

Medicina Física e de Reabilitação: A Especialidade Médica

Physical and Rehabilitation Medicine: The Medical Specialty

João Amaro⁽¹⁾ | Jorge Moreira⁽²⁾ | Catarina Aguiar Branco⁽²⁾

Resumo

A incorporação do conceito de *Reabilitação* na disciplina de *Medicina Física* tem a sua origem na década de 60 e coincide com o reconhecimento oficial da Medicina Física e de Reabilitação (MFR), como uma Especialidade Médica independente. Desde essa data, a evolução demográfica e dos cuidados de saúde oferecidos à população da Europa Ocidental e o reconhecimento internacional crescente da necessidade de prestação de cuidados reabilitadores a todos os indivíduos com incapacidades têm contribuído para uma nova abordagem do doente e da doença sob um modelo bio-psico-social, do qual é representante a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde. Os Organismos Europeus representantes da Especialidade têm trabalhado no sentido de enquadrar as competências actuais do Médico Fisiatra neste modelo, enquanto elemento de uma equipa de reabilitação pluridisciplinar, promovendo a harmonização profissional no espaço europeu. Neste trabalho abordam-se entre outros o Direito à Reabilitação; a Demografia e Funcionalidade; o Fisiatra e a CIF; a Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação; a Actividade Diagnóstica e Avaliação; o Plano de Tratamento em Reabilitação; o Reabilitar em Equipa; as Intervenções Terapêuticas; os Objectivos e Resultados; os Organismos Europeus (*Secção de MFR da UEMS, Sociedade Europeia de MFR, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*).

Palavras-chave: Avaliação de incapacidade; Europa; História do Séc. 20; História do Séc. 21; Medicina Física; Reabilitação; Sociedades Médicas

Abstract

Incorporating Rehabilitation into the discipline of Physical Medicine has its roots in the 1960s decade, about the same time that Physical Medicine and Rehabilitation (PM&R) is recognized officially as an independent medical specialty. Since that time, the evolving demographics and health care of the Western Europe population and the international recognition of the handicapped individual's need for rehabilitative care has led to a new bio-psycho-social approach of the patient and his illness, which is the main core of the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). PMR's European bodies have been working to match today's definition of the competences of the PM&R specialist to this new model, promoting professional harmonization throughout the European countries. In this manuscript will be broach among others: the right to Rehabilitation; Demography and Functionality; the Physiatrist and ICF; the Speciality of Physical and Rehabilitation Medicine (PRM); Diagnostic and Evaluation Activity in PRM; Treatment Plan in PRM; Rehabilitation in a Team Approach; Therapeutic Interventions in PRM; Objectives and Results in PRM; European Organisms in PRM.

Keywords: Disability Evaluation; Europe; History, 20th Century; History, 21st Century; Physical Medicine; Rehabilitation; Societies, Medical

(1) Interno Complementar do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

(2) Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, Santa Maria da Feira, Portugal

João Amaro: amaro.jpc@gmail.com

Breve Resumo Histórico

A *Medicina Física e de Reabilitação* tem uma história relativamente longa na Europa Continental e é reconhecida em quase todos os países da UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*). As suas origens e estrutura variam de país para país mas a maior parte do progresso e modernização ocorreu no pós-2ª Grande Guerra com o regresso dos militares feridos ou lesionados em serviço e com a necessidade de manter a empregabilidade da população, o que levou à multiplicação das unidades de reabilitação¹.

A longa tradição europeia de terapia por *meios físicos* criou os fundamentos para a *Primeira Conferência de Medicina Física* que teve lugar em Marselha em 1957, seguindo-se a de Milão no ano seguinte. Em 1962, a UEMS reconhece a Medicina Física como uma disciplina autónoma, incorporando já desde então o conceito de *recuperação e reabilitação*, sob o nome de Medicina Física e Reabilitação (MFR)².

Em 25 de Abril de 1963, em Bruxelas, a *Federação Europeia de Medicina Física e Reabilitação* é fundada, agrupando inicialmente as seis sociedades nacionais que então operavam na Europa: Itália, França, Portugal, Bélgica, Espanha, Holanda. Os objectivos desta Federação eram essencialmente científicos³: a organização de colaboração científica para o desenvolvimento no campo da MFR; a promoção das sociedades científicas nacionais; a representatividade da especialização de MFR ao nível de várias autoridades europeias e internacionais; e a harmonização da formação de especialistas e dos critérios de qualificação nos países europeus. Este último objectivo revelou-se decisivo porque no início os membros das sociedades nacionais tinham as suas origens em disciplinas diversas (Ortopedia, Neurologia, Reumatologia, Radiologia, etc.), a Especialidade era referida por nomenclaturas distintas e o âmbito da prática era bastante diferente entre cada país. A Federação iniciou a organização de encontros científicos europeus e pela mesma altura é lançado o seu jornal oficial: *Europa Medicophysica*. Tanto a Federação como o jornal têm actualmente nomes diferentes: *European Society of Physical and Rehabilitation Medicine* e o *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*.

Com o progresso da MFR pela Europa Ocidental e Oriental e devido às mudanças constantes das necessidades no cuidado médico suportadas por documentos do Conselho Europeu e por recomendações da União Europeia, é publicado em 1989 o primeiro *Livro Branco* da Especialidade, com o objectivo de definir a Especialidade e o conteúdo do seu trabalho, as competências dos seus profissionais e o seu lugar no sistema de saúde europeu. Este documento é revisto em Setembro de 2006 num esforço conjunto dos principais organismos da MFR europeia: a Secção de MFR da UEMS, a Comissão Europeia de MFR e a *Académie Européenne de Médecine de Réadaptation*.⁴ Nesta versão europeia participaram 26 Fisiatras de vários países, incluindo três

portugueses: Pedro Cantista, Fernando Parada, João Páscoa Pinheiro. Na revisão da versão portuguesa participaram Catarina Aguiar Branco, Fernando Parada, Francisco Sampaio, Jorge Laíns, Luís André Rodrigues, Maria Jesus Rodrigues, Pedro Cantista, Pedro Soares Branco.

O Direito à Reabilitação

A Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas afirma que uma pessoa com incapacidades não se deve tornar um "objecto de cuidado permanente", sendo que as suas necessidades devem ser enquadradas num contexto "normal" de participação. Da mesma autoria, a regra nº3 das "*Standards*" para criação de oportunidades iguais para pessoas com incapacidades declara, entre outras coisas, que "os governos devem desenvolver os seus próprios programas de reabilitação para todos os grupos de pessoas com incapacidades (...)" e que "todas as pessoas com deficiências e/ou incapacidades múltiplas devem ter acesso a cuidados de reabilitação".⁵

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Reabilitação de pessoas com incapacidades como um processo que permite que essas mesmas pessoas mantenham níveis óptimos de função física, sensorial, intelectual, psicológica e social, oferecendo-lhes os instrumentos necessários para atingir a independência e a auto-determinação⁶. Internacionalmente, os órgãos directivos desta organização têm dirigido a sua atenção para problemas relacionados com a incapacidade e a reabilitação através da promoção de conferências e publicação de documentos internacionais sobre estes assuntos.

Por sua vez, o Parlamento Europeu tem desenvolvido políticas de defesa dos direitos de cidadãos com deficiência, pelo que podemos destacar neste contexto a *Recomendação 1185: Política de Reabilitação para cidadãos com deficiência* de 1992 e a Conferência Europeia de Ministros sobre "Políticas de Integração de Cidadãos com Incapacidades" em 2003⁴. Apesar da universalidade e da aceitação geral deste tipo de políticas, a legislação anti-discriminação de pessoas incapacitadas é relativamente recente na maior parte dos países europeus, tendo sido aprovada na sua maioria nos últimos 15 anos.

Demografia e Funcionalidade

O aumento da esperança média de vida na Europa, o envelhecimento da população e a sobrevivência aumentada após doença ou trauma graves trazem consigo um aumento dos custos dos cuidados de saúde e sociais e do impacto das comorbilidades.

Neste contexto, os cuidados de reabilitação organizados assumem-se de importância fulcral no aumento da sobrevivência e da funcionalidade. Os benefícios da promoção da integração do indivíduo no seu meio e da redução das consequências da doença crónica podem também estender-se à economia de saúde⁷.

A acompanhar esta tendência para encarar a doença crónica como uma entidade, têm ganho maior popularidade dois novos conceitos que constam do Sistema de Informação Estatístico da O.M.S.: a Esperança de Vida Saudável ("H.A.L.E." - *Healthy Life Expectancy*) que corresponde ao número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver em "plena saúde" ("full health"), tendo em conta os anos vividos em menos do que plena saúde devido a doença ou lesão; e os Anos de Vida Ajustados à Incapacidade ("D.A.L.Y.s" - *Disability-Adjusted Life-Years*) que constituem uma medida sumária que combina o impacto da doença, incapacidade e mortalidade na saúde da população^{4,8}.

De facto, por toda a Europa têm havido mudanças na percepção do conceito de saúde, nas condições necessárias para o bem-estar subjectivo do indivíduo e no que pode ser definido como "qualidade de vida". Alguns sintomas ou incapacidades, talvez considerados inevitáveis no passado não são mais aceites actualmente, e cresce a necessidade de alívio ou de resolução destes problemas.

Este debate internacional com poucas décadas de idade sobre o impacto da doença na vida do indivíduo deu origem à necessidade de criação de novas classificações por parte da OMS, primeiro em 1980 com o ICDH (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) e posteriormente, em sua substituição, a CIF de 2001: *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*⁹. Esta nova classificação tem como base um modelo bio-psico-social, definindo a "condição médica" subjacente, e a afecção ao nível das "estruturas" orgânicas e "funções" fisiológicas, associadas às limitações nas "actividades" e "participação" social do doente, tendo em conta os "factores contextuais" que o definem como indivíduo num determinado "ambiente" físico e social (Figura I).

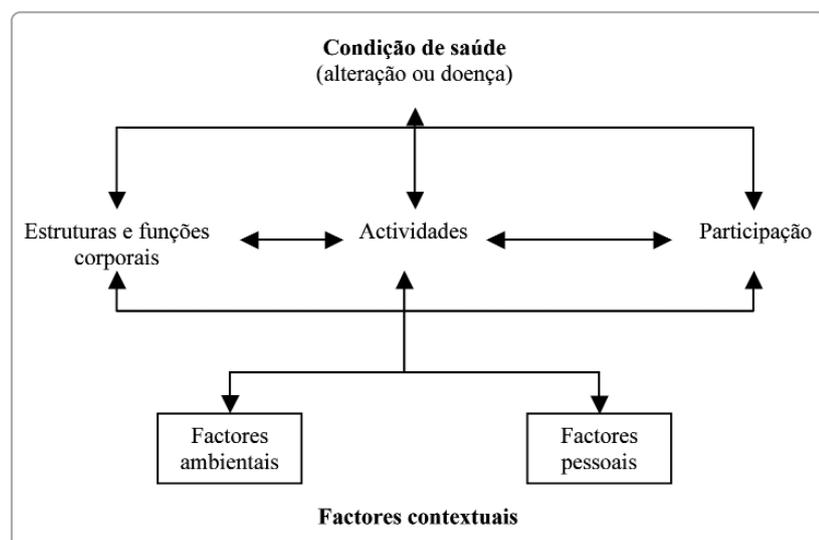


Figura I - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (CIF)

A CIF actua de forma complementar à sua classificação "gémea" da OMS, o ICD-10, que descreve a condição médica que está na base da doença, colocando o seu enfoque no impacto da disfunção biológica/fisiológica na funcionalidade global do indivíduo. Em relação a uma perspectiva médica mais "clássica" ou "tradicional", o conceito de "funcionalidade" torna-se mais positivo que o de "doença", isto é, a disfunção não se aborda apenas como uma consequência biológica de uma determinada patologia mas também como um ponto de partida.

O Fisiatra e a CIF

Os autores do *Livro Branco* optam por descrever a especialidade de MFR na charneira entre estas duas classificações da OMS, sendo que um Fisiatra será um médico especialista capaz de identificar os problemas principais de um determinado indivíduo com base na classificação CIF, decidir acerca da necessidade de um programa interventivo para manter ou melhorar a sua saúde/funcionalidade, e se for o caso prescrever e coordenar tratamentos e intervenções que poderão envolver qualquer profissional de uma equipa de reabilitação.

Desta forma, entre as competências de um Especialista de MFR estariam relacionadas com a estimação do prognóstico de reabilitação de um determinado paciente. Para tal ser possível, é necessário o conhecimento acerca do processo patológico que está base da disfunção, do potencial de progressão e do enquadramento desse doente num programa reabilitador¹⁰. O Fisiatra necessita então de dominar as condições médicas e os processos patológicos (baseados no ICD-10) e o conhecimento dos múltiplos tratamentos e terapias que podem ser oferecidos.

A Secção de MFR da UEMS tem promovido a aplicação da CIF como um modelo conceptual unificador de definição da Especialidade de MFR, promovendo a "descrição conceptual e definição concordante da especialidade de Medicina Física e de Reabilitação baseada na CIF"¹¹. No *Apêndice Ia* do *Livro Branco* é avançada uma proposta para uma nova definição da especialidade com base no modelo CIF, por Stucki e Melvin, em colaboração com o Comité de Prática Profissional da Secção de MFR da UEMS. É da mesma autoria a proposta de uma nova definição conceptual de Reabilitação baseada na CIF¹². Esta descrição unificadora pode servir de base a um desenvolvimento das definições da estratégia de reabilitação, com termos claramente definidos para que seja possível a sua sintonia e aceitação globais.

A Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação

A Secção de MFR da UEMS define a Medicina Física e de Reabilitação 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"*¹³ (citação parcial).

Os Especialistas de MFR podem desempenhar as suas funções em contextos variados, desde unidades de cuidado agudo até ambientes de comunidade. A sua formação específica fornece-lhes as condições necessárias e suficientes para serem encarregados da liderança de equipas de reabilitação multi-profissionais de forma a atingir resultados óptimos.

Segundo os autores do *Livro Branco*, o Fisiatra pode assumir um papel particularmente relevante nas situações em que:

- a combinação complexa de incapacidades exige uma análise global da situação do doente com a integração de dados fornecidos por colegas não-médicos;
- o doente se torna significativamente incapacitado com perda de actividade/participação após um evento súbito (AVC, TVM, trauma);
- a condição subjacente tem uma grande probabilidade de recidiva (esclerose múltipla, artrite reumatóide, etc...);
- estão disponíveis medidas médicas que melhorem directamente o bem-estar e a actividade (ex.: medicação anti-espástica, ou anti-álgica, etc...);
- o tratamento da condição subjacente acarrete um sério risco de complicações;
- a mudança nos hábitos ou estilo de vida do doente acarrete riscos adicionais à doença subjacente (ex.: fases da vida, mudança de ocupação, idade,...).

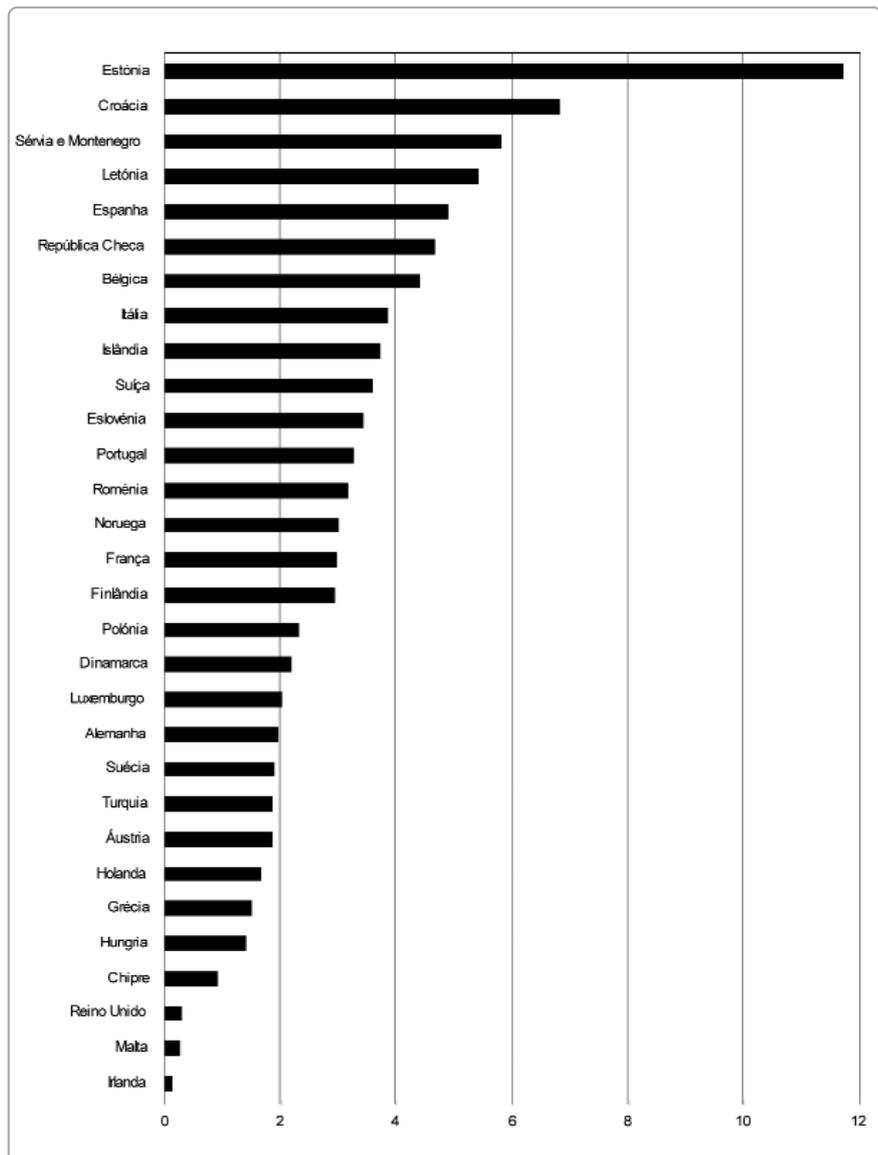
A Medicina Física e de

Reabilitação é uma Especialidade Médica independente em todos os países europeus, com a excepção de Dinamarca e Malta, mas o seu nome e âmbito variam ligeiramente, conforme as diferentes tradições e leis locais².

O número de especialistas em MFR varia consideravelmente através da Europa (Quadro I), dependendo principalmente da geografia, apesar da estrutura dos serviços de MFR ser razoavelmente similar tendo em conta as diferenças dos sistemas de saúde¹.

A formação dura geralmente entre 4 e 6 anos, dependendo do país. A Comissão Europeia de MFR, cujo objectivo é harmonizar a formação especializada na Europa, tem desenvolvido sistemas de educação pós-graduada para revalidação profissional e de creditação de formadores e instituições de formação.

Quadro I - Número de especialistas de MFR por cada 100.000 habitantes em países europeus (dados extraídos de O Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa)



Actividade Diagnóstica e Avaliação

O diagnóstico e a avaliação em MFR abrangem todas as dimensões das funções e estruturas orgânicas, actividades e problemas de participação, e os factores contextuais relevantes para o processo de reabilitação, de acordo com os princípios da CIF.

A avaliação clínica e a determinação das restrições funcionais constituem uma parte fundamental do diagnóstico em MFR. O Fisiatra deve ainda ser capaz de identificar as capacidades funcionais intactas de modo a que estas sejam adaptadas e maximizadas para que se obtenha o máximo de independência funcional¹⁴.

Como a abordagem é holística, as ferramentas de avaliação clínica são múltiplas e podem incluir desde avaliações de função articular e muscular (força, potência, resistência/fadiga, características estruturais, testes funcionais) até testes de função cardiovascular ou pulmonar.

A actividade do doente pode ser avaliada através de testes padronizados de funções específicas tais como testes de marcha, testes de preensão ou manuseio de instrumentos, ou provas de desempenho em tarefas quotidianas mais complexas. Alguns destes instrumentos incorporam vários componentes individuais da CIF (funções orgânicas, actividades, participação), podendo ser utilizadas tanto para avaliar a capacidade funcional global e específica como para decidir da indicação para instituição de medidas de reabilitação ou avaliação da sua eficácia⁴. Na reabilitação de alguns doentes com problemas específicos serão necessárias técnicas de diagnóstico mais especializadas, como por exemplo a electromiografia ou o electrodiagnóstico de estimulação, exames musculares isocinéticos, provas de função respiratória, estudos urodinâmicos, entre outros.

O Plano de Tratamento

O ponto central de um tratamento em MFR é o plano de reabilitação individualizado.

A equipa trabalha com o paciente e a família de forma a que a partir de uma avaliação inicial se criem objectivos de tratamento apropriados e realísticos com uma estimativa inicial da duração da terapia. O plano de tratamento é formulado com base nos objectivos que surgem da lista de problemas desenvolvida durante a avaliação. Deverá ter em consideração os desejos e recursos do indivíduo, o prognóstico da condição médica subjacente, a natureza e magnitude das suas incapacidades físicas e cognitivas e a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos e técnicas que permitirão potenciar os seus níveis de actividade e participação.

É baseado na cooperação entre os elementos da equipa, assentando na comunicação multi-disciplinar, e é dinâmico, estando sujeito a revisões regulares. O plano define, recapitula, e verifica todo o conteúdo do caminho até à maior autonomia possível².

Reabilitar em Equipa

A literatura aponta para uma maior eficácia e custo económico comparável dos cuidados de reabilitação organizados em equipa em relação a abordagens "ad-hoc"¹⁵. Os melhores resultados são obtidos através da acção de uma equipa pluri-disciplinar de profissionais médicos e não-médicos (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Psicologia, Assistência Social, Ortoprotesia, Enfermagem de Reabilitação, etc.) onde os vários elementos colaboram de forma a criar um ambiente óptimo para a reabilitação do doente, que é o centro dos cuidados, sendo autónomo e informado acerca dos tratamentos que lhe estão a ser prestados e dos objectivos do plano reabilitador.

A interacção entre os elementos da equipa pode organizar-se de várias formas: em *modelo multidisciplinar* em que a ênfase é colocada na comunicação vertical, cabendo ao Médico Fisiatra a prescrição e a responsabilidade pelo tratamento reabilitador, bem como a mediação das interacções entre os vários profissionais da equipa¹⁴. Existem outros modelos (*interdisciplinar*, *transdisciplinar*) em que a conferência de equipa assenta na comunicação lateral e o médico Fisiatra tem níveis diferentes de participação e de responsabilidade médico-legal.

A coordenação de uma equipa de reabilitação em modelo multidisciplinar exige ao Médico Fisiatra uma comunicação óptima com todas as classes profissionais de forma a atender da melhor maneira a todas as necessidades do doente, através de prescrições, referenciação ou interacção directa. Deve haver uma estreita colaboração com outras Especialidades Médicas de forma a delinear uma estratégia de tratamento comum.

O Médico Fisiatra deve também possuir qualidades de liderança, mantendo a coerência e a comunicação entre os diferentes elementos nas fases iniciais de desajuste e conflito inter-profissional que acompanham a formação de uma nova equipa de reabilitação¹⁴. O papel do profissional médico assenta também na sua capacidade de negociação e de motivação dos membros da equipa para o cumprimento dos objectivos de tratamento.

Intervenções terapêuticas

O Médico Fisiatra tem a possibilidade de coordenar e prescrever as intervenções terapêuticas em MFR, cujo *timing* é orientado pelo plano de reabilitação traçado inicialmente e revisto com regularidade. A panóplia de métodos de intervenção que uma Equipa de Reabilitação pode oferecer reflecte a sua pluridisciplinaridade e dela fazem parte, entre outros, os tratamentos com meios físicos (electroterapia, termoterapia,...), a cinesioterapia (nas suas várias vertentes), a mecanoterapia, a hidro e balneoterapias, a terapia da fala e a terapia ocupacional, a intervenção neuropsicológica, a terapia nutricional, a assistência social, os cuidados de enfermagem de reabilitação e os

apoios técnicos ou o equipamento ortoprotésico. Pode haver necessidade de intervenções médicas efectuadas por Colegas Especialistas que trabalhem em coordenação estreita com a Equipa de Reabilitação (p.ex.: Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia, Medicina Interna, etc.). O Especialista em MFR pode realizar actos médicos nos quais se incluem técnicas manipulativas, prescrição de fármacos ou a sua administração como é por exemplo o caso da infiltração de toxina botulínica ou de outros fármacos ou ainda outras técnicas invasivas.

Objectivos e Resultados

A noção de “bem-estar” é, segundo alguns autores, provávelmente um indicador de sucesso mais seguro do que as medidas de avaliação da qualidade de vida⁴, visto que os indicadores utilizados para a avaliação de capacidades têm importâncias relativas de acordo com cada indivíduo. Desta forma, torna-se necessário medir os resultados a nível individual para avaliar a eficácia da intervenção e relacioná-los directamente com os objectivos específicos traçados no plano de reabilitação.

As diferenças fundamentais na avaliação de um tratamento de reabilitação em relação aos tratamentos “orientados por doença” residem no facto de que os objectivos do plano de reabilitação podem ser cumpridos em casos em que não existe recuperação biológica ou em condições de deterioração progressiva ou intermitente, assim como a aplicação dos cuidados de reabilitação de forma continuada pode permitir ao doente níveis estáveis de participação e bem-estar.

Os Organismos Europeus

Tal como já foi referido, são três os principais organismos da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação que operam a nível europeu. Os seus objectivos são diferentes, mas possuem uma boa representação cruzada de forma a garantir a melhor comunicação possível¹. Representantes das três organizações reúnem-se bianualmente para discutir os assuntos mais relevantes e uniformizar pontos de actuação para promoção da Especialidade a nível dos órgãos europeus.

Secção de MFR da UEMS

A UEMS é um órgão estatutário sob a responsabilidade do Commissariado Europeu de Saúde e é o único corpo oficial reconhecido pela União Europeia. O objectivo da Secção é promover a capacidade profissional da especialidade e harmonizar a nível europeu a formação de Especialistas e o desenvolvimento profissional contínuo através da revalidação e criação de padrões de prática clínica¹. Possui uma ligação activa com muitos outros 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 que respondem perante uma comissão executiva: *Comissão de Treino e Formação* (comité estatutário – Comissão Europeia de MFR); *Comissão de Assuntos Clínicos*; *Comissão de Assuntos Profissionais*.

Depois da adesão de dez novos Estados-Membro à União Europeia em Maio de 2004, existem agora vinte e oito países membros da UEMS, cuja lista também inclui a Suíça, Noruega e Islândia. Neste grupo de países trabalham mais de 10280 especialistas e 2800 formandos⁴.

Sociedade Europeia de MFR

Criada em 2003, mantém a tradição de promoção científica da Federação Europeia (*vide acima*), da qual é descendente directa. A sua actividade é centrada na investigação e formação sobre MFR na Europa, organizando congressos científicos bienais sobre os temas da especialidade.

Académie Européenne de Médecine de Réadaptation

Foi fundada em 1968 por um grupo famoso de Fisiatras, F. Barnosell (Espanha), H. Fallet (Suíça), D. Fiandesio (Itália), L. Guttmann (Reino Unido), G. Valobra (Itália), R. Waghmacker (França), W. Zinn, que pertenciam simultaneamente a outras organizações. De acordo com os estatutos, os membros desta Academia eram Especialistas em MFR, sendo que o número máximo não poderia exceder os 50 (nunca passou acima dos 40). São eleitos por voto secreto, depois de um procedimento complexo que envolve apresentação por três membros da Academia³. Esta Academia tem por lema: “*Societas vir origo ac finis*” que pode ser traduzido como “a humanidade como fonte e objectivo da sociedade”. O seu objectivo é, além da promoção da formação e investigação, a troca de informação que defina o campo da reabilitação e a sua terminologia e o envolvimento em debates éticos e morais, particularmente no que diz respeito à prática da Medicina de Reabilitação. É responsável pela publicação de monografias que suportam a formação e as investigações adicionais, mas o seu âmbito orienta-se principalmente sobre os campos humanitário, filosófico e ético, promovendo a publicação e o debate sobre estas questões.

Conclusão

O vasto âmbito de actuação da Especialidade de Medicina Física e de Reabilitação é ao mesmo tempo a sua riqueza e a sua fragilidade, sendo que a prática clínica do Fisiatra simultaneamente ampla e abrangente, global e específica. No entanto, pode dizer-se que, ao nível do sistema de saúde europeu, a existência de profissionais Médicos especializados nas áreas da reabilitação, do reforço da funcionalidade e da diminuição do impacto das consequências da doença crónica tem ganho uma nova relevância com as

mudanças no paradigma dos modelos de saúde, em parte explicada pelas novas exigências demográficas, de nível de cuidados e da evolução do conhecimento científico e da prática clínica.

A harmonização da formação e da certificação profissional desta disciplina pode aumentar o

intercâmbio e a circulação de profissionais e de conhecimento pelo espaço europeu, e o enquadramento das raízes históricas e dos princípios desta Especialidade Médica com a organização actual dos sistemas de saúde contribuirá certamente para a afirmação futura da Medicina Física e de Reabilitação.

Referências / References:

1. Ward A, Gutenbrunner C. Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. *J Rehabil Med.* 2006; 38: 81-86
2. Giustini A. Rehabilitation is growing in Europe: a particular role for ESPRM. *Am J Phys Med Rehabil.* 2008; 87(7): 596-600
3. Bertolini C, Delarque A. A brief history of European organizations of physical and rehabilitation medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2008; 87(7): 592-595
4. Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. local de edição (Porto): SPMFR; 2009
5. United Nations [homepage na Internet]: Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. 2006 [consultado 2009 Jun 11]. Disponível em <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre03.htm>
6. World Health Organization [homepage na Internet]: Health Topics. Rehabilitation. [consultado 2009 Jun 11] Disponível em <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>
7. Lubitz J, Cai L, Kramarow E, Lentzner H. Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly. *N Engl J Med.* 2003; 349(11): 1048-55.
8. Gold M, Stevenson D, Fryback D. Halys and Qalys And Dalys, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health. *Annu Rev Public Health.* 2002. 23:115-34
9. World Health Organization. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health. Genebra; 2002. [consultado 2009 Jun 11]. Disponível em <http://www.who.int/classifications/icf/en>
10. Ebenbichler G, Resch KL. The dream of a medical specialty named Physical and Rehabilitation Medicine: a commentary on the European White Book of Physical and Rehabilitation Medicine. *Am J Phys Med Rehabil.* 2009; 88(2): 165-167.
11. Stucki G, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of Physical and Rehabilitation Medicine. *J Rehabil Med.* 2007; 39(4): 286-292
12. Stucki G, Cieza A, Melvin J. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a unifying model for the conceptual description of the Rehabilitation Strategy. *J Rehab Med.* 2007; 39(4): 279-285
13. Physical and Rehabilitation Medicine Section and Board of the European Union of Medical Specialties. PRM section: the Specialty. 2003[consultado 2009 Jun11]. Disponível em http://www.euro-prm.org/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=78
14. Delisa JA. Rehabilitation team Function and Prescriptions, Referrals, and Order Writing. In: Joel A. DeLisa , editors. *Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice.* 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. 1051-1071
15. Bent N, Tennant A, Swift T, Posnett J, Scuffham P, Chamberlain MA. Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2002; 360(9342):1280-6.