de um órgão específico ou de uma situação médica especial, focando sim os problemas funcionais decorrentes de uma diversidade de doenças em vez de uma especialização no tratamento de um órgão ou patologia específicos. Estes especialistas proporcionam ajuda médica aos indivíduos com incapacidades decorrentes de doença crónica e

traumatismo, bem como de outros problemas graves de saúde. O principal objectivo das intervenções na MFR reside na melhoria da funcionalidade física e mental, permitindo que os doentes sejam activos e melhorem a sua qualidade de vida, de modo a poderem desenvolver uma vida social. Por serem médicos, contudo, estes especialistas tratam a patologia subjacente sempre que se revele necessário. Quando se registam sintomas e problemas persistentes, a funcionalidade, actividade e participação podem continuar a ser promovidas por aplicação de métodos e técnicas de Reabilitação especializados. Estes especialistas conseguem assim proporcionar independência aos doentes que apresentem défices funcionais, nomeadamente por patologias neurológicas, outras doenças músculo-esqueléticas, amputações e doenças cardíacas e pulmonares, etc.

5.3. *Patologias e situações na prática da Medicina Física e de Reabilitação*

Os especialistas de MFR lidam com o tratamento de doentes com uma grande diversidade de patologias (Apêndice II). Preocupam-se com o impacto destas patologias sobre a funcionalidade e capacidade de participação individual. Os médicos de MFR têm por objectivo proporcionar benefícios independentemente do diagnóstico subjacente. O diagnóstico serve, contudo, para auxiliar ao estabelecimento de prognósticos e do potencial para o desenvolvimento.

Os médicos de MFR deparam-se diariamente com uma série de problemas gerais que ocorrem em diversas situações clínicas. Estes poderão incluir:

- períodos prolongados em que o doente se encontra acamado e imobilizado, que descondicionam os doentes e provocam a perda de funcionalidade física e psicológica;
- défices motores que produzem fraqueza muscular e perda de funcionalidade do indivíduo;
- espasticidade conduzindo a deformação dos membros e a problemas de auto-imagem;
- disfunções vesicais e intestinais, que ocorrem frequentemente nos doentes incapacitados;
- úlceras de pressão, como risco da imobilização dos doentes com lesões da medula espinhal, com diabetes, descondicionados e nos doentes idosos;
- disfagia - indivíduos com dificuldades de deglutição, que perdem o prazer de comer e estão em risco de pneumonia de aspiração e malnutrição;
- síndromes algícas
- dificuldades de comunicação;
- disfunções sexuais e da sexualidade, que mascaram os problemas de identidade e de auto-imagem, bem como da funcionalidade orgânica;
- alterações emocionais, de comportamento e de personalidade;
- alterações na dinâmica familiar, nas relações pessoais, oportunidades de carreira e segurança financeira.

Os especialistas de MFR podem, além disso, envolver-se na Reabilitação dos doentes com problemas psicossomáticos, ginecológicos e dermatológicos.

5.4. *Diagnóstico e avaliação*

Os médicos de MFR reconhecem a necessidade de estabelecer um diagnóstico definitivo antes do tratamento e da Reabilitação orientada para o problema. Estes especialistas abordam, além disso, os aspectos da funcionalidade e da participação que contribuem para a avaliação global do doente na determinação dos objectivos terapêuticos.⁶⁷ Tais objectivos são atingidos em colaboração com o indivíduo incapacitado, a sua família e os membros da equipa de Reabilitação.

O diagnóstico e avaliação na MFR abrangem todas as dimensões das funções e estruturas orgânicas, actividades e problemas de participação relevantes para o processo de Reabilitação. Avaliam-se, além disso, factores contextuais relevantes. A elaboração da anamnese na MFR deverá incluir a análise de problemas relativos a todas as dimensões da CIF.

Para obter um diagnóstico dos défices estruturais relevantes para a patologia e para o processo de Reabilitação, utilizam-se técnicas e estudos padrão para além do exame clínico. Estes incluem a análise laboratorial de amostras de sangue, a imagiologia, etc.

A avaliação clínica e a determinação das restrições funcionais e do potencial funcional relativamente ao processo de Reabilitação constituem uma parte fundamental dos diagnósticos na MFR. Estes incluem uma avaliação clínica da força muscular, a amplitude dos movimentos circulares articulares e a função respiratória. As determinações técnicas poderão incluir testes musculares (força, actividade eléctrica e outros), testes da função circulatória (pressão arterial, frequência cardíaca, EMG em repouso e em esforço), da função pulmonar e outros. Os especialistas de MFR podem utilizar determinações padronizadas do desempenho, nomeadamente através de análise da marcha, testes musculares isocinéticos e outras funções da mobilidade. Na Reabilitação de doentes com alguns problemas específicos serão necessárias avaliações de diagnóstico especializadas, nomeadamente por avaliação da disfagia em doentes com AVC, determinações urodinâmicas nos doentes com lesões da medula espinhal ou análise das funções executivas nos doentes com lesões cerebrais.^{68,69}

As actividades dos doentes podem ser avaliadas de muitas formas. Como exemplos de dois importantes métodos incluem-se:

- actividades padronizadas de funções específicas desempenhadas pelo doente (por exemplo, teste de marcha, teste de preensão ou manuseio de instrumentos, desempenho em contextos ocupacionais padronizados). Estes testes podem ser avaliados qualitativa (avaliação por médicos de MFR ou terapeutas especializados) ou quantitativamente (tempo de desempenho, capacidade de levantamento de cargas e outros);
- avaliações de actividades mais complexas, nomeadamente as actividades quotidianas (higiene pessoal, vestir-se, arranjar-se e outras) e o desempenho das tarefas quotidianas (capacidade de marcha, de sentar, etc.). Estas avaliações podem ser realizadas por profissionais especializados na Reabilitação ou podem basear-se em auto-avaliações recorrendo a questionários padrão;
- a participação é analisada principalmente em entrevistas com o doente, através de questionários padronizados. Os parâmetros socioeconómicos

(nomeadamente dias de baixa) são utilizados para avaliar os problemas de participação social ou ocupacional.

Muitos dos instrumentos de avaliação na MFR combinam parâmetros de *funções orgânicas, actividades e participação*. Estes instrumentos podem ser utilizados para decidir a indicação para medidas de Reabilitação (atribuição) ou avaliar os resultados da intervenção (avaliação). Dever-se-ão escolher os instrumentos apropriados, em conformidade com o problema funcional específico e a fase do processo de Reabilitação.⁷⁰

Os factores contextuais relevantes associados ao ambiente social e físico são avaliados com base em entrevistas ou listas de verificação padronizadas baseadas na CIF. Para o diagnóstico dos factores individuais, nomeadamente das estratégias de adaptação do doente existem à disposição questionários padronizados.

Muitas destas ferramentas podem ser utilizadas tanto para avaliar a capacidade funcional global e específica como para avaliar o processo de Reabilitação.⁷¹ Algumas das ferramentas são transversais aos componentes individuais da CIF. Por exemplo, a Escala de Independência Funcional (MIF)⁷² e a Escala de Barthel⁷³ incorporam aspectos das funções orgânicas e das actividades, para além das co-morbilidades relevantes e a extensão de suporte externo necessário. A escolha das medidas dependerá da fase e dos objectivos do processo de Reabilitação, bem como da capacidade funcional do indivíduo.

No Apêndice IV é possível consultar uma lista dos métodos de diagnóstico.

5.5. Plano de Reabilitação

A MFR desenvolve e utiliza um plano de Reabilitação para que cada indivíduo oriente a sua futura Reabilitação fundamentada na resolução dos problemas (Quadro II). Os doentes participam activamente no seu desenvolvimento, conjuntamente com os restantes membros da equipa de Reabilitação centrada no doente. A ênfase do plano varia conforme os problemas específicos encontrados, mas os elementos essenciais cumprem um formato básico semelhante. O plano deve ser revisto e actualizado com regularidade pela equipa de Reabilitação, formando a base da comunicação regular da progressão do doente ao longo do processo de Reabilitação.

Os especialistas em MFR são responsáveis pelo desenvolvimento de um plano de Reabilitação e por identificar a janela temporal em que deverá ser implementado. O plano deverá incluir as seguintes informações:

- diagnóstico;
- apresentação dos problemas e das funções preservadas (em conformidade com o contexto da CIF; ver ponto 3.2);
- objectivos do indivíduo;
- objectivos profissionais/familiares;
- objectivos do especialista;
- acções a tomar.

5.6. Intervenções na Medicina Física e de Reabilitação

A MFR utiliza intervenções diversificadas. Os especialistas de MFR desenvolvem um plano de intervenção baseado no diagnóstico e no nível de incapacidade do doente. Subsequentemente, o especialista procede à intervenção tendo em vista a solução dos problemas em causa; como alternativa, esta intervenção poderá ser feita por outro membro da equipa.

Noutros contextos, será o especialista em MFR que prescreverá a terapêutica. As intervenções incluem:

- 1) Intervenções médicas:
 - administração de medicamentos destinados a restaurar ou melhorar as estruturas orgânicas e/ou a sua função, nomeadamente terapêutica da dor, terapêutica da inflamação, regulação do tónus muscular, melhoria da cognição, melhoria do desempenho físico, tratamento da depressão;
 - procedimentos práticos, incluindo injecções e outras técnicas de administração medicamentosa;
 - avaliação e revisão das intervenções;
 - prognóstico;
- 2) Tratamentos físicos:
 - técnicas de manipulação terapêutica das articulações rígidas reversíveis e disfunções associadas dos tecidos moles;
 - cinesioterapia e fisioterapia ;
 - electroterapia.
- 3) Outros, incluindo ultra-sons, aplicações de calor e frio, fototerapia (nomeadamente terapêutica com LASER), hidroterapia e balneoterapia, diatermia, terapêutica com massagens e linfoterapia (drenagem linfática manual).
- 4) Terapêutica ocupacional para a) analisar actividades, nomeadamente as actividades e ocupações quotidianas, sustentar as estruturas orgânicas afectadas (nomeadamente pelo uso de ortóteses), b) ensinar ao doente as técnicas necessárias para suplantar as barreiras às actividades da vida quotidiana (por exemplo, por ajustamento do ambiente privado), c) treinar em presença da função e cognição afectada e d) potenciar a motivação.
- 5) Terapia da fala e da linguagem, no contexto de programas de Reabilitação complexos especializados.
- 6) Tratamento da disfagia.
- 7) Intervenções neuropsicológicas.
- 8) Avaliações e intervenções psicológicas, incluindo aconselhamento.

QUADRO II. - Exemplo de alguns dos problemas abordados num plano de Reabilitação.

Problema	Objectivos	Intervenções possíveis
<i>Funções corporais e actividades</i>		
Actividade física	Conseguir terapêuticas em segurança Aumentar a mobilidade dentro e fora de casa (conseguir andar/melhorar a marcha, subir escadas, utilizar transportes privados e públicos)	Treino de postura e de movimento, utilizando equipamento conforme necessário Treino de postura e movimento Testar e treinar o uso de auxiliares de mobilidade
Comunicação	Melhorar o nível de comunicação, verbalização e compreensão	Treino orientado por terapia da fala e da linguagem para melhorar o uso da linguagem e a articulação verbal Investigação e treino no uso de tecnologias de apoio, conforme necessário
Comportamentos e estados emocionais	Melhorar o comportamento	Medicação, psicoterapia, terapia comportamental e terapia comportamental cognitiva.
	Normalizar o estado emocional	Redução da depressão e ansiedade por aconselhamento e medicação
Dor	Reduzir a dor	Analgésicos, ajustes físicos, gestão do stress, uso de estratégia de coping e outras estratégias
Incontinência	Promover o controlo intestinal e vesical	Treino vesical, exercícios do pavimento pélvico, medicação, uso de cateteres e estomas
Incapacidade de cuidar de si	Desenvolver a capacidade de lavar-se, arranjar, vestir e ir à casa de banho autonomamente	Análise dos componentes individuais da actividade, restituição da capacidade de utilização de métodos alternativos e/ou equipamento e/ou treino
<i>Participação</i>		
Incapacidade de ser independente no domicílio	Ensinar a preparar e cozinhar refeições e a realizar as tarefas domésticas	Análise dos componentes individuais da actividade, restituição da capacidade de utilização de métodos alternativos e/ou equipamento e/ou treino
Perda de emprego	Regressar ao trabalho	Análise dos componentes da actividade e da deslocação para o emprego, restituição de capacidades, adaptação ao emprego, treino da actividade laboral, adaptações do equipamento e do posto de trabalho, melhoria do acesso ao trabalho e apoio no local de trabalho

9) Terapia nutricional.

10) Equipamento para indivíduos incapacitados, tecnologia assistencial, próteses, ortóteses, apoios técnicos e auxiliares de marcha.

11) Formação do doente.

12) Enfermagem de Reabilitação.

5.7. *Prática de Medicina Física e de Reabilitação - Actividades e âmbitos clínicos*

Os especialistas de MFR encontram-se envolvidos em todas as fases dos processos de Reabilitação e recuperação, bem como dos cuidados dos doentes com patologias crónicas. Estes especialistas exercem numa diversidade de contextos clínicos desde infraestruturas de cuidados agudos, até centros de Reabilitação especializados, departamentos de Reabilitação hospitalares, contextos comunitários e consulta especializada independente. As suas actividades variam de acordo com os contextos clínicos, embora se adaptem os mesmos princípios gerais da MFR em todos.

A existência de infraestruturas especializadas para a Reabilitação é fundamental nos hospitais de cuidados agudos. Deverão existir camas dedicadas, sob a responsabilidade de um especialista de MFR, bem como uma equipa de Reabilitação peripatética móvel que proporcione aconselhamento e tratamentos aos doentes em unidades de cuidados intensivos e noutras enfermarias de cuidados agudos. A MFR proporciona o diagnóstico e as avaliações, bem como as intervenções tanto para os doentes internados nas suas infraestruturas como para os doentes de outras enfermarias. O papel consultivo dos especialistas de MFR ajuda a assegurar que a Reabilitação, a restauração funcional e a prevenção da perda de função secundária, por exemplo decorrente de imobilização (nomeadamente contractura, pneumonia ou trombose) sejam iniciadas o mais rapidamente possível. A Reabilitação especializada iniciada precocemente permite evitar e/ou reduzir as limitações a longo prazo da funcionalidade.⁶⁰⁻⁶²

No período imediatamente após a lesão, sabe-se que o simples acto de transferir um doente com uma lesão cerebral de uma enfermaria cirúrgica ou neurocirúrgica de grande movimento para a atmosfera mais calma e silenciosa da enfermaria de Reabilitação exerce um efeito terapêutico, observando-se melhorias na atenção, na irritabilidade e na cognição.⁵⁴ As enfermarias de cuidados agudos gerais não são propensas à prática da Reabilitação pluriprofissional nos doentes com necessidades complexas.

Nos centros de Reabilitação (incluindo os cuidados hospitalares em ambulatório) e nos departamentos de Reabilitação dos hospitais de tratamentos agudos, todos os doentes são observados por um especialista em MFR. Este especialista investiga o doente, executa avaliações funcionais e explora a influência ou os factores contextuais da funcionalidade. Seleccionam-se as intervenções necessárias, nomeadamente as terapêuticas físicas, a psicoterapia, a terapia ocupacional, a terapia da fala, o treino neuropsicológico e as intervenções medicamentosas ou sociais. Os terapeutas avaliam

também o doente antes de proceder à aplicação das suas técnicas de intervenção. Os resultados das investigações do especialista de MFR e das avaliações funcionais dos terapeutas constituem a base do plano de Reabilitação e das decisões posteriores tomadas pela equipa de Reabilitação.

As decisões sobre a atribuição de alta aos doentes são da responsabilidade do especialista de MFR, com base em conferências com a equipa, nas quais o indivíduo incapacitado e os membros da sua família deverão participar activamente. Os especialistas de MFR elaborarão um relatório completo de alta hospitalar, com base nas investigações e nas informações proporcionadas pelos membros da equipa. Este relatório abrange as informações referentes às condições apresentadas, ao estado funcional do doente, à capacidade de realização de actividades e participação à altura da alta hospitalar, bem como ao prognóstico e recomendações para cuidados, tratamento e Reabilitação adicionais.

Nos departamentos de ambulatório e na clínica privada, observa-se uma ênfase diferente sobre a prática de MFR. A ênfase neste caso incide sobre a avaliação de diagnóstico e o início do tratamento. Após investigação e avaliação funcional, prescreve-se ao doente uma série única de terapêutica (FT, OT ou outras) ou, quando é necessária uma Reabilitação pluriprofissional, adopta-se uma abordagem de equipa. Após o tratamento, o especialista de MFR reavalia o doente e decide sobre intervenções adicionais ou a referência ao médico de cuidados primários, conforme apropriado.

Os especialistas de MFR estabelecem uma cooperação íntima com o doente e com a família, procurando uma boa comunicação com o médico de clínica geral do doente e com outros especialistas, em especial nos casos em que são necessários diagnósticos ou terapêuticas de outros ramos da medicina, nomeadamente neurologia, cardiologia, cirurgia ortopédica, etc.

Os especialistas de MFR poderão, além disso, trabalhar conjuntamente com as equipas especializadas em Reabilitação na comunidade (nomeadamente com as equipas que tratam lesões cerebrais, problemas transitórios ou perturbações músculo-esqueléticas) e proporcionar também aconselhamento às equipas generalistas que trabalham no contexto da comunidade.

6. Padrões na Medicina Física e de Reabilitação

6.1. Formação e treino

6.1.1. Treino de especialidade

A MFR é uma especialidade médica independente em todos os países europeus à excepção da Dinamarca e Malta, mas o seu nome e âmbito variam ligeiramente, conforme as diferentes tradições e leis locais. A formação dura geralmente entre quatro e seis anos, dependendo do país⁶⁶ (Quadro III) (*UEMS Charter on Training*, Directiva da CE 93/16/CEE, 5 de Abril de 1993). Os especialistas em MFR têm a liberdade de trânsito entre os países membros da UEMS, mas requerem uma certificação das suas autoridades competentes nacionais. Os profissionais que disponham desta certificação poderão ser reconhecidos pela Comissão Europeia de MFR, que desenvolveu um

sistema exaustivo de educação pós-graduada para os especialistas de MFR (Apêndice V). Este sistema consiste em:

QUADRO III - Denominação da Especialidade nos Estados Membros da UEMS

País	Denominação da especialidade
Alemanha	Physikalische und Rehabilitative Medizin
Áustria	Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation
Bélgica	Fysiche Geneeskunde en Revalidatie Médecine Physique et de Réadaptation
Chipre	(Fisiki Iatriki kai Apokatastasi)
Croácia	Fizikalna medicine i rehabilitacija
Dinamarca	Fysiurgi
Eslováquia	Fyziatra, balneológia and liečebná rehabilitácia
Eslovénia	Fizikalna in rehabilitacijska medicina
Espanha	Medicina Fisica y Rehabilitación
Estónia	Taastusravi ja füsiaatria
Finlândia	Fysiatra
França	Médecine Physique et de Réadaptation
Grécia	(Fisiki Iatriki kai Apokatastasi)
Holanda	Revalidatie Geneeskunde
Hungria	Fizioterápia es Rehabilitáció
Irlanda	Rehabilitation Medicine
Islândia	Endurhæfingarlækningar
Itália	Medicina Fisica e Riabilitativa
Letónia	Medici -niska -Rehabilitacija
Lituânia	Fizine medicina ir reabilitacija
Luxemburgo	Médecine Physique et de Réadaptation
Malta	-
Noruega	Fysikalsk medisin og rehabilitering
Polónia	Medycyna fizykalna i rehabilitacja
Portugal	Medicina Física e de Reabilitação
Reino Unido	Rehabilitation Medicine
República Checa	Rehabilitační a fyzikální lékafiství
Roménia	Medicina -Fizica -fii de Recuperare
Sérvia e Montenegro	Fizikalna Medicina I Rehabilitacija
Suécia	RehabiliteringsMedicin
Suíça	Médecine Physique et de Réadaptation Physikalische Medizin und Rehabilitation
Turquia	Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon

- Um *curriculum* para formação pós-graduada contendo conhecimentos básicos e a utilização da MFR em situações específicas de saúde;
- Um curso de formação padronizado com pelo menos quatro anos num departamento de MFR e registado pormenorizadamente num registo oficial uniforme;
- Um exame anual único escrito em toda a Europa;
- Um sistema de gestores nacionais de formação e acreditação para promover bons contactos com os formandos nos seus países;
- Regras padrão para a acreditação dos formadores e um processo de certificação;
- Controlo de qualidade dos centros de formação realizado por visitas aos centros por especialistas acreditados;
- Desenvolvimento profissional continuado intra UEMS, que abranja o sistema de formação médica continuada tendo em vista a revalidação a intervalos de 10 anos. (Ver ponto 6.3).

Informações adicionais sobre a regulamentação deste sistema de formação e treino podem ser encontradas no site da Secção, www.euro-prm.org, onde encontrará ainda formulários de inscrição.

Existem presentemente cerca de 10280 especialistas de MFR na Europa, dos quais 2000 estão certificados pelo Conselho Europeu de MFR e 2800 são formandos. Existem setenta centros de formação reconhecidos pelo Comité de MFR e a sua lista encontra-se disponível no mesmo site.⁷⁵

6.1.2. Formação universitária

Os princípios que se seguem são considerados importantes para proporcionar uma abordagem sistemática:

Todos os cidadãos têm direito a requerer Reabilitação em todos os contextos de serviços de saúde (nomeadamente hospitais, cuidados de saúde primários e outras instituições de prestação de cuidados). Consequentemente, todos os médicos necessitam de receber formação básica em Reabilitação, reconhecendo que a maioria não irá continuar a especialidade ou implementar pessoalmente medidas específicas de Reabilitação. É assim importante que os especialistas de MFR com boa formação ensinem MFR em todas as faculdades médicas, considerando-se necessários, como mínimo, os tópicos que se seguem:

- os princípios da Reabilitação e o modelo bio-psico-social da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde;
- a organização e implementação do sistema de Reabilitação (Reabilitação aguda e pós-aguda, bem como programas de Reabilitação para doentes com problemas crónicos);
- os princípios e potencial da fisioterapia, terapia ocupacional e outras terapias de Reabilitação;
- programas de Reabilitação abrangentes e principais indicações;
- necessidades de Reabilitação de doentes com problemas especiais (nomeadamente AVC, politraumatismo múltiplo, lombalgia, artrite, cancro, etc.);

- conhecimento do sistema social e da legislação referente à incapacidade e Reabilitação a nível nacional, bem como a questões éticas e de direitos humanos na deficiência.
- estes conceitos formam já parte da formação obrigatória em MFR nalguns países europeus (Bélgica, França, Alemanha, Espanha, Reino Unido) e nalgumas universidades (por exemplo, Viena).^{75, 76}

6.2. Mecanismos de controlo clínico e competências

É importante que todos tenham um acesso equiparável à Reabilitação, e que este acesso seja proporcionado de uma forma competente e sensata. Os utilizadores dos serviços deverão proporcionar *feedback* aos responsáveis por esses serviços.

Os especialistas de MFR adquirem uma série de competências, como parte da sua formação. A sua formação clínica básica proporciona-lhes determinadas capacidades, que são potenciadas pelos conhecimentos e experiência adquirida durante a sua formação base comum em medicina interna, cirurgia, psiquiatria, etc.

As competências nucleares da MFR como especialidade são proporcionadas durante a formação especializada e são adicionalmente potenciadas pelos conhecimentos e experiência do trabalho na sub-especialidade (Figura 3). Nalguns países europeus, as competências de sub-especialidade encontram-se em desenvolvimento.

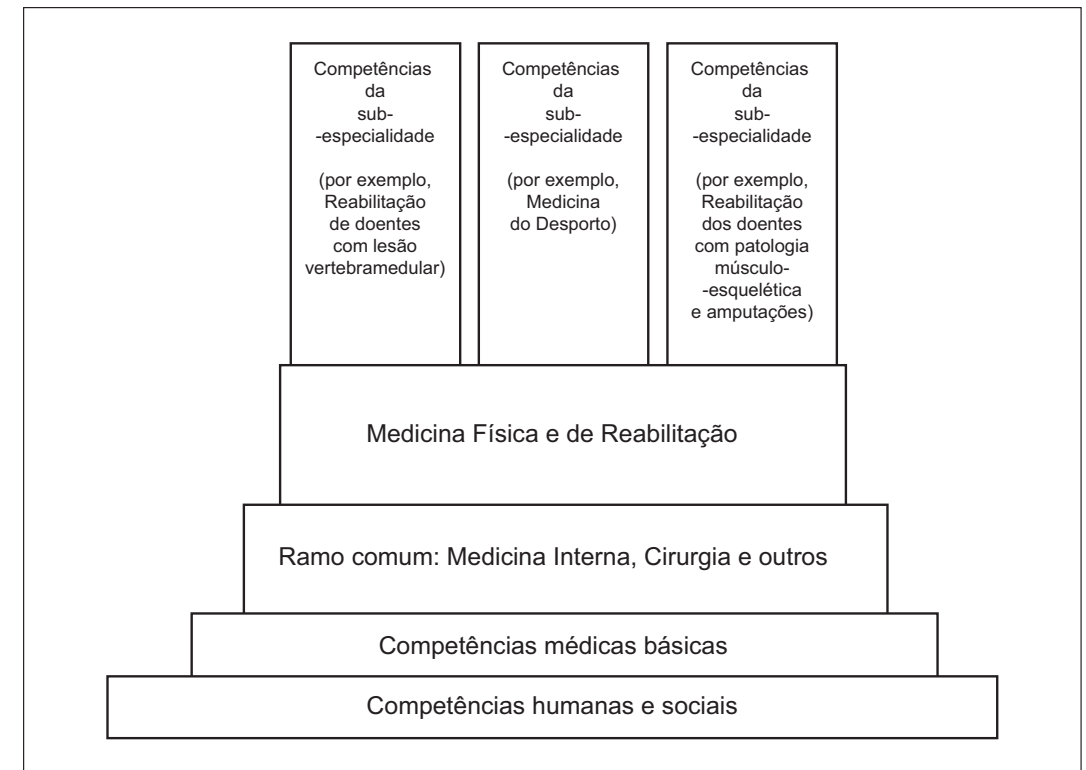


Figura 3 - Princípios das competências

Estas competências incluem:

- avaliação clínica na determinação do diagnóstico subjacente;
- avaliação da capacidade funcional e da capacidade de mudar;
- avaliação da actividade e participação, bem como factores contextuais (características individuais e ambiente (ver ponto 3.2.);
- conhecimento dos processos centrais da Reabilitação e respectiva base de evidência; (ver pontos 4.1 e 4.4);
- desenvolvimento de um plano de Reabilitação (ver ponto 5.5);
- conhecimento, experiência e aplicação dos tratamentos clínicos e físicos (incluindo modalidades físicas, factores naturais e outros; ver ponto 5.6);
- avaliação e parametrização dos resultados;
- prevenção e tratamento de complicações;
- prognósticos da doença/situação clínica e resultados obtidos com a Reabilitação;
- conhecimento da tecnologia de Reabilitação (ortótica, protésica, produtos de apoio e outros);
- dinâmica de equipa e capacidade de liderança;
- competências de ensino (doentes, prestador de cuidados, membros da equipa e outros);
- conhecimento do sistema social e da legislação sobre a incapacidade;
- conhecimentos básicos dos aspectos económicos (e financeiros) da Reabilitação.

Os especialistas de MFR utilizam, frequentemente, uma série de outras competências. Necessitam de boas capacidades de comunicação e relação inter-individual, bem como da capacidade de educar e gerir os seus doentes e respectivas famílias. Adoptam estratégias que permitem aos doentes desenvolver as suas próprias capacidades de adaptação. Comunicam com outros agentes (saúde e serviços sociais e grupos de auto-ajuda) de forma a obter o melhor para os seus doentes. Desempenham ainda um papel no desenvolvimento de serviços para os indivíduos incapacitados, necessitando para tal de competências relevantes.

6.3. *Desenvolvimento profissional contínuo e formação médica*

O Desenvolvimento profissional contínuo (CPD - *Continuing Professional Development*) e a formação médica contínua (CME - *Continuing Medical Education*) são parte integrante da prática profissional do especialista médico e os especialistas de MFR deverão demonstrar a sua competência continuada, tal como acontece com as outras especialidades. O CPD abrange todos os aspectos de actualização dos médicos, que tem a CME como um dos componentes. A especialidade tem vindo a estabelecer diversos programas de formação em toda a Europa, que servem para educar os especialistas de MFR e os seus parceiros das equipas de Reabilitação. Estes programas abrangem tópicos de formação em ciência e clínica, bem como programas investigacionais e técnicos.

O programa de CME e CPD é organizado a nível europeu, para acreditação de congressos e eventos internacionais sobre temas de MFR. O programa fundamenta-

se nas provisões do mútuo acordo assinado entre a UEMS, Conselho de Acreditação Europeu da CMR (EACCME) e a Secção e Comissão UEMS-MFR (ponto 6.4). As provisões europeias são idênticas para todas as especialidades. A Comissão de MFR criou o Comité CPD/CME, que é responsável pelos programas continuados relevantes para a nossa especialidade, para acreditação de vários eventos científicos à escala europeia e para a criação do estatuto científico de especialistas de MFR Certificados pela Comissão.

A EACCME é responsável pela coordenação desta actividade para todas as especialidades médicas e o site da UEMS proporciona pormenores sobre os requisitos de formação médica continuada para todos os especialistas europeus (www.uems.org). Todos os especialistas de MFR reconhecidos pela Comissão deverão obter 250 créditos ao longo de um período de cinco anos, para que possam revalidar o seu estatuto (www.euro-prm.org). Os médicos deverão satisfazer os seus requisitos de CME para que possam ser revalidados, e este processo torna-se uma parte essencial da sua vida tanto à escala nacional como à escala europeia. Nalguns países da Europa está estabelecido um sistema de CPD/CME obrigatório, que se está a tornar um requisito cada vez mais necessário na prática clínica. No Apêndice VI incluem-se alguns exemplos.

O primeiro evento promovido pela Comissão Europeia foi o *European School* em Marselha, sobre Análise de Postura e Movimento, que foi estabelecido em 2000.

Trata-se de um curso anual com a duração de duas semanas, que atrai médicos, engenheiros e outros profissionais de Reabilitação de toda a Europa. A Comissão criou igualmente outros cursos, e mais se seguirão.

6.4. *A Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes*

6.4.1. História

A *Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS) foi criada em 1958 como o único corpo médico estatutário na União Europeia com responsabilidade nas especialidades de âmbito hospitalar. É composto por secções de especialistas para cada especialidade na Europa e a Medicina Física e de Reabilitação encontrou-se entre as primeiras especialidades a receber reconhecimento como disciplina distinta. A secção de MFR foi criada em 1971 e a Comissão Europeia de MFR em 1991, como parte da Secção da especialidade. Esta secção tem desenvolvido, em especial, a sua base de formação e de desenvolvimento profissional continuado. Como organismo estatutário da Comissão Europeia, a UEMS é responsável pelo Comité Permanente de Médicos, para o qual contribuem as organizações médicas responsáveis ao nível nacional. As especialidades reconhecidas em dois terços de cada estado membro da UEMS poderão formar uma secção de especialidade. A MFR é reconhecida como um serviço fundamental em todos os 28 estados membros do Grande Espaço Europeu e os novos membros associados em toda a Europa e encontra-se representada no Conselho da UEMS.

6.4.2. Estrutura e papel da organização

A especialidade na Europa encontra-se organizada, conseqüentemente, através da secção de MFR da UEMS (ver na Figura 4). Trata-se de um organismo estatutário que responde ao Comissário Europeu da Saúde e é o único organismo médico oficial reconhecido pela União Europeia. A Secção tem por objectivo promover a especialidade numa capacidade profissional e harmonizar a especialidade ao nível europeu através de formação na especialidade e desenvolvimento profissional continuado, através da revalidação.

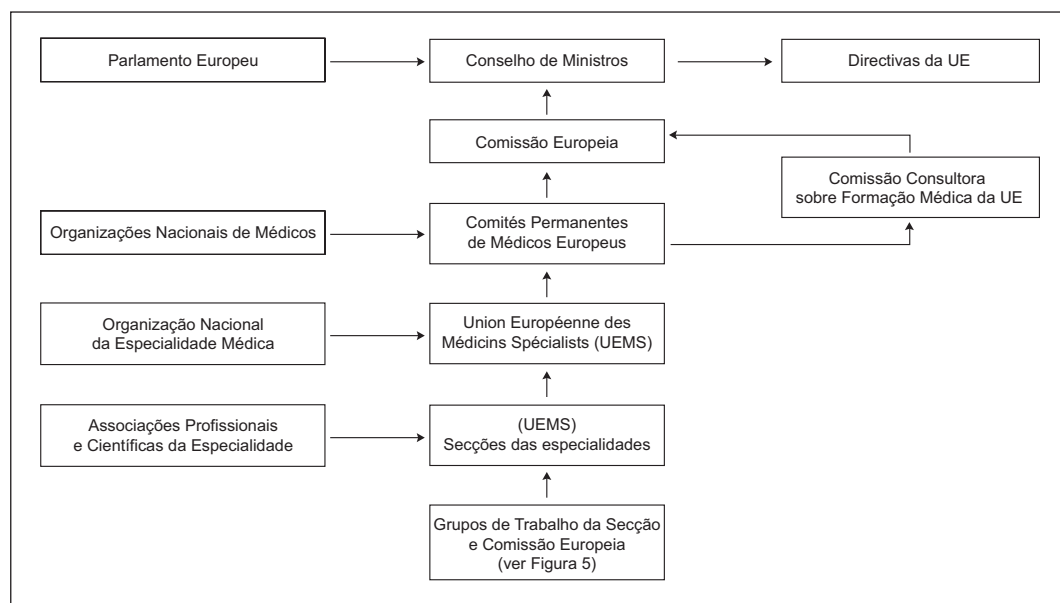


Figura 4. - Organizações Médicas da União Europeia.

Esta secção pretende desenvolver os padrões clínicos da prática e ajudar a especialidade a implementar as investigações necessárias ao seu próprio desenvolvimento. A secção responde, para este fim (tal como outras especialidades), à UEMS, e começou recentemente a trabalhar em estreita colaboração com a Comissão Europeia e o Conselho da Europa. Possui uma ligação activa com muitos organismos, nomeadamente a *International Society for Physical Medicine and Rehabilitation*, a *American Academy of PMR* e a *Bone and Joint Decade*. Inclui três comissões principais sob a alçada de um comissão executiva e a Figura 5 demonstra as suas tarefas. A Secção trabalha conjuntamente com outros organismos europeus de MFR, nomeadamente a *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation* e a Sociedade Europeia de MFR.

As comissões desta Secção incluem (Figura 5):

- Comissão de Treino e Formação (comité estatutário - Comissão Europeia de MFR);
- Comissão de Assuntos Clínicos (*Clinical Affairs Committee*);
- Comissão de Assuntos Profissionais.

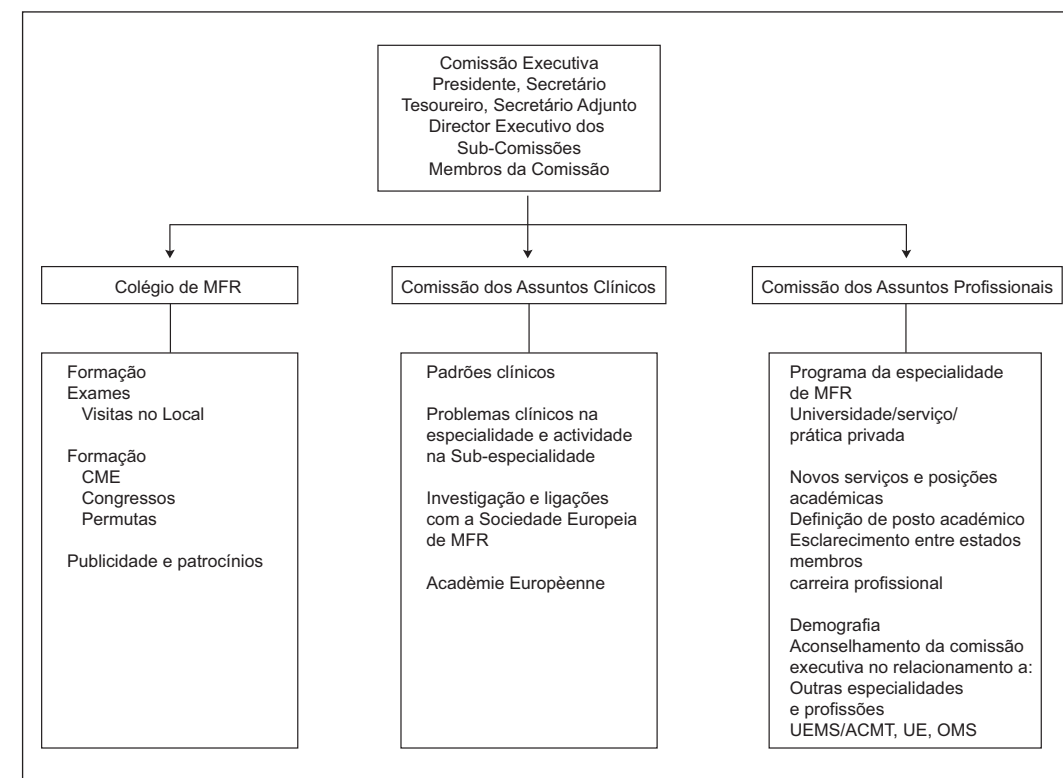


Figura 5 - Estrutura da Secção de MFR da UEMS

6.4.3. Membros

Nos países da União Europeia existem mais de 10280 especialistas formados, bem como 2800 formandos.⁷⁵ A UEMS tem diante de si, conseqüentemente, a enorme tarefa de criar uma ligação relevante entre todos estes países ao nível europeu. O número de especialistas na Medicina Física e de Reabilitação em toda a Europa apresenta uma variação considerável e no Apêndice III indicam-se os pormenores demográficos.

A estrutura geral dos serviços de MFR é semelhante, em toda a Europa, apesar das diferenças existentes entre os sistemas de saúde. Está em curso a elaboração de propostas para padrões clínicos no decurso deste processo, sob a forma de prática clínica baseada em grupos relacionados com a saúde.

6.4.4. Formação em medicina física e de reabilitação

A formação da especialidade encontra-se descrita no ponto 6.4.1. A via para o início da formação é ligeiramente diferente de país para país mas, apesar dos diferentes pontos de entrada até se atingir o programa de formação na especialidade, o curriculum apresenta grandes semelhanças no continente europeu e é consistente com o programa do *American Board*. A Comissão Europeia de MFR tem por tarefa a

harmonização da formação na especialidade em toda a Europa e assumiu os papéis seguidamente referidos:⁷³

- exame europeu para reconhecimento da formação na especialidade;
- desenvolvimento profissional continuado e formação clínica, com revalidação a intervalos de dez anos;
- reconhecimento dos formadores e das unidades de formação na Europa, por meio de visitas aos locais de formação.

O objectivo eventual desta harmonização reside em formar especialistas que possam exercer em todos os sistemas de saúde europeus e permitam às autoridades/empregadores médicos nacionais reconhecer o nível de conhecimentos e perícia dos especialistas que tenham sido formados noutros pontos da Europa. Todos os aspectos da Secção e Comissão, incluindo o *curriculum* da especialidade poderão ser obtidos no site da Secção em www.euro-prm.org (Apêndice V).

6.5. *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*

Este organismo que inclui até 50 médicos seniores da especialidade em toda a Europa foi criado em 1969. Os académicos são convidados com base na sua distinta contribuição para a especialidade, em particular no que se refere aos aspectos humanitários. A *Académie* tem por objectivo melhorar todas as áreas da Reabilitação para benefício dos que dela necessitam. Promove, por isso, formação e investigação em toda a Europa, agindo como ponto de referência nas questões científicas, educacionais e investigacionais, trocando ideias e informação, facilitando as trocas de médicos de MFR entre diferentes países e envolvendo-se em debates morais e éticos.

A sociedade tem por lema: ‘*Societas vir origo ac finis*’ que pode ser traduzido como ‘A humanidade como fonte e objectivo da Sociedade’.

A *Académie* é totalmente independente. As suas publicações suportam a formação e as investigações adicionais. Esta instituição é responsável por uma série de monografias “de ponta”, que incluem:

- *La Plasticité de la Fonction Motrice*. Ed. J-P.Didier (Springer 2004);
- *Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*. Eds. M.Barat and F.Franchignoni (Maugeri Foundation Books 2004);
- *Vocational Rehabilitation*. Ed. C.Gobelet and F.Franchignoni (Springer 2006);
- *Les Fonctions Sphinctériennes*. Ed A.Chantraine (Springer 2006).

Há mais publicações no prelo, nomeadamente nos ramos da Reabilitação oncológica e da Reabilitação na dor.

A *Académie* debate questões éticas e, como tal, age como guardiã dos pontos de vista da especialidade. Um dos debates recentes foi resumido e publicado através de uma comunicação sucinta, intitulada “Violência e Incapacidade”.⁷⁶

Existem vários cursos apoiados pela *Académie*, incluindo o curso da *European School on Posture and Movement Analysis* na Universidade de Marselha, subsidiado pelo *Erasmus*. Para encorajar as investigações originais no ramo da MFR por jovens

investigadores, a *Académie* atribui um prémio anual, apoiado pela Associação Suíça de Paraplégicos. O Secretário poderá proporcionar mais informações sobre este prémio.

6.6. *A European Society of Physical and Rehabilitation Medicine*

A Sociedade Europeia de MFR foi fundada em 2003 e centra-se na investigação e formação sobre MFR na Europa. Veio substituir a *European Federation of Physical Medicine and Rehabilitation* (estabelecida em 1963) e tem por objectivo coordenar as actividades europeias, bem como ser um veículo para trocas científicas. A Sociedade proporciona inscrição individual a todos os especialistas de MFR elegíveis, bem como inscrição federada aos membros das Sociedades nacionais de MFR na Europa. A inscrição individual é grátis. A ESPRM está a desenvolver uma plataforma electrónica interactiva (www.esprm.org) onde será possível encontrar informações sobre projectos de investigação, bolsas e subsídios, para além de proporcionar informações actualizadas sobre cursos, congressos, subsídios para intercâmbios, etc.

A ESPRM organiza congressos científicos bienais sobre os temas da especialidade.

Os futuros Congressos Europeus de MFR irão satisfazer os padrões estabelecidos pela ESPRM para a sua organização e desenvolvimento. Consequentemente, os congressos cumprirão um programa padronizado, de meio dia cada, para:

- biologia funcional (ciências básicas);
- tecnologia funcional (tecnologia da Reabilitação);
- ciências clínicas (MFR em condições especiais de saúde);
- ciências funcionais humanas (incluindo epidemiologia, funcionalidade social e tópicos relacionados).

A vitalidade da MFR não depende dos governos, das companhias de seguros, dos políticos ou de quaisquer outros profissionais, mas sim das actividades dos especialistas do ramo.

7. *Investigação na Medicina Física e de Reabilitação*

7.1. *Importância da investigação no estabelecimento das necessidades e valor relativo das abordagens actuais e inovadoras*

A MFR tem apoiado sem restrições os princípios da medicina baseada na evidência e as investigações na MFR têm evoluído grandemente nas últimas duas décadas. Enquanto que os mecanismos fisiológicos de acção das modalidades físicas da função têm sido, tradicionalmente, centrais para os interesses científicos nos últimos 15 anos, tem-se realizado um número crescente de estudos prospectivos, nos quais a eficácia clínica da Reabilitação em muitas patologias, tais como as lombalgias, AVC, lesões cerebrais e da medula espinhal,⁷⁷⁻⁷⁹ artrite reumatóide, perturbações cardiovasculares,

pulmonares e metabólicas, tem sido devidamente testada. Nalgumas patologias, as meta-análises dos estudos controlados encontram-se já disponíveis.

7.1.1. Relevância da investigação

A especialidade tem por objectivo motivar um interesse e envolvimento crescentes nas investigações sobre Reabilitação. O seu ponto de vista é que a investigação é necessária para compreender os processos básicos de Reabilitação, nomeadamente o modo como os indivíduos adquirem as suas capacidades e o modo como os tecidos do organismo (por exemplo, os músculos ou as vias neuronais no sistema nervoso central) poderão recuperar dos/ adaptar-se aos efeitos do traumatismo ou da doença. A investigação pode também delinear a incidência e prevalência das incapacidades, bem como identificar os factores determinantes tanto da recuperação como da capacidade de mudar, de adquirir novas capacidades e de responder à Reabilitação.

Estão a emergir novas tecnologias, que deverão ser adaptadas para aplicação nos indivíduos incapacitados. A tecnologia de Reabilitação constitui um dos campos mais importantes e promissores tanto no presente como no futuro. A engenharia de tecidos e outras tecnologias modernas têm contribuído para este campo. Os custos dos cuidados de saúde e dos serviços de Reabilitação irão aumentar e os políticos obrigarão os prestadores de cuidados de saúde a restringir as suas despesas e a demonstrar que conseguem organizar estes cuidados de forma eficiente. A MFR é um parceiro fiável na discussão com os doentes, políticos, ministros de saúde e companhias de seguros, uma vez que tem a capacidade de basear os seus argumentos em provas documentadas na arena pública, que só a investigação poderá proporcionar.

7.1.2. Desafios à investigação na medicina física e de reabilitação

A investigação sobre Reabilitação não obtém bons resultados com as abordagens padrão à ciência básica e com as intervenções de investigação na prática clínica. Os progressos na clinimetria têm sido consideráveis. Consequentemente, é possível realizar estudos controlados aleatorizados em muitas áreas, mas estes são menos eficazes quando os objectivos que se pretendem e pelos quais se trabalha num dado grupo de indivíduos diferem entre indivíduos, em especial quando tal ocorre por razões pessoais e não por razões biológicas. Os desenhos dos estudos clínicos que têm sido desenvolvidos no ramo da psicologia clínica são frequentemente mais proveitosos e cientificamente mais apropriados que os desenhos desenvolvidos para avaliação dos efeitos dos fármacos. Uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos proporciona, muitas vezes, uma análise cientificamente mais válida da eficácia na Reabilitação.

As agências governamentais e os prestadores de cuidados buscam, frequentemente, provas da eficácia - em termos de custos - da Reabilitação e requerem normalmente que o serviço seja avaliado como um todo, uma vez que é necessário disponibilizar uma ampla gama de diferentes técnicas à equipa de tratamento a fim de satisfazer as necessidades individuais diferenciadas no grupo de doentes.

Este é, efectivamente, o cerne da questão, uma vez que a MFR produz resultados através de uma série de, ou da interacção entre várias intervenções. A demonstração do impacto de uma intervenção única na Reabilitação não corresponde a uma situação de "vida real" e, embora essencial para identificar individualmente os procedimentos

eficazes a incluir num dado programa, não pode, por si só, avaliar eficazmente o programa global. Existem presentemente diversas iniciativas que abordam estes problemas técnicos e científicos, e que permitem uma monitorização da eficácia e da relação custo-utilidade na prática da Reabilitação.

7.2. Estruturas e recursos de investigação

O passo mais importante que deverá ser realizado para melhorar o nível e a incidência de investigação na MFR corresponderá à organização de uma plataforma de comunicação para todos os participantes nas actividades de investigação na Europa. As informações sobre os projectos futuros e actuais, sobre subsídios e bolsas, sobre protocolos, questionários, mecanismos de aferição e programas de intercâmbio deverão encontrar-se disponíveis e facilmente acessíveis aos clínicos, investigadores e gestores. Para responder às questões mais prementes sobre a eficácia da Reabilitação, as intervenções necessitarão de fundos consideráveis para a investigação.

Para responder a estas questões relevantes, será necessário aumentar consideravelmente os subsídios para investigação no ramo da MFR. A nível europeu, tal como a nível nacional, é necessário planejar a investigação e cooperação com outros ramos investigacionais. Esta situação ajudará a reduzir o impacto das incapacidades ao nível individual e comunitário.

7.3. Formação na investigação

Os requisitos técnicos da Reabilitação anteriormente referidos devem ser devidamente compreendidos por todos os que exercem a Reabilitação. Uma vez que existem tantas vertentes da Reabilitação que requerem um esforço pluriprofissional e pluridisciplinar, os grupos e departamentos de investigação pluriprofissionais proporcionam o terreno mais fértil para a formação nas diversas profissões na área da Reabilitação, incluindo a medicina. Não parece lógico que os médicos implementem a Reabilitação de uma forma holística e pluriprofissional, mas que se dediquem à investigação exclusivamente em equipas uniprofissionais, isoladas umas das outras. São implementados todos os esforços para expor os formandos em MFR aos benefícios proporcionados por estas equipas pluriprofissionais e pluridisciplinares. Embora os recursos existentes em muitos países continuem a ser adequados para satisfazer apenas as necessidades de formação na investigação dos melhores formandos na MFR, a situação tem vindo a registar melhorias. O grupo de formandos que possuem um Doutoramento ou uma qualificação de nível equivalente para além da sua qualificação profissional constituirão as fundações das quais dependerá o futuro da actividade investigacional e académica.

7.4. Publicação dos resultados obtidos na investigação

Os resultados das investigações científicas sobre a MFR são publicados nas revistas profissionais de cada país. A nível europeu, os especialistas lêem uma

série de publicações científicas, que incluem o “Journal of Rehabilitation Medicine” (que provoca presentemente o “impacto” mais forte em todo o mundo), “Disability and Rehabilitation”, “Clinical Rehabilitation”, “Archives of Physical Medicine and Rehabilitation” e “Europa Medicophysica”, sendo que todas publicam investigações pluridisciplinares.

8. Futuros desenvolvimentos

8.1. Filosofia

Nos países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento tem vindo a registar-se um aumento da esperança de vida. Acima de tudo, o aumento da sobrevivência após lesões e doença, tal como o envelhecimento da população, irão resultar num aumento da necessidade de serviços de Reabilitação em todos os países da Europa, em que a esperança de uma qualidade de vida elevada deverá também aumentar.⁸⁰ Por este motivo, é necessário desenvolver continuamente os sistemas de Reabilitação, que tenham em conta os seguintes princípios:

- a Reabilitação após lesão ou doença e nas situações crónicas constitui um direito humano básico;⁸¹
- o acesso equitativo e facilitado a todos os aspectos da Reabilitação, incluindo a medicina de Reabilitação especializada, a produtos de apoio e dispositivos de compensação e o apoio social para toda a população da Europa;
- os padrões uniformemente elevados de cuidados de Reabilitação, incluindo controlo de qualidade e tratamentos baseados em evidências científicas;
- uma base científica de desenvolvimento de modelos de Reabilitação e padrões de cuidados para orientação da prática clínica.

8.2. Objectivos

Para que se possam atingir estes objectivos na MFR, serão necessárias as seguintes medidas:

- melhorar a compreensão e percepção geral das necessidades dos indivíduos incapacitados;
- publicitar os benefícios da Reabilitação. Estas medidas conduzirão a uma cultura em que o acesso a uma Reabilitação adequada será considerado como um direito básico do homem;
- aprofundar a compreensão e a cooperação entre as organizações não-governamentais de indivíduos incapacitados e a especialidade de MFR;
- criar infra-estruturas abrangentes de Reabilitação em toda a Europa, com equipas de Reabilitação especializadas e bem treinadas, bem como melhorar os recursos dessas infra-estruturas. Dever-se-ão criar, além disso, estruturas de Reabilitação na comunidade para tratamento das doenças crónicas incapacitantes;

- desenvolver sistemas para assegurar que a Medicina Física e de Reabilitação dispõe de especialistas suficientemente bem treinados e competentes, disponíveis em todos os países da Europa;
- estabelecer os padrões elevados comuns de cuidados, com base nas evidências actuais disponíveis. Estes padrões deverão ter em conta os processos de controlo de qualidade e o acesso às produtos de apoio e dispositivos de compensação;
- incorporar novos desenvolvimentos técnicos na prática da MFR, o que poderá permitir que a Reabilitação ofereça melhores prognósticos (A evolução tecnológica deverá contribuir significativamente para a independência e a qualidade de vida dos indivíduos incapacitados na Europa);
- promover actividades científicas e de investigação na área da Reabilitação, com fundos adequados que permitam melhorar as expectativas dos que sofrem de incapacidades;
- apoiar a criação de um ambiente em que os indivíduos incapacitados possam participar totalmente na sociedade. O especialista de MFR desenvolverá o seu trabalho com os indivíduos incapacitados, na busca deste objectivo.

Todas estas medidas irão ajudar a permitir que os indivíduos incapacitados contribuam substancialmente para a sociedade na comunidade na Europa.

9. Referências

1. European Academy of Rehabilitation Medicine, European Federation of Physical and Rehabilitation Medicine, European Union of Medical Specialists (Physical and Rehabilitation Medicine Section): White Book on Physical and Rehabilitation Medicine. Universidad Complutense de Madrid; 1989.
2. Martin J, Meltzer H, Eliot D. Report 1; The Prevalence of Disability among Adults. Office of Population, Census and Surveys, Social Survey Division. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, 1988- 89. London: HMSO; 1988.
3. Bax MCO, Smythe DPL, Thomas AP. Health care for physically handicapped young adults. *BMJ* 1988;296:1153-5.
4. UEMS-PRM-Section: Definition of Physical and Rehabilitation Medicine. www.euro-prm.org. 2005.
5. Ward AB, Chamberlain MA. Disabled Young Adults. In: Evans CD, Goodwill J, Chamberlain MA editors. *Rehabilitation of the Physically Disabled Adult*. 2nd ed. London: Chapman & Hall; 1996:191-8.
6. Dennis M, Langhorne P. So stroke units save lives: where do we go from here? *BMJ* 1994;309:1273-7.
7. Beyer HM, Beyer L, Ewert Th, Gadomski M, Gutenbrunner C, Kröling P et al. Weißbuch Physikalische Medizin und Rehabilitation. *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin* 2002;12:M 1-M 30.
8. Deutscher Bundestag (2004). Unterrichtung durch die Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Drucksache 15/4575: Bundesdruckerei, Berlin; 2005; p. 146.
9. Rice-Oxley M, Turner-Stokes L. Effectiveness of brain injury rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13 Suppl 1:7-24.
10. Redmond AD, Johnstone S, Maryosh J, Templeton J. A trauma centre in the UK. *Ann R Coll Surg Engl* 1993;75:317-20.
11. Templeton J. Organising the management of life-threatening injuries. *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:3-5.
12. Kaste M, Skyhoj Olsen T, Orgogozo J, Bogousslavsky J, Hacke W. Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. European Stroke Initiative (EUSI). *Cerebrovasc Dis* 2000;10 Suppl 3:1-11.
13. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Stroke Unit Trialists' Collaboration. [update in Cochrane Database of Systematic Reviews]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2002.
14. National Clinical Guidelines for Stroke. 2nd ed. Clinical Effectiveness and Evaluation Unit, Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians of London; 2004.
15. Turner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D. The Northwick Park care needs assessment (NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil* 1999;13:253-67.
16. Livingston MG, Brooks DN, Bond MR. Patient outcome in the year following severe head injury and relatives' psychiatric and social functioning. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985;48:876-81.
17. British Society of Rehabilitation Medicine Working Party Report on Traumatic Brain Injury. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 1998.
18. McLellan DL. Rehabilitation. *BMJ* 1991;303:355-7.
19. 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.
20. World Health Organisation. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF: Geneva: WHO; 2001.
21. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002;24:932-8.
22. Brandt E, Pope A. *Enabling America: Assessing the Role of Rehabilitation Science and Engineering*. Washington, DC: National Academy Press; 1977.

23. Stucki G. Rehabilitation medicine in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15:132-3.
24. Stucki G, Kroeling P. Principles of rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH editors. *Rheumatology*. 3rd ed. Vol. 1. Edinburgh: Mosby; 2003. p. 517-30.
25. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. *BMC Medical Research Methodology* 2006;6:36.
26. Stucki G, Sigl T. Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17:451-73.
27. Stucki G, Sangha O. Principles of rehabilitation. In: Klippel JH, Dieppe PA editors. *Rheumatology*. 2nd ed. London: Mosby; 1997. p. 11.1-11.14.
28. Medical Rehabilitation for people with physical and complex disabilities. Report of a working party. London: Royal College of Physicians; 2000.
29. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther* 2002;82:1098-107.
30. Cieza A, Ewert T, Ustun TB, Chatterji S, Kostanjsek N, Stucki G. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:9-11.
31. Stucki G, Grimby G. Applying the ICF in medicine. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:5-6.
32. Ustun B, Chatterji S, Kostanjsek N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine Special Supplement on ICF Core Sets. *J Rehabil Med* 2004;44 Suppl:7-8.
33. Stucki G, Cieza A. Understanding functioning, disability and health in rheumatoid arthritis – the basis for rehabilitation care. *Curr Opin Rheumatol* 2005;17:183-9.
34. UN Standard Rules to provide persons with disability full participation and equality. New York: United Nations; 1994.
35. EU Council of Ministers Meeting, Malaga: European Union; 2003.
36. Rehabilitation and integration of people with disabilities: policy and integration. Strasbourg: Council of Europe Publishing; 2003. 7th ed. p. 369.
37. A coherent policy for people with disabilities. 1992. Recommendation R (92) 6. Strasbourg: Council of Europe; 1992.
38. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (approved by UNO, 20 December 1993). New York: United Nations; 1994.
39. Legh Smith JA, Denis R, Enderby PM. Selection of aphasic stroke patients for intensive speech therapy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1987;50:1488-92.
40. Warner R. Stroke rehabilitation: benefits of educational initiatives. *Br J Nurs* 2000;9:2155-62.
41. Grahm BE, Borgquist LA, Ekdahl CS. Rehabilitation benefits highly motivated patients: a six-year prospective cost-effectiveness study. *Int J Technol Assess Health Care* 2004;20:214-21.
42. Turner-Stokes L, Disler PB, Nair A, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD004170.
43. Wade DT. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil* 2003;25:875-81.
44. Turner-Stokes L. The evidence for the cost-effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10-2.
45. Melin R, Fugl-Meyer AR. On prediction of vocational rehabilitation outcome at a Swedish employability institute. *J Rehabil Med* 2003;35:284-9.
46. Didier JP. La plasticité de la fonction motrice. Collection de l'Académie Européenne de Médecine de Réadaptation. Paris: Springer Verlag; 2004. p.476.
47. Krauth C, Hessel F, Klingelhöfer HE, Schwelkert B, Hansmeier T, Wasem J. [Health Economic Evaluation of Rehabilitation Programmes in the "Rehabilitation Science" Research Funding Programme in Germany]. *Rehabilitation (Stuttg)* 2005;44:297-306.
48. Boyd LA, Winstein CJ. Impact of explicit information on implicit motor-sequence learning following cerebral artery stroke. *Phys Ther* 2003;83:976-89.
49. Friberg F, Scherman MH. Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance? A theoretical discussion. *Scand J Caring Sci* 2005;19:274-9.
50. André JMF. Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. In: Held JP, Dizien O editors. *Traité de médecine physique et de réadaptation*. Paris: Flammarion; 1999. p. 3-13.
51. SGB IX (9th Social law): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Beck-Texte. Dt. München: Taschenbuch-Verlag; 2001.
52. Garraway GM, Akhtar AJ, Prescott RJ, Hockey L. Management of acute stroke in the elderly: follow-up of a controlled trial. *BMJ* 1980;1:827-9.
53. Mazaux JM, De Seze M, Joseph PA, Barat M. Early rehabilitation after severe brain injury: a French perspective. *J Rehabil Med* 2001;33:99-109.
54. Wade D. Investigating the effectiveness of rehabilitation professions—a misguided enterprise? *Clin Rehabil* 2005;19:1-3.
55. Quintard B, Croze P, Mazaux JM, Rouxel L, Joseph PA, Richer E et al. Life satisfaction and psychosocial outcome in severe traumatic brain injuries in Aquitaine. *Ann Readapt Med Phys* 2002;45:456-65.
56. McLellan DL. Targets for rehabilitation. *BMJ* 1985;290:1514.
57. Nybo T, Sainio M, Muller K. Stability of vocational outcome in adulthood after moderate to severe pre-school brain injury. *J Int Psychol Soc* 2004;10:719-23.
58. Association of British Neurologists, NeuroConcern Group of Medical Charities, British Society of Rehabilitation Medicine. Neurological Rehabilitation in the United Kingdom. Report of a Working Party. London: British Society of Rehabilitation Medicine; 1992.
59. NHS and Community Care Act 1990. London: HMSO; 1990. 60. Hall KM, Cope N. The benefits of rehabilitation in traumatic brain injury: a literature review. *J Head Trauma* 1995;10:1-13.
61. Verplancke D, Snape S, Salisbury CF, Jones PW, Ward AB. A randomised controlled trial of the management of early lower limb spasticity following acute acquired severe brain injury. *Clin Rehabil* 2005;19:117-25.
62. Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U. [General early rehabilitation] *Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2002;12:146-56.
63. Glaesner, JJ, Harloff KJ, van de Weyer TH. [Rehabilitation in Acute Hospitals]. *Fortschritt und Fortbildung in der Medizin* 2005;29:13-9.
64. Franchignoni F, Salaffi F. Generic and specific measures for outcome assessment in orthopaedic and rheumatological rehabilitation. In: Barat M, Franchignoni F editors. *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*. Pavia: Maugeri Foundation Books; 2004. p.58.
65. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4*. UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
66. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhainen M, Hurri H et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library Issue 4*. UK: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
67. UEMS Charter on Specialty Training EC Directive 93/16/EEC. Brussels. European Commission; 5 April 1993.
68. Pradat-Diehl P, Azouvi P. *Fonctions executives et rééducation*. Paris: Masson; 2006.
69. Azouvi P, Perrier D, Van der Linden M. *La rééducation en neuropsychologie*. Marseille: Solal; 1999.
70. Mazaux JM. *Aphasie*. Paris: Masson; 2000.
71. Tennant A. Principles and Practice of Measuring Outcome. In: Barat M, Franchignoni F editors. *Advances in Physical Medicine and Rehabilitation: Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation*. Pavia: Maugeri Foundation Books; 2004. p. 35
72. Bethoux F, Calmels P. *Guide de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris: Roche; 2003.

73. State University of New York at Buffalo. Guide to the use of the uniform dataset for medical rehabilitation (adult FIM). Version 4. Buffalo, NY: State University of New York at Buffalo; 1993.
75. Mau W, Gülich M, Gutenbrunner C, Lampe B, Morfeld M, Schwarzkopf SR et al. Lernziele im Querschnittsbereich Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren nach der 9. Revision der Approbationsordnung für Ärzte. Physikalische Medizin: Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin 2004;14:308-18.
76. Ward AB. Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. J Rehabil Med 2006;38:81-6.
77. Heilporn A, Andre JM, Didier JP, Chamberlain MA. Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review. J Rehabil Med 2006;38:10-2.
78. National Rehabilitation Guidelines –Italian National Health Service-Ministry of Health Official Bulletin, Rome, 1998.
79. SPREAD National Stroke Guidelines- Italian National Health Service.2001. www.sanita.it.
80. Brain Injury Guideline – Modena and Verona national Consensus Conference- 2001/2005 –www.sanita.it
81. The Department of Health and Social Security: OPCS Surveys of disability in Great Britain Report 1: The prevalence of disability among adults. 1988.

APÊNDICE Ia.

Proposta para uma Nova Definição com Base no Modelo CIF
 [Cortesia: G. Stucki e J. Melvin em colaboração com o Comité de Prática profissional da Secção de MFR da UEMS]

Com base no modelo integrador da OMS sobre funcionalidade humana, a MFR é a especialidade médica que tem por fulcro a Reabilitação como estratégia de saúde. A MFR aplica-se e integra as vertentes biomédica e de engenharia, de forma a capitalizar a capacidade do indivíduo através de uma abordagem que reforça os recursos do indivíduo, proporciona um ambiente facilitador e desenvolve o desempenho do indivíduo em termos da sua interacção com o ambiente. Este processo inclui o diagnóstico e o tratamento das patologias. A eficácia da MFR processa-se através:

- 1) da avaliação da funcionalidade relativamente aos problemas de saúde, factores pessoais e ambientais incluindo prognóstico; do potencial para alterar o prognóstico; da identificação dos objectivos a longo prazo, dos objectivos do programa de intervenção, dos objectivos dos ciclos de Reabilitação e dos objectivos da intervenção, bem como da avaliação da incapacidade legal;
- 2) da execução ou aplicação de intervenções biomédicas ou de engenharia para optimização da capacidade, incluindo modalidades físicas, técnicas de alívio da dor; intervenções neuropsicológicas; intervenções nutricionais e farmacológicas; intervenções a nível de engenharia, incluindo implantes, próteses e ortóteses, auxiliares e mecanismos desenvolvidos para estabilizar, melhorar ou restaurar as funções e estruturas orgânicas incapacitadas. Estas intervenções permitem minimizar a dor, a fadiga e outros sintomas, evitar défices, complicações médicas e riscos, incluindo, por exemplo, depressão, úlceras cutâneas, trombose, contracturas articulares, osteoporose e quedas, bem como compensar a ausência ou perda das funções e estruturas orgânicas;
- 3) da liderança e coordenação dos programas de intervenção de forma a obter um desempenho optimizado num processo de solução de problemas pluridisciplinar interactivo; implementação, aplicação e integração de intervenções a nível biomédico e de engenharia; intervenções psicológicas e comportamentais; intervenções educacionais e de aconselhamento; intervenções ocupacionais e vocacionais; intervenções sociais e a nível arquitectónico;
- 4) da orientação aos doentes e ao seu ambiente mais próximo, aos prestadores de serviços e às entidades pagadoras, num contexto de cuidados continuados em todas as situações, desde o hospital de cuidados agudos até à comunidade;
- 5) da gestão da Reabilitação nos serviços de saúde e multi-agência;
- 6) do aconselhamento ao público no sentido de requerer, e aos decisores em adoptar e implementar, políticas e programas na saúde - Esta atitude (a) estende-se aos sectores que proporcionam um ambiente facilitador mais alargado a nível físico, social e económico; (b) assegura o acesso aos serviços de Reabilitação como direito do homem; e (c) proporciona aos especialistas de MFR o poder de proporcionar cuidados atempados e eficazes que permitem aos indivíduos incapacitados ou em risco de incapacidade atingir e manter uma funcionalidade óptima na sua interacção com o ambiente físico, social e económico alargado.

APÊNDICE Ib.**Descrição da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação**

A Medicina Física é a disciplina médica que cobre, em termos científicos, as intervenções destinadas a melhorar a funcionalidade fisiológica e mental, utilizando mecanismos fisiológicos (nomeadamente reflexos, adaptação funcional e neuroplasticidade), bem como treino físico e mental. Isto é possível após a realização de um diagnóstico funcional preciso através de testes funcionais, o que constitui uma competência especializada da MFR. A Medicina Física é frequentemente exercida por meio de um trabalho de equipa pluriprofissional, que inclui fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, assistentes sociais, equipa educacional e engenheiros apropriados. (Ver Capítulo 5).

A Medicina de Reabilitação foca não só a funcionalidade física como também a capacidade de levar os indivíduos a participar activamente na sociedade. Esta definição ultrapassa a definição estabelecida de Reabilitação, que corresponde a um “processo activo através do qual os indivíduos incapacitados por lesão ou doença conseguem obter uma recuperação completa ou, quando esta recuperação não seja possível, realizam o seu potencial físico, mental e social optimizado e são integrados no seu ambiente mais apropriado”². Ambos são relevantes para os indivíduos que sofrem de doenças crónicas, após traumatismo ou com anomalias congénitas. Para conseguir este objectivo, procede-se ao treino de actividades como a higiene pessoal, a marcha, condução, compras, aprendizagem e muitas outras actividades no contexto da Reabilitação. Na *International Classification of Functioning, Disabilities and Health* (CIF)⁹ encontra-se uma revisão de todas as possíveis actividades (ver Capítulo 3).

APÊNDICE II.

Exemplos de situações incapacitantes frequentemente apresentadas aos especialistas de MFR

Como consequência de:

Traumatismo

- lesão cerebral traumática;
- lesão da medula espinhal;
- traumatismo múltiplo e complexo;
- lesões do plexo braquial e dos nervos periféricos
- lesões desportivas;
- lesões associadas a doenças crónicas incapacitantes;
- lesões ocupacionais.

Problemas neurológicos

- AVC - incluindo hemorragia subaracnoideia;
- patologias neurológicas incapacitantes crónicas, nomeadamente esclerose múltipla e doença de Parkinson;

- infecções e abscessos do sistema nervoso central;
- tumores do sistema nervoso central;
- paralisia da medula espinhal;
- alterações neuromusculares e miopatias;
- neuropatias periféricas, incluindo de Guillain-Barré.

Doenças e Síndromes de compressão nervosa

- doença de Alzheimer;
- patologias congénitas - paralisia cerebral, espinha bífida, etc.;
- problemas congénitos raros.

Situações álgicas agudas e crónicas

- amputação (como consequência de situações pós-traumáticas, vasculares e nas doenças malignas);
- situações após cirurgia (incluindo transplante de órgãos), tratamento em UCI (incluindo patologias críticas, polineuropatia e síndromes de imobilização com descondicionamento), bem como falência multi-órgãos).

Patologias músculo-esqueléticas

- perturbações da medula espinhal
 - 1) lombalgias agudas e crónicas;
 - 2) síndromes espinhais cervicais;
 - 3) doença espinhal torácica;
- doença articular degenerativa e inflamatória;
- outras mono e poli-artroses;
- reumatismo dos tecidos moles (incluindo fibromialgia);
- problemas complexos da mão e do pé;
- osteoporose;
- síndromes álgicas crónicas (músculo-esqueléticas);
 - 1) síndromes álgicas relacionadas com a profissão;
 - 2) síndromes de fadiga crónica e fibromialgia.

Perturbações cardiovasculares

- doença cardíaca coronária;
- insuficiência cardíaca;
- valvulopatias;
- cardiomiopatias;
- doença vascular periférica, incluindo amputações;
- hipertensão arterial.

Patologias respiratórias

- asma;
- doença pulmonar obstrutiva crónica;
- fibrose pulmonar;
- pneumoconiose, incluindo asbestose e outras lesões industriais.

Obesidade e patologias metabólicas

- diabetes *mellitus*;
- síndromes metabólicas, hiperlipidémia e hiperuricemia.

Patologias das vias urinárias

- insuficiência renal crónica;
- tumores das vias urinárias, incluindo cancro da próstata;
- prostatismo (hipertrofia da próstata);
- incontinência - nomeadamente incontinência de *stress* e incontinência pós-cirúrgica.

Patologias do aparelho gastrointestinal

- doença de Crohn, Colite ulcerosa;
- perturbações gastrointestinais funcionais.

Disfunção sexual (outras razões não-neurológicas)

- questões relacionadas com a sexualidade;
- disfunção eréctil.

Doenças infecciosas e imunológicas

- transplante de medula óssea;
- consequências de infecção pelo VIH.

Cancro e suas consequências, incluindo sequelas de tratamento e palição**Problemas relacionados com a idade**

- patologias pediátricas, incluindo mal-formações congénitas, escoliose idiopática, doença de Perthes, espinha bífida, etc.;
- problemas relacionados com a idade avançada.

APÊNDICE III.**Especialistas de MFR na Europa, pelos Estados Membros da UEMS (2006)**

Pais	Número total de Médicos	Número total de Especialistas	Número de especialidades	Especialistas de MFR em Exercício	Número de Formandos em MFR	Número de especialistas de MFR/100000 indivíduos	População
Alemanha	394 432	261 437	43	1 571	65	1.96	80 000 000
Áustria	29 100	13 150	44	134	85	1.85	7 300 000
Bélgica	38 700	16 365	24	450	80	4.40	10 240 000
Chipre	2 000	1 850	41	9	—	0.90	1 000 000
Croácia*	15 600	8 200	43	299	40	6.80	4 600 000
Dinamarca	15 000	6 000	23	120	0	2.18	5 500 000
Eslováquia				Informações indisponíveis			
Eslovénia	4 547	3 362	39	68	19	3.40	2 000 000
Espanha	157 900	70 000	51	2 150	292	4.89	44 000 000
Estónia	8 968	4 312	40	158	—	11.70	1 351 000
Finlândia	19 000	10 500	35	152	30	2.92	5 200 000
França	183 700	95 000	38	1760	125	2.97	61 300 000
Grécia	60 700	15 200	37	164	33	1.49	11 000 000
Holanda	39 800	16 500	27	248	78	1.65	15 000 000
Hungria	40 829	29 280	92	140	27	1.38	10 117 000
Irlanda	6 050	4 650	51	5	2	0.13	4 000 000
Islândia*	900	-	33	10	3	3.72	270 000
Itália	307 600	160 000	45	2 200	350	3.85	59 000 000
Letónia	8 588	7 437	46	120	7	5.42	2 300 000
Lituânia				Informações indisponíveis			
Luxemburgo	810	520		8	0	2.00	400 000
Malta				1	0	0.25	400 000
Noruega*	18 404	13 982	30	183	58	3.00	4 300 000
Polónia	109 000	65 000	58	900	120	2.30	39 000 000
Portugal	29 950	14 530	46	325	100	3.25	10 000 000
Reino Unido	150 000	21 000	58	129	57	0.27	58 000 000
República Checa	35 000	27.000	80	483	130	4.67	10 300 000
Roménia*	44 630	37 670	58	690	164	3.14	22 000 000
Sérvia e Montenegro	25 000	20 000	41	610	120	5.80	10 500 000
Suécia	27 000	17 600	60	160	20	1.88	8 500 000
Suíça*	25 251	23 170	44	269	50	3.59	7 502 000
Turquia*	91 000	33 000	36	1 300	200	1.86	70 000 000

* Não é membro da UE.

APÊNDICE IV.

Ferramentas de Diagnóstico e Avaliações na Medicina Física e de Reabilitação

O diagnóstico e avaliação da MFR inclui a seguinte lista.

Diagnóstico da doença

- anamnese;
- exame clínico;
- ferramentas de diagnóstico clínico, nomeadamente imagiologia, etc.

Avaliações funcionais

- exames funcionais clínicos (por exemplo, testes musculares, amplitude de movimentos, coordenação, destreza);
- testes padronizados/clínicos (levantar e caminhar cronometrado; alcance funcional, elevação da posição de sentado e outros)
- testes técnicos (dinamometria: resistência e força muscular; testes electrofisiológicos, etc.);
- escalas de classificação e questionários, determinações de resultados finais;
- testes somato-sensoriais (toque, temperatura, pressão, dor, etc.);
- postura; mobilidade; alcance; capacidade de agarrar e manipulação;
- testes de sensações e dos sentidos;
- deglutição e nutrição;
- sexualidade;
- continência;
- viabilidade de tecidos (problemas cutâneos e úlceras de pressão);
- função intestinal/urinária;
- comunicação (verbal, linguagem e não-verbal);
- estados emocionais, de comportamento e de personalidade;
- parâmetros gerais de saúde, etc.;
- testes neuropsicológicos (percepção, memória, funções executivas, atenção e outros).

Avaliações de actividade e participação

- história/anamnese, listas de verificação e questionários;
- factores ambientais relevantes;
 - 1) situação social, família e amigos, comunidade;
 - 2) ocupação e empregador, finanças e outros recursos, etc.;
- necessidades específicas de cuidados;
- necessidades específicas de equipamento (por exemplo, cadeiras de rodas);
- adaptações ambientais (nomeadamente acomodação).

Avaliações funcionais especiais

- Laboratórios de análise da marcha, que possuem instrumentos para:
- avaliações cinemáticas - padrões de movimentos, incluindo parâmetros temporais e espaciais (goniometria/electrogoniometria, acelerometria, sistemas opto-electrónicos, videocamera digital com *software* dedicado, etc.);
 - determinações cinéticas - forças de reacção do solo (plataformas dinamométricas, plataformas pedobarográficas, sistemas sensoriais em palmilha, sistemas *de plataforma* portáteis, etc.);
 - actividade superficial de EMG em músculos alvo;
 - energética.

Quantificação de outro tipo de equilíbrio e tarefas de mobilidade (posturografia estática e dinâmica, monitorização a longo prazo da actividade, etc.).

Desempenho ocupacional: actividades da vida quotidiana e de tarefas domésticas, trabalho e actividades produtivas (incluindo avaliação da capacidade funcional e análise do local de trabalho), avaliação da condução terapêutica, actividades de lazer.

APÊNDICE V.

Curriculum de estudos e conhecimentos teóricos para o Diploma da Comissão Europeia de MFR (Versão de 2005)

A) Conhecimentos Básicos Específicos da Especialidade

Introdução: Filosofia, Objectivos e Metodologia da Medicina Física e de Reabilitação.

- 1) Aspectos históricos da especialidade.
- 2) Incapacidade e Processo de Reabilitação.
 - a) Modelo da medicina tradicional.
 - b) Modelo da Medicina Física e de Reabilitação
 - c) Processo de Reabilitação.
- 3) Medicina Física e de Reabilitação: uma especialidade autónoma.
 - a) Critérios para uma especialidade autónoma.
 - b) Filosofia.
 - c) Objectivos.
 - d) Metodologia.
- 4) Papel de um Especialista em Medicina Física e de Reabilitação.
 - a) Tarefas clínicas.
 - b) Tarefas médico-sociais.
 - c) Objectivos e padrões da especialidade.
 - d) Trabalhos interdisciplinares.

Capítulo 1. **Fundamentos da Medicina Física e de Reabilitação**

- 1) Princípios de biomecânica geral, tanto cinéticos como cinemáticos. Forças, forças acopladas, alavancas, momentos, potência, trabalho, inércia, aceleração.
- 2) Princípios de comportamento e de resistência de materiais em esforço. Compreensão geral do esforço e efeitos do esforço. Características de materiais homólogos e compósitos. Conhecimentos elementares da determinação do esforço e deformação dos diversos materiais.
- 3) Biomecânica: compreensão geral das aplicações dos parágrafos anteriores aos tecidos vivos.
Biomecânica dos diferentes tecidos do corpo humano (em especial do sistema locomotor). Conhecimentos elementares de biomecânica de fluidos e sua aplicação aos líquidos do corpo humano.
- 4) Estudo do movimento humano (cinesiologia).
 - a) Geral.
 - Aplicação de sistemas de alavancas ao corpo humano; diferentes constituintes das alavancas relativamente ao sistema de locomoção humano.
 - Conhecimentos de estruturas articulares, classificação e características dos movimentos das articulações.

Contrações musculares, resistência interna e externa, encurtamento dos músculos e amplitude dos movimentos articulares. Factores limitadores da amplitude de movimentos.

Diferentes tipos de músculos. Diferentes tipos mecânicos de contração muscular, músculos mono e poliarticulares. Contrações estáticas ou isométricas, contrações dinâmicas ou isotónicas.

Contrações pliométricas. Sistemas musculares agonistas, antagonistas, sinérgicos. Cadeias cinéticas.

- b) Específicos
 - Fisiologia da função articular e muscular: coluna e membros. Esta parte do programa pressupõe um pré-requisito de conhecimentos pormenorizados da anatomia do sistema locomotor.
- c) Aplicados
 - Aplicação de dados anteriores à análise da postura e movimento em actividades elementares da vida humana: posições fundamentais e diversas posturas, gestos, preensão, destreza, marcha, corrida e salto.
- 5) Efeitos bioquímicos do exercício. Dispendio de energia, regulação térmica. Custos fisiológicos, efeitos cardiovasculares e pulmonares do exercício.
- 6) Epidemiologia clínica, metodologia da investigação clínica. Estatísticas.
- 7) Medicina baseada na evidência na Especialidade da Medicina Física e de Reabilitação.
- 8) CIF.
- 9) Avaliação da função cognitiva.

Capítulo 2. **Fisiologia e fisiopatologia básica**

- 1) Sistema nervoso central.
- 2) Sistema nervoso periférico.
- 3) Sistema nervoso autónomo.
- 4) Músculo
- 5) Junção neuromuscular
- 6) Neurofisiologia da postura e movimento.
- 7) Mecanismos da dor; interacção entre a dor e o movimento.

Capítulo 3. **Avaliação clínica e funcional na Medicina Física e de Reabilitação**

- 1) Avaliação clínica e funcional das articulações e músculos; função motora e sensorial.
- 2) Avaliação da cognição, fala e linguagem, memória, comportamento, etc.
- 3) Testes laboratoriais e técnicas de imagiologia. Uso racional da imagiologia médica moderna na medicina física e de Reabilitação.
- 3) Avaliação quantitativa por registo computadorizado de fenómenos mecânicos ou cinéticos (plataformas de força) bem como de movimento ou cinemáticos (diferentes formas modernas de registo de deslocação de segmentos do corpo).
- 5) Electrodiagnóstico: electromiografia, estudos de condução de estímulos nervosos e potenciais evocados.
- 6) Testes de função pulmonar.
- 7) Testes de função cardiovascular, saturação de oxigénio, testes de exercício graduados, custos fisiológicos da energia.
- 8) Testes bioquímicos e patológicos presentemente utilizados na medicina física e de Reabilitação.
- 9) Avaliação funcional: uso e aplicação da CIF. Várias escalas, instrumentos, testes e índices utilizados em condições relevantes para a medicina física e de Reabilitação.
- 10) Análise da postura e do movimento (incluindo posturografia e marcha).

Capítulo 4. **Terapêuticas na Medicina Física e de Reabilitação**

- 1) Fisioterapia
 - a) Conhecimentos de técnicas elementares de fisioterapia passiva e activa. Diferentes técnicas de massagem manual e instrumental. Técnicas de Reabilitação funcional de problemas articulares (manuais e instrumentais). Reeducação muscular, estimulação da actividade muscular, treino funcional. Técnicas de fortalecimento muscular, treino de resistência, reeducação das capacidades.

- b) Métodos específicos da fisioterapia e diferentes patologias.
 - Técnicas como Cyriax, Menell, etc...
 - Técnicas de facilitação neuromuscular, nomeadamente Kabat, Bobath, Brunström, Vojta, etc...
 - Tratamento do linfedema.
 - c) Indicações, prescrições, controlos na fisioterapia: conhecimento geral da técnica e escolha das técnicas tendo em conta os resultados das avaliações clínica e funcional, tipo de patologia e características individuais de cada doente.
- 2) Modalidades de Terapia Física: utilização de técnicas de terapia física, conhecimentos básicos, efeitos do tratamento, indicações e contra-indicações.
- a) Electroterapia: correntes galvânicas; correntes de baixa, média e alta frequência.
 - b) Vibração mecânica.
 - c) *Biofeedback*.
 - d) Termoterapia: tratamento pelo frio e pelo calor.
 - e) Balneoterapia.
- 3) Terapia ocupacional.
- Fundamentos de ergonomia.
 - Princípios e métodos da terapia ocupacional.
 - Materiais, equipamento, tecnologia e avaliação na terapia ocupacional
 - Aplicações da terapia ocupacional: no treino articular/muscular, treino de resistência, Reabilitação funcional e reintegração na comunidade (treino sócio-familiar, doméstico, profissional e no local de trabalho).
 - Avaliação, orientação e treino vocacional.
- 4 Equipamento e produtos de apoio.*
- a) Materiais utilizados.
 - b) Ligaduras.
 - c) Ortóteses (coluna, membros).
 - d) Próteses: indicações cirúrgicas para amputação. Equipamento para amputados e Reabilitação
 - e) Estomaterapia.

* Os especialistas de Medicina Física e de Reabilitação devem ter um conhecimento geral dos materiais utilizados nas ortóteses e próteses e nas suas propriedades mecânicas. Além disso, no caso dos materiais utilizados com maior frequência, espera-se um melhor conhecimento do seu processo de fabrico, opções adicionais, peças sobressalentes e respectiva aplicação na prática clínica; o especialista deverá dispor de conhecimentos pormenorizados sobre como prescrevê-los e adaptá-los, verificar a sua aplicação e avaliar os seus efeitos terapêuticos.

- f) Produtos de apoio e aplicações: infraestruturas, ferramentas, equipamento ADL, meios de transferência e de comunicação, controlo ambiental, equipamento doméstico; independentemente do seu nível de simplicidade ou sofisticação, se poderão auxiliar o doente incapacitado a adquirir maior independência e melhoria da sua qualidade de vida.
- g) Prescrição e acompanhamento do uso de cadeira de rodas.

- 5) Terapia manual.
- Fisiopatologia da medicina manual. Conhecimentos de anatomia. Exame clínico da coluna e membros. Disfunção dos segmentos inter-vertebrais. Princípios das técnicas manuais. Indicações e contra-indicações. Perigos potenciais dos actos de manipulação. Exame e avaliação clínica.
- 6) Reeducação nos problemas da fala e da linguagem, princípios e equipamento e tecnologia utilizados na terapia da fala e da linguagem. Desenvolvimento da linguagem na infância. Avaliação da terapia da fala e sua aplicação à Reabilitação dos problemas na articulação, linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita). Avaliação e tratamento das perturbações da deglutição.
- 7) Reintegração dos indivíduos incapacitados na sociedade. Princípios e métodos de psicologia clínica e assistência social (serviços sociais). Avaliação cognitiva (intelecto, memória, concentração, comportamento) e potencial de aprendizagem. Respectiva aplicação às capacidades cognitivas e psicológicas e sociais: memória e concentração, compreensão do doente e aceitação do seu problema, motivação para a Reabilitação, estado emocional, dificuldades nas relações interpessoais; treino vocacional e métodos para assegurar uma segurança financeira. Implicações ambientais.
- 8) Reabilitação neuro-psicológica: avaliação e tratamento.
- 9) Farmacologia: farmacocinética dos medicamentos utilizados na medicina de Reabilitação; possíveis interações com o programa de Reabilitação e com o exercício terapêutico.
- 10) Técnicas de infiltração e de injeção; acupunctura.
- 11) Terapêutica de ondas de choque extracorporais na tendinite.
- 12) Gestão pluridisciplinar da dor.

B) Aplicações à patologia.

Para cada um dos capítulos que se seguem, não se tem sentido necessidade de indicar todas as diferentes descrições das doenças tratáveis pelos médicos da especialidade. Será suficiente especificar que os especialistas de Medicina Física e de Reabilitação deverão saber, para cada grupo, quais os sinais e sintomas clínicos, ferramentas de diagnóstico, tipos apropriados de avaliação e terapêutica actual. É particularmente importante saber quais os efeitos terapêuticos da Reabilitação, as suas indicações e contra-indicações.

Capítulo 5. O doente imobilizado

- 1) Fisiopatologia da imobilização. Consequências sobre o:
 - a) sistema cardiovascular;
 - b) sistema respiratório;
 - c) sistema nutricional;
 - d) sistema metabólico (osteoporose);
 - e) sistema nefrológico e urológico;
 - f) sistema cutâneo (úlceras de pressão);
 - g) sistema muscular;
 - h) sistema músculo-esquelético;
 - i) sistema neuropsicológico.
- 2) Prevenção e tratamento dos problemas supracitados.

Capítulo 6. Patologias do sistema locomotor do adulto na Medicina Física e de Reabilitação

- 1) Problemas não-traumáticos
 - a) doença articular inflamatória, polimialgia reumática, patologias dos tecidos conjuntivos;
 - b) artropatias microcristalinas, gota, condrocalcinose;
 - c) osteomalacia, osteoporose;
 - d) doença de Paget;
 - e) tumores primários e secundários malignos do osso;
 - f) reumatismo extra-articular;
 - g) doenças neuromusculares;
 - h) osteoartrose;
 - i) patologias da medula espinhal;
 - j) artroplastia;
 - l) patologias da mão e do pé;
 - m) conhecimentos elementares de cirurgia articular: artroscopia, artrotomia, artrodése.
 - n) síndromes de fadiga crónica e fibromialgia;
 - o) síndrome de dor miofascial.
- 2) Problemas traumáticos no adulto,
 - a) fisiologia e fisiopatologia da reparação de tecidos no sistema locomotor;
 - b) entorses e distensões,
 - c) deslocamentos. Deslocamentos traumáticos e recidivantes;
 - d) fracturas: medulares (sem complicações neurológicas), membros: princípios do tratamento específico, períodos de recuperação, incluindo cirurgia, por exemplo, osteotomia.

- e) patologias específicas da mão e do pé.
- 3) Queimaduras:
 - a) classificação;
 - b) procedimentos terapêuticos;
 - c) prevenção e Reabilitação das complicações.

Capítulo 7. Medicina Física e de Reabilitação e desporto

Medicina Física e de Reabilitação relacionada com as actividades desportivas. Desportos para indivíduos incapacitados.

Capítulo 8. Medicina Física e de Reabilitação. Patologia do Sistema Nervoso

- 1) Sistema nervoso central.
 - a) Patologias vasculares, neoplásicas, traumáticas, inflamatórias, infecciosas e degenerativas do cérebro e da medula espinhal.
 - b) Lesões da medula espinhal: traumáticas, neoplásicas, outras. Avaliação e tratamento das lesões da medula espinhal.
 - c) Patologias espino-cerebelosas degenerativas: doença de Friedreich, Strumpell Lorrain, etc.
 - d) Disfunção neuropsicológica.
- 2) Sistema nervoso periférico.
- 3) Défices sensoriais especiais

Capítulo 9. Medicina Física e de Reabilitação e patologias respiratórias

- 1) Apreciação fundamental das síndromes obstrutivas e restritivas agudas e crónicas. Etiologia e princípios terapêuticos.
- 2) Princípios de Reabilitação: avaliação funcional através de testes da função pulmonar.
 - a) Técnicas activas e passivas de drenagem brônquica e postural, percussão manual, técnicas instrumentais.
 - b) Formação e treino do doente.
 - c) Ventilação artificial, respiração assistida, respiração assistida domiciliar. Abordagem da traqueostomia.
 - d) Equipamento de respiração assistida.
 - e) Vigilância e monitorização do tratamento.
- 3) Respectiva aplicação

Capítulo 10.**Medicina Física e de Reabilitação e patologias cardiovasculares**

Perturbações do foro cardíaco:

- 1) Reabilitação cardíaca na valvulopatia.
- 2) Reabilitação cardíaca após enfarte agudo do miocárdio.
- 3) Cardiomiopatias
- 4) Cirurgia cardíaca

Perturbações do foro vascular:

- Sistema arterial
 - a) Doença arterial oclusiva dos membros inferiores: investigação, local e tecnologia a utilizada na Reabilitação nas diversas fases da patologia.
 - b) Reabilitação dos amputados, cuidados do coto, próteses.
- Sistema venoso
 - a) Prevenção e tratamento da trombose venosa profunda.
 - b) Problemas venosos: úlceras, úlceras varicosas.
 - Sistema linfático

Capítulo 11.**Medicina Física e de Reabilitação na criança**

- 1) Avaliação do desenvolvimento da criança: desenvolvimento psicomotor, movimento, desenvolvimento sensorial e cognitivo. Testes e avaliação dos estádios de desenvolvimento.
- 2) Fisiopatologia do sistema locomotor em desenvolvimento. Interação entre o crescimento e as anomalias das estruturas músculo-esqueléticas e articulares.
- 3) Neuropediatria, paralisia cerebral, espinha bífida e mielomeningocele. Amiotrofias espinhais infantis. Consequências neuro-pediátricas das alterações neurológicas, prevenção, tratamento e monitorização.
- 4) Malformação congénita do sistema músculo-esquelético (coluna, membros, agenesia esquelética, aplasia congénita e displasias; displasia da anca, pé boto, outras malformações do pé.
- 5) Perturbações do crescimento.
- 6) Discrepância dos membros inferiores.
- 7) Escolioses secundárias, idiopáticas, congénitas
- 8) Traumatismo infantil: apreciação global do traumatismo e Reabilitação nas crianças, nomeadamente queimaduras e amputações na criança.

Capítulo 12.**Medicina Física e de Reabilitação nos problemas urológicos e sexuais**

- 1) Avaliação da fisiologia da continência do controlo vesical/ esfíncteriano e funcionamento do esfíncter anal.

- 2) Patologias vesicais/ esfíncterianas: neurológicas e outras. Urodinamia. Avaliação e tratamento.
- 3) Avaliação e tratamento de patologia ano-rectal do esfíncter e bexiga e intestinos hiperactivos.
- 4) Consequências sexuais da disfunção neurológica, incluindo gravidez, na paralisia espinal.

Capítulo 13.**Medicina Física e de Reabilitação no idoso**

- 1) Processo de envelhecimento em diferentes sistemas:
 - a) sistema nervoso central e periférico: envelhecimento neuronal, influências sobre o estado emocional, funcionalidade cerebral e mecanismos de *feedback*;
 - b) sistema músculo-esquelético;
 - c) sistema cardiovascular e respiratório.
- 2) Apreciação dos fundamentos da patologia geriátrica: epidemiologia, patologia, evolução no envelhecimento e terapêutica.
- 3) Indicações para que os doentes geriátricos permaneçam em casa ou sejam institucionalizados.

Capítulo 14.**Reabilitação oncológica****Capítulo 15.****Reintegração e manutenção de indivíduos incapacitados e idosos no contexto doméstico**

- 1) Ideia geral sobre a saúde e sobre as agências médico-sociais nos diferentes países da Comunidade Europeia:
 - a) sistemas de Seguros de Saúde e Segurança Social;
 - b) hospitalização, privada e pública;
 - c) hospitalização domiciliária;
 - d) cuidados domiciliários, profissionais de saúde, auxiliares domésticos, "etc."
 - e) assistência e vigilância telefónica e por outros métodos de telecomunicação.
- 2) Conhecimentos da organização geral da Reabilitação, local e papel do especialista na medicina física e de Reabilitação no contexto destas estruturas.

APÊNDICE VI.**Regras para Educação médica continuada (CME) e Desenvolvimento Profissional contínuo (CPD) para os Especialistas de MFR**

Todos os especialistas de MFR certificados pela Ordem deverão obter 50 créditos anualmente. Esta obtenção não é mandatária, embora os especialistas devam obter um total de 250 créditos ao longo de 5 anos. A revalidação dos especialistas de MFR certificados pela Ordem ocorre decorridos dez anos após a certificação e é baseada nos créditos de CME. Estes podem ser obtidos por:

- 1) Participação em eventos científicos:
1 crédito por hora de estudo presente (não superior a 6 créditos por dia), ou 3 créditos por evento de meio dia ou 6 créditos por evento de dia completo.
- 2) Apresentação de trabalhos científicos (como orador em conferências/apresentação de posters):
5 créditos, por cada apresentação, realizada pelo indivíduo durante um evento científico acreditado, 3 créditos, por cada poster, realizado pelo indivíduo durante um evento científico acreditado.
- 3) Publicações em:
 - i. Revistas médicas: 10 créditos a cada autor.
 - ii. Livros: 10 créditos por cada capítulo.
- 4) Actividades académicas (por exemplo, Doutoramento - trabalho apresentado - 50 créditos).
- 5) Auto-didactismo:
 - i. Subscrive pessoalmente revistas da especialidade de MFR:
5 créditos/revista indexada, até 2 revistas, 3 créditos, se a subscrição é a uma revista não-indexada.
 - ii. Sessões de formação de MFR pela internet: com envio de prova:
1 crédito/lição ou os créditos proporcionados para a lição que se encontrem integrados no programa informático.

Delegados e membros das três organizações**Delegados Nacionais da Secção de MFR da UEMS**

Austria
Veronika FIALKAMOSER
Michael QUITTAN
Othmar SCHUFRIED

Bélgica
Thierry LEJEUNE
Guy VANDERSTRAETEN

Bulgária
Elena ILIEVA
Ivet KOLEVA

Croácia
Sasa MOSLAVAC
Katarina SEKELJ-KAUZLARIC

Chipre
Nicolas CHRISTODOULOU

República Checa
Vladislava MIKOVA
Jan VACEK
Josef ZOUL

Dinamarca
Lisbeth KROHN
Dorte VENDELBO JENSEN

Estónia
Aet LUKMANN
Varje-Riin TUULIK LEISI

Finlândia
Leena KAUPPILA
Eero KYLLONEN

França
 Georges DE KORVIN
 Alain DELARQUE
 Jean-Michel VITON
 Alemanha
 Christoph GUTENBRUNNER
 Ulrich SMOLENSKI
 Gerold STUCKI

Grécia
 Xanthi MICHAIL
 Kiriaki STATHI
 Marianthi TZARA

Hungria
 Tamas BENDER
 Lajos KULLMANN

Islândia
 Gisli EINARSON

Irlanda
 Mark DELARGY
 Jacinta Mc ELLIGOTT

Itália
 Franco FRANCHIGNONI
 Alessandro GIUSTINI
 Mauro ZAMPOLINI

Letónia
 Aivars VETRA
 Anita VETRA

Lituânia
 Vitalijus GLAMBA
 Alvydas JUOCEVICIUS
 Aleksandras KRISCIUNAS

Luxemburgo
 Marguerite LECHES

Malta
 Stephen ZAMMIT

Montenegro
 Milan OBRADOVIC
 Holanda
 Frans NOLLET
 Martinus TERBURG
 Daniel WEVER

Noruega
 Bjoern SKOGSTAD
 Johan STANGHELLE

Portugal
 Jorge LAINS
 Fernando PARADA

Roménia
 Mihai BERTEANU
 Liviu POP

Sérvia
 Milica Lazovic

Eslovénia
 Hermina DAMJAN
 Crt MARINCEK

Espanha
 Amparo ASSUCENA
 Susana MUNOZ
 Enrique VARELA DONOSO

Suécia
 Jorgen BORG
 Kristian BORG

Suíça
 Rolf FRISCHKNECHT
 Daniel UEBELHART

Turquia
Fitnat DINCER
Zafer HASCELİK

Reino Unido
Vera NEUMANN
Anthony WARD

**Académicos Universitários, *Académie Européenne
de Médecine de Réadaptation***

Alain DELARQUE
Alex CHANTRAINE
Amedeo TONAZZI
André BARDOT
André HEILPORN
Angela McNAMARA
Anthony WARD
Bengt H. SJOLUND
Carlo BERTOLINI
Charles GOBELET
Crt MARINCEK
Eberhard CONRADI
Franco FRANCHIGNONI
Fritz OELZE
Gerold STUCKI
Gianfranco MEGNA
Guido A. ZÄCH
Gustaaf J. LANKHORST
Guy VANDERSTRAETEN
Hannu ALARANTA
Hendrik Jan STAM
Hermann DELBRÜCK
Jan EKHOLM
Jean-Marie ANDRE
Jean-Pierre DIDIER
Joan GARCIA-ALSINA
Jordanka GATCHEVA
Karl-Heinz MAURITZ
Lindsay McLELLAN
Luis-Pablo RODRIGUEZ
M. Anne CHAMBERLAIN
M.Ph. BARNES
Michel BARAT
Michel EYSSETTE
Robert MAIGNE
Wagih EL MASRY
Veronika FIALKA-MOSER
Xanthi MICHAIL

European Society of Physical and Rehabilitation Medicine

Alain DELARQUE

Alvydas JUOCEVICIUS

Christoph GUTENBRUNNER

Elena ILIEVA

G.A. GIUSTINI

Henk STAM

Pedro CANTISTA

Sasa MOSLAVAC