

PRONÚNCIA INSTITUCIONAL

À proposta da Ordem dos Fisioterapeutas de “Implementação e orientações para a organização dos serviços de fisioterapia nas Unidades Locais de Saúde”

Tendo por estrutural a **Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro), a política de saúde tem um âmbito nacional e deverá ser transversal, dinâmica e evolutiva, adaptando-se ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional e local, visando a obtenção de ganhos em saúde – Base 4 do referido Diploma.

Neste condicionalismo, são fundamentos da política de saúde, entre outros:

- a) A promoção da saúde e a prevenção da doença, devendo ser consideradas na definição e execução de outras políticas públicas;*
- b) A melhoria do estado de saúde da população, através de uma abordagem de saúde pública, da monitorização e vigilância epidemiológica e da implementação de planos de saúde nacionais, regionais e locais;*
- c) As pessoas, como elemento central na conceção, organização e funcionamento de estabelecimentos, serviços e respostas de saúde;*
- d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;*
- e) A promoção da educação para a saúde e da literacia para a saúde, permitindo a realização de escolhas livres e esclarecidas para a adoção de estilos de vida saudável;*
- f) A participação das pessoas, das comunidades, dos profissionais e dos órgãos municipais na definição, no acompanhamento e na avaliação das políticas de saúde;*
- g) A gestão dos recursos disponíveis segundo critérios de efetividade, eficiência e qualidade;*
- h) O desenvolvimento do planeamento e a institucionalização da avaliação em saúde como instrumentos promotores de uma cultura de transparência das escolhas e de prestação de contas;*
- i) O incentivo à investigação em saúde, como motor da melhoria da prestação de cuidados;*

j) O reconhecimento da saúde como um investimento que beneficia a economia e a relevância económica da saúde;

k) A divulgação transparente de informação em saúde;

l) O acesso ao planeamento familiar, à saúde sexual, escolar, visual, auditiva e oral e o diagnóstico precoce.

Compete assim ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde, nos termos da **Base 10** da mesma Lei de Bases da Saúde.

Em cumprimento de tal dever, compete assim ao Estado, na implementação de qualquer medida e nas políticas de saúde que preconiza, pugnar pela adoção das melhores práticas clínicas, com melhor evidência científica e acompanhar, nas decisões que toma, as normas de orientação e *guidelines* que norteiam os cuidados de saúde e espelham os melhores padrões internacionais, designadamente, as resoluções da OMS – Organização Mundial de Saúde, de que Portugal é membro.

Saliente-se que os programas, planos ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública devem estar sujeitos a avaliação de impacto, com vista a assegurar que contribuem para o aumento do nível de saúde da população. A avaliação a que se refere o número anterior visa assegurar que o processo de tomada de decisão integra a ponderação dos impactos relevantes em termos de saúde, tendo em conta o nível de saúde já alcançado, a ponderação de alternativas, os efeitos cumulativos decorrentes de outros programas em execução e os contributos recebidos de participação pública – **Base 37** da Lei de Bases da Saúde.

Neste enquadramento, a **SPMFR - Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, tendo conhecimento do teor da autodesignada proposta da Ordem dos Fisioterapeutas de **“Implementação e orientações para a organização dos serviços de fisioterapia das Unidades Locais de Saúde”** (bem como o seu link ínsito na pág. 14), vem, enquanto associação médica com escopo técnico-científico, sem fins lucrativos e independente do estado, pronunciar-se quanto ao conteúdo da mesma proposta, **repudiando-a na sua integralidade**.

Porquanto:

1. A proposta apresentada:

- **Promove de forma manifesta a desarticulação de cuidados de saúde, em divergência com todos os princípios estruturais de organização e visão integrada da Reabilitação.**

- Viola as recomendações da OMS – Organização Mundial de Saúde, designadamente a Recomendação de 02 de fevereiro de 2023, decidida em Conselho Executivo (152.ª Sessão), que em anexo se disponibiliza em versão traduzida, ao sacrificar o princípio fundador da primazia da reabilitação nos cuidados de saúde a prestar à população;
 - Extravasa o núcleo de competências do fisioterapeuta, profissão de natureza técnica (cf. art.º 4 do DI 110/2017), quer porque pretende realizar atos terapêuticos de outras profissões técnicas, quer porque pretende realizar atos próprios dos médicos;
 - Evidencia risco para a população e saúde pública, ao sugerir que o profissional de fisioterapia, atividade exclusivamente técnica, se pode assumir como profissional de primeiro contacto, enquadrado numa “consulta de fisioterapia”, na qual pratica atos para os quais não detém competência nem conhecimento científico, entre os quais, os atos médicos por definição, como sejam, o diagnóstico, o diagnóstico diferencial, a definição e prescrição da intervenção terapêutica, o encaminhamento para outros profissionais de saúde e a decisão de alta.
2. A **Medicina Física e de Reabilitação** (MFR), aqui entendida como especialidade médica e área da saúde, assim designada em Portugal desde a década de 1970, com equivalência internacional à designação de “Reabilitação Médica” ou, genericamente, “**Reabilitação**”, tal como denominada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e elencada nas especialidades médicas reconhecidas pela Diretiva Europeia 2005/36/EC, define e prioriza que:
- a. As boas práticas de Reabilitação devem assegurar que o indivíduo incapacitado se encontre no centro de uma abordagem multidisciplinar/multiprofissional.
 - b. A sua abordagem é mais abrangente e holística, segundo o modelo biopsicossocial, privilegiando a intervenção dirigida às consequências da doença, nomeadamente as que comprometem a autonomia e funcionalidade ao nível individual (atividade) e num plano social, familiar e comunitário (participação), na terminologia da *International Classification of Functioning, Disability and Health*, da OMS.
3. Enquanto área da saúde, a Reabilitação define-se pelo trabalho em equipa multiprofissional organizada e integrada segundo objetivos definidos, e pela articulação interdisciplinar com as diferentes áreas do saber médico, devendo por isso estar presente em todas as tipologias, desde os hospitais de agudos até à comunidade, integrando um verdadeiro contínuo de cuidados. É este modelo de trabalho que está plasmado no *World Report on Disability* da OMS (p.114 do original): “The aim of coordinated rehabilitation is to improve functional outcomes and reduce costs. Evidence has shown that the provision of coordinated, multidisciplinary rehabilitation services can be effective and efficient. Multidisciplinary teams can convey many rehabilitation benefits to patients”. Na p. 97 do original é esclarecido o conceito de Reabilitação Médica, e o papel central do médico especialista em MFR (médico fisiatra) na coordenação das equipas de Reabilitação:

“Rehabilitation medicine is concerned with improving functioning through the diagnosis and treatment of health conditions, reducing impairments, and preventing or treating complications. Doctors with specific expertise in medical rehabilitation are referred to as physiatrists, rehabilitation doctors, or physical and rehabilitation specialists.”

4. Na realidade do sistema de saúde português, a MFR/Reabilitação encontra-se organizada segundo o modelo preconizado pela OMS, dividindo-se em: (1) serviços hospitalares; (2) rede convencionada; (3) sector social; (4) Rede nacional de cuidados continuados integrados; e (5) sector privado. Em todos estes elementos da rede nacional de reabilitação médica se trabalha com equipas de reabilitação em modelo multidisciplinar e/ou multiprofissional, em que o médico fisiatra assume a coordenação e responsabilidade médico-legal pelos programas de reabilitação, e se articula com outras especialidades médicas e com outras profissões de saúde, incluindo com os fisioterapeutas. Dessa maneira, já está, no modelo atual, salvaguardado o “contributo diferenciador e identitário da profissão de fisioterapeuta, e da Fisioterapia, enquanto área de intervenção, inserida em equipas multidisciplinares de prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa”, assim como “a colaboração interdisciplinar e interprofissional, centrada na pessoa e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações”, como afirma pretender o documento em causa.
5. Não se compreende, por isso, qual o objetivo da Ordem dos Fisioterapeutas em destruir a rede de reabilitação já existente e funcionante, para a substituir por um modelo baseado na usurpação sistemática de funções, e sem qualquer tipo de fundamento técnico-científico, modelo esse que designa como “Serviços e Unidades de Fisioterapia”.
6. A SPMFR estranha ainda que a Ordem dos Fisioterapeutas copie integralmente os atos constantes da **Tabela de Medicina Física e de Reabilitação** anexa à Portaria n.º 254/2018, os re-baptize falsamente no seu documento como “Tabela de procedimentos de fisioterapia”, acrescente atos próprios de outras especialidades médicas, e os reclame como “procedimentos de fisioterapia”, subtraindo-os à esfera médica.
7. Do teor da apelidada “**Tabela de procedimentos de fisioterapia**” (pág. 36 a 41 da proposta) anexa à proposta apresentada pela Ordem dos Fisioterapeutas, em que são transcritos os atos constantes da Tabela de Medicina Física e de Reabilitação da Portaria n.º 254/2018, sobressai, de forma manifesta, a usurpação de funções e competências de outros profissionais, com perigo relevante para a saúde pública, e que esta pronúncia também não poderá ignorar, salientando-se a usurpação clara de funções em procedimentos técnicos de que são exemplo a reeducação da deglutição e reabilitação neurocognitiva; assim como de atos médicos de uma multiplicidade de especialidades médicas, como a MFR, a Ortopedia, a Cardiologia, a Pneumologia, a Pediatria, a Imagiologia, a Otorrinolaringologia e a Neurologia. (exemplos: ecografia; estudos eletrofisiológicos; gestão das vias aéreas, incluindo todas as modalidades ventilatórias; mesoterapia; tração esquelética de membros e variadas imobilizações como Velpeau e Gerdy; rastreios e avaliação do desenvolvimento infantil; provas cardiorrespiratórias de esforço; a

administração de fármacos por via inalatória e múltiplos exames da esfera da Pneumologia; entre outros).

8. Apesar de no documento em causa se pretender “garantir a adequabilidade do perfil de competências afetas a cada área de intervenção”, a Ordem dos Fisioterapeutas parece não conhecer os perfis funcionais dos vários profissionais de saúde, confundindo o seu com o perfil do médico, ao afirmar que o fisioterapeuta “avalia, estabelece o diagnóstico e o prognóstico, e desenvolve, implementa, monitoriza e avalia o seu plano de intervenção em fisioterapia, e planifica a alta do utente”, e que pode atuar como “profissional de saúde de primeiro contacto onde, através de competências de diagnóstico diferencial, determina se a condição em causa tem indicação para os serviços de Fisioterapia e/ou se deve ser referenciada para outro profissional.”

Em conclusão:

Uma estratégia nacional de organização dos cuidados de Reabilitação deve contemplar, por um lado, a implementação de medidas de desenvolvimento da estrutura assistencial, incluindo a constituição de equipas multiprofissionais de reabilitação com todas as valências em todas as tipologias de cuidados, bem como a adequada transição e continuidade de cuidados, acompanhando as várias fases do processo de recuperação e, por outro lado, a intervenção segundo as melhores práticas clínicas e recomendações científicas.

O núcleo de competências funcionais do fisioterapeuta deverá ser preservado, impedindo-se a usurpação ilegítima de funções de outros profissionais de saúde.

A proposta da Ordem dos Fisioterapeutas viola as melhores práticas e *guidelines* internacionais definidos para a Reabilitação, colocando em risco a saúde pública, devendo, por isso, ser liminarmente recusada.

Da presente pronúncia dar-se-á conhecimento ao Ministério da Saúde, Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, Conselho Nacional da Saúde, Provedoria de Justiça, Ordem dos Médicos, Entidade Reguladora da Saúde, Comissão Parlamentar da Saúde, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Conselho Nacional das Ordens Profissionais, ao Fórum de Saúde e às associações profissionais dele participantes.

Porto, 19 de março de 2024

A Direção da SPMFR

Renato Nunes, João Paulo Branco, Inês Campos, Alexandre Camões Barbosa, Ana Campolargo, Ana Zão, Rui Sales Marques