

# Plano Nacional de Reabilitação: Uma Prioridade para o Sistema de Saúde Português

## *National Rehabilitation Plan: a Priority for the Portuguese health system*

Renato Nunes<sup>(1)</sup>

A Reabilitação é hoje, mais do que nunca, uma prioridade estratégica para os sistemas de saúde contemporâneos. A evolução epidemiológica, marcada pela transição do predomínio das doenças transmissíveis para doenças crónicas e incapacitantes, e associada ao envelhecimento progressivo da população, torna evidente a necessidade de políticas públicas robustas que garantam o acesso equitativo, a continuidade de cuidados e ganhos efetivos em saúde.

Em Portugal, este desafio encontra-se claramente reconhecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), que reafirma princípios fundamentais como a equidade no acesso, a qualidade dos cuidados, a centralidade no doente e a adoção das melhores práticas baseadas na evidência científica. Contudo, o reconhecimento normativo exige tradução efetiva em políticas estruturadas e operacionalizáveis.

É neste contexto que a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação (SPMFR) apresenta um contributo técnico e estratégico para a definição de um Plano Nacional de Reabilitação (PNR). Este instrumento é essencial para alinhar Portugal com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da União Europeia e com os compromissos assumidos pelo Estado Português nos domínios da saúde pública, da incapacidade, dos direitos humanos e da cobertura universal de saúde.

### **Por que precisamos de um Plano Nacional de Reabilitação?**

Os dados são inequívocos. As doenças crónicas, nomeadamente neurológicas, respiratórias e osteoarticulares, concentram a maior parte da carga de

incapacidade na população, medida em DALY (*Disability-Adjusted Life Years*), conforme evidenciado no Plano Nacional de Saúde 2021–2030. Apesar disso, a incapacidade residual associada a muitas destas patologias permanece subvalorizada nos instrumentos de planeamento e insuficientemente integrada na organização dos serviços de saúde.

Persistem, simultaneamente, desigualdades significativas no acesso à Reabilitação, particularmente evidentes:

- na demora na referenciação para serviços de Medicina Física e de Reabilitação (MFR);
- na insuficiência de recursos humanos especializados;
- na escassez de equipamentos e estruturas adequadas, sobretudo nos Cuidados de Saúde Primários;
- no número insuficiente de camas em centros especializados;
- na frágil articulação entre níveis de cuidados e na ausência de vias integradas de continuidade assistencial.

A OMS tem sido clara e consistente, quer no *World Report on Disability*, quer nas resoluções EB152/8 e EB152/10: a Reabilitação deve ser integrada em toda a cadeia de cuidados, desde o hospital de agudos até à comunidade, assegurada por equipas multiprofissionais coordenadas por médicos especialistas em MFR. Para além de um direito humano fundamental, a Reabilitação constitui um investimento comprovado na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

### **Os quatro pilares fundamentais de um PNR sólido**

A SPMFR propõe uma estratégia nacional estruturada em

(1) Médico Fisiatra, Presidente da SPMFR. email: renatonunes@spmfr.org

quatro áreas essenciais, detalhadas no respetivo documento técnico de suporte.

### 1. Acesso aos cuidados de reabilitação

É imperativo garantir uma referenciação atempada e adequada, com integração do médico fisiatra nas Equipas de Gestão de Altas, desenvolvimento de novas modalidades assistenciais — como a teleconsulta, a telereabilitação e o hospital de dia — e adoção de normas clínicas alinhadas com *guidelines* internacionais, nomeadamente o *European Stroke Action Plan 2018–2030*.

### 2. Instalações e recursos humanos

As assimetrias estruturais, a insuficiência de equipamentos e a escassez de equipas multiprofissionais constituem barreiras críticas ao acesso e à qualidade dos cuidados. Torna-se indispensável:

- reforçar as equipas hospitalares e comunitárias, integradas numa direção funcional única nas Unidades Locais de Saúde (ULS);
- criar mais camas de MFR nos hospitais de agudos;
- expandir e financiar adequadamente os centros especializados;
- desenvolver modelos de reabilitação domiciliária e integrar a Reabilitação nos hospitais de dia;
- modernizar os sistemas de informação e os indicadores de atividade e resultados.

### 3. Transição e continuidade de cuidados

Sem continuidade, não há eficácia. O percurso do doente — do episódio agudo à reintegração na comunidade — permanece excessivamente fragmentado. A articulação deficiente entre hospitais, centros especializados, cuidados continuados e cuidados de saúde primários compromete os resultados funcionais. É fundamental definir vias clínicas

claras de MFR, com referenciação estruturada e obrigatória, suportadas por equipas de reabilitação plenamente integradas nas ULS.

### 4. Integração, participação e vida na comunidade

A Reabilitação ultrapassa a recuperação da autonomia e funcionalidade. Engloba a reintegração profissional, a participação social, a autonomia e a qualidade de vida. Importa, por isso, reforçar a articulação com estruturas comunitárias, autarquias, centros de reabilitação profissional e programas de promoção da saúde e de estilos de vida ativos.

### Um apelo à responsabilidade nacional

Portugal encontra-se num momento decisivo. A reorganização do sistema de saúde através das ULS, cria oportunidades únicas para estruturar, de forma integrada, os cuidados de Reabilitação, corrigindo desequilíbrios históricos e alinhando o país com os padrões internacionais de qualidade.

A Reabilitação não pode continuar a ser encarada como um complemento do sistema, mas sim como um eixo central da política de saúde. É essencial para assegurar ganhos funcionais, reduzir custos, prevenir complicações e promover a plena participação das pessoas na sociedade. O Plano Nacional de Reabilitação é, por isso, não apenas desejável, mas verdadeiramente imperativo.

A SPMFR reafirma a sua total disponibilidade para colaborar com o Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde, as unidades do Serviço Nacional de Saúde, os decisores políticos e todos os parceiros do setor, na construção de um plano nacional robusto, eficiente e orientado para a melhoria efetiva da vida das pessoas.

Porque a Reabilitação é um direito. Lisboa: DGS; 2021.

## Referências / References

- Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021–2030: saúde sustentável – de tod@s para tod@s. Lisboa: DGS; 2021.
- Norrving B, Barrick J, Davalos A, et al. Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. Eur Stroke J. 2018;3(4):309–336.
- Administração Central do Sistema de Saúde. Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência: medicina física e de reabilitação. Lisboa: ACSS; 2017.

Direção-Geral da Saúde. Norma de Orientação Clínica n.º 054/2011 – Acidente Vascular Cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação. Lisboa: DGS; 2011.

Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030 – a call for action”. Eur J Phys Rehabil Med. 2017. doi:10.23736/S1973-9087.17.04746-3.