



*Associação
Portuguesa
de Fisioterapeutas*

**Proposta de Revisão
da
Lei de Bases da Saúde**

- Contributos da APFISIO -

Lisboa, 16 de julho de 2018

Enquadramento

Pelo Despacho n.º 1222-A/2018 do Ministro da Saúde, de 31 de janeiro de 2018, foi criada a Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde, presidida pela Dra. Maria de Belém. O trabalho, na forma de anteprojeto de Lei, foi apresentado publicamente no dia 19 de junho no Instituto Ricardo Jorge, em Lisboa. O documento encontra-se em consulta pública até 19 de Julho realizado e pode ser acedido em:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/06/19/discussao-publica-lei-de-bases-da-saude/>

A Lei de Bases da Saúde consagra o princípio constitucional do direito à saúde e concretiza os mecanismos que o Estado deve estabelecer na proteção da saúde dos indivíduos e da comunidade. Constitui, por isso, um elemento identitário da função social do Estado Português, com impacto significativo no perfil de saúde da população residente em Portugal.

A participação da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas na fase de consulta pública decorre da sua responsabilidade social de representar os profissionais que compõem a terceira maior profissão prestadora de cuidados de saúde. Entendemos que a fisioterapia cria valor social que deve ser considerada nas políticas sociais e nas políticas de saúde em particular.

Tratando-se de dar contributos para o desenvolvimento do anteprojeto de Lei de Bases da Saúde, não o poderíamos fazê-lo sem antes apresentar uma breve nota de enquadramento da saúde, da fisioterapia e do sistema de saúde.

A saúde, o sistema de saúde e a Lei de Bases da Saúde

É reconhecido que os indicadores de saúde traduzem o investimento na proteção da saúde e no tratamento da doença e que os dados de Portugal, pelos bons resultados obtidos relativamente à mortalidade e morbilidade, o colocam numa posição cimeira no contexto mundial da saúde.

Consideramos necessário referir, porém, que o investimento que em Portugal se tem feito na promoção da saúde, na gestão eficiente das condições crónicas de saúde, na funcionalidade e na reabilitação, tem sido insuficiente e colocam o país com valores medíocres nos indicadores na vida saudável depois dos 65 anos. Esta é uma realidade reconhecida, ainda, no plano internacional, tendo mobilizado, recentemente, no ano de 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A “*Chamada para a Ação – Reabilitação 2030*”, da iniciativa da OMS¹, sublinha a necessidade de se responder às necessidades das populações, e reforça a convicção de que o investimento nos Cuidados de Reabilitação constitui uma estratégia com retorno socioeconómico significativo.

A Lei de Bases da Saúde serve a função de definir um quadro legal de referência para a atualização e desenvolvimento do sistema de saúde. Deve fazê-lo, por isso, à luz do contexto do desenvolvimento social e económico do país, da sua matriz cultural e, em especial, deve atender à nova realidade do perfil de saúde no mundo e, particularmente, em Portugal.

A evolução do perfil de saúde, com mudanças sociodemográficas e epidemiológicas, dão cada vez mais destaque às condições de saúde caracterizadas pela multimorbilidade e cronicidade, e às suas consequências, designadamente a limitação dos indivíduos de poderem manter a sua participação social e a sua funcionalidade.

Já no ano de 2006², no relatório da Comissão Europeia (CE), preparado pelo Comité para a Política Económica, é referido que a despesa pública é muito sensível ao perfil funcional da população idosa. Mais à frente, no mesmo documento, reconhecia-se que, no cenário previsível de envelhecimento, os gastos poderiam ser entre 40 a 60% mais baixos se a tendência do aumento da esperança de vida fosse acompanhada pelo mesmo valor de melhoria da capacidade funcional. No contexto das profissões de saúde, a Fisioterapia assume papel relevante nesta área e as políticas de saúde devem contemplar e mobilizar mais efetivamente estes recursos. Em causa está a qualidade de vida dos cidadãos, a sua capacidade funcional, a utilização e a sustentabilidade do sistema de saúde.

A Lei de Bases da Saúde deve, por isso, criar o enquadramento necessário e deve incentivar o órgão Executivo do Estado, e os agentes que operam na saúde e nas áreas relacionadas com a saúde, para o desenvolvimento de um Plano e de Estratégias de Saúde que o país necessita.

A Lei de Bases da Saúde assume-se igualmente como um referencial filosófico e ético ao definir, no Ponto 2 da sua Base XXVII, os princípios e valores fundamentais que o Serviço Nacional de Saúde deve respeitar, os quais acolhem total apoio da APFISIO.

Pela Lei de Bases da Saúde é atribuída ao Ministério da Saúde a responsabilidade de criar ambientes favoráveis a uma evolução do sistema. Se muito foi feito no âmbito dos Cuidados Continuados (CC), muito há por fazer nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e muito mais nos Cuidados Hospitalares.

¹ WHO (2017). *Rehabilitation 2030: A Call for Action*. World Health Organization. Genebra. 93 páginas. Acedido em: <http://www.who.int/disabilities/care/rehab-2030/en/>

² EPC (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). Brussels. 207 páginas.

Crisp, em 2014, identificou, em Portugal, uma prática hospitalocêntrica, direcionada para condições agudas. No seu Relatório³ que congregou vários peritos, foi reconhecido que o modelo de cuidados de saúde estava desactualizado, e propunha “... *uma transição do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que todas as acções têm como objecto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e na organização dos cuidados.*”

Relativamente aos CSP, estes carecem de autonomia e de responsabilização pela sua produção⁴. Não é possível responsabilizar sem admitir a autonomia de gestão dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), providos que estejam os mecanismos adequados ao acompanhamento da sua gestão e da sua produção. O atraso no desenvolvimento dos CSP acarreta o agravamento das desigualdades ao acesso dos portugueses aos cuidados de saúde com qualidade (OPSS, 2018)⁵.

Ainda relativamente aos CSP, principal porta de acesso aos cuidados de saúde, o Relatório da OMS de 2008⁶ e a análise de peritos nacionais (Sakellarides, 2018⁷; OPSS, 2018⁸, CNS, 2017⁹) assinalam a fragmentação de cuidados como um padrão de gestão de serviços e de prestação de cuidados de saúde, centrado nos serviços, nos programas verticais e não das pessoas. A fragmentação dos cuidados é responsável por uma parcela importante da ineficiência do sistema, falhas de comunicação, multiplicação de procedimentos e prática clínica condicionada. Constitui um modelo de organização de cuidados orientada para indicadores específicos de morbilidade, com capacidade muito limitada de abordar o indivíduo na sua globalidade. Este modelo de cuidados influencia significativamente o comportamento dos profissionais condicionando e limitando o acesso a cuidados de saúde mais abrangentes e integrados. Esta realidade é especialmente mais marcante na gestão das condições de multimorbidade responsáveis por limitações importantes da funcionalidade e da participação social.

A dificuldade de acesso ao SNS reflete-se no esforço financeiro direto que as famílias portuguesas

³ Crisp N. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 233 páginas.

⁴ Audição na Comissão da Saúde da Assembleia da República de 11 de julho de 2018 do Prof. Rogério Gaspar, em representação do OPSS. Canal AR. Acedido em: <http://www.canal.parlamento.pt/?cid=3102&title=audicao-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude>

⁵ OPSS (2018). *Meio Caminho Andado – Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa. 188 páginas.

⁶ OMS (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – agora, mais que nunca*. Organização Mundial de Saúde. Editor da versão portuguesa: Alto Comissariado da Saúde. Lisboa. 156 páginas.

⁷ Audição na Comissão da Saúde da Assembleia da República de 30 de maio de 2018 do Prof. Constantino Sakellarides. Canal AR. Acedido em: <http://www.canal.parlamento.pt/?cid=2953&title=audicao-de-constantino-sakellarides>

⁸ OPSS (2018). *Meio Caminho Andado – Relatório Primavera 2018*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa. 188 páginas.

⁹ CNS (2017). *Relatório sobre a Saúde em Portugal: o que se sabe em 2017*. Conselho Nacional da Saúde. Lisboa. Outubro, 2017. 54 páginas.

têm de suportar para acederem a serviços alternativos de cuidados de saúde, alcançando os 28% do financiamento global da saúde em 2015¹⁰. Este valor ultrapassa a referência que a OMS estabelece como o limiar para evitar o risco de crise social associada ao empobrecimento da população.

Relativamente à participação do cidadão no sistema de saúde, Crisp, 2014, refere que *“Cidadãos informados e comprometidos ajudarão a enfrentar os problemas de saúde do país, o que é indispensável para dar suporte a um sistema de saúde sustentável”*¹¹, o que se encontra em grande medida em alinhamento com a Base XXXIV do anteprojeto de Lei em discussão pública. Torna-se por isso necessário aprofundar a proximidade do SNS com o cidadão e a comunidade, o que o projeto de diploma prevê.

A sustentabilidade financeira do SNS deverá passar por uma reorientação estratégica, por uma mudança de paradigma. Sabe-se, a investigação científica informa-nos disso, e o Relatório de 2006 da CE¹² é também claro neste aspeto, que a melhoria da capacidade funcional e da mobilidade das pessoas, tem um impacto significativo na redução das despesas em saúde. A nosso ver, torna-se por isso fundamental garantir e facilitar o acesso aos cuidados de fisioterapia, que apresentam efetividade comprovada na saúde física e mental, sem descurar, obviamente, o acesso a outras profissões de saúde relevantes nestas áreas, numa abordagem integrada de saúde.

Assim, para garantir *“a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a melhor estratégia é tornar a população mais saudável, seja ela envelhecida ou não”* (OPSS, 2018). E neste aspeto existe um subinvestimento na área da promoção e proteção da saúde, conforme refere o Relatório do Conselho Nacional de Saúde de 2017¹³.

É neste contexto, e quase vinte e oito anos depois da publicação da Lei Nº 48/1990 de 24 de Agosto, que se impõe uma revisão daquele diploma de referência para a saúde.

As notas seguintes referem-se a aspetos particulares que entendemos que o anteprojeto de Lei de Bases da Saúde pode acolher no seu desenvolvimento.

¹⁰ CNS (2017). *Fluxos Financeiros no SNS*. Conselho Nacional da Saúde. Lisboa. Outubro, 2017. 31 páginas.

¹¹ Crisp N. (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Ed. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 233 páginas.

¹² EPC (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, longterm care, education and unemployment transfers (2004-2050)*. Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN). Brussels. 207 páginas.

¹³ CNS (2017). *Fluxos Financeiros no SNS*. Conselho Nacional da Saúde. Lisboa. Outubro, 2017. 31 páginas.

Notas de Revisão do Anteprojeto de Lei de Bases da Saúde

Capítulo IV Da prestação em saúde

Base XVII

Serviço Nacional de Saúde

“1 - A responsabilidade do de acordo com a sua situação clínica”

Propomos **“de acordo com a sua condição de saúde”**, um conceito mais abrangente que vai para além dos critérios morfofisiopatológicos e mais de acordo com uma abordagem holística da saúde, aliás, vertida no Nº1 da Base II.

Capítulo IV Da prestação em saúde

Base XVII

Serviço Nacional de Saúde

...

“2- Organização e funcionamento do SNS...”

“d) Acessibilidade, ... acordo com a situação clínica;”

Propomos **“de acordo com a sua condição de saúde”**, um conceito mais abrangente, que vai para além dos critérios morfofisiopatológicos, e mais de acordo com uma abordagem holística da saúde, aliás, vertida no Nº1 da Base II.

“f) Integração de cuidados”.

Apoiamos fortemente este princípio, mas chamamos a atenção para o fato de que sem dotação adequada de recursos humanos a integração de cuidados é um conceito vazio. Alertamos ainda para a realidade do SNS, extremamente deficitário de recursos humanos de fisioterapia, que coloca Portugal nos últimos lugares no panorama europeu.

Capítulo V Das políticas específicas de saúde

Base XXXI

Saúde mental

...

“5 - A promoção da saúde mental positiva da população ... e atuem sobre as determinantes sociais,

económicos, culturais e ambientais que os condicionam.”

Propomos que se inclua a dimensão da “**saúde física**”, uma vez que a ciência informa da relação entre funcionamento físico e saúde mental e da efetividade das intervenções que recorrem ao funcionamento físico e ao exercício/atividade física sobre as funções mentais e a saúde mental.

A investigação científica tem demonstrado a efetividade das intervenções de fisioterapia no funcionamento físico e os seus efeitos na saúde mental, bem como a necessidade de intervenção na saúde física do indivíduo em consequência da sua condição de saúde mental e dos efeitos iatrogénicos resultantes da intervenção farmacológica e alterações do comportamento.

Propõe-se a introdução no Capítulo V – das Políticas Específicas de Saúde

Cuidados de Saúde para as Condições Crónicas de Saúde e Condições de Saúde de Multimorbilidade

Defende-se que, comparativamente a outras condições de saúde, deve ser dada a mesma ou, até mesmo, maior ênfase para esta condição de saúde. Os dados epidemiológicos, disponíveis em todo o mundo apontam para a dimensão deste problema. A OMS alerta para estas condições e para o impacto que têm na saúde global e o peso que tem nos sistemas de saúde. Não devemos esconder esta realidade, a Lei de Bases da Saúde não o deve fazer, e, por isso, propomos a criação de uma **Base XXXIII** neste **Capítulo V**.

Peritos referem há mais de 15 anos de que para as condições crónicas, nomeadamente, nas condições musculoesqueléticas, as abordagens segundo um modelo biomédico tradicional são claramente insuficientes (Foster e col., 2003)¹⁴. São necessárias outras abordagens terapêuticas, abordagens educacionais, comportamentais e ambientais para estas condições. Note-se que as condições musculoesqueléticas constituem o principal motivo de procura de cuidados de saúde e que a OMS, nesse sentido, na entrada do milénio, declarou a década 2000-2010 como a Década dos Ossos e Articulações (WHO, Bone and Joint Decade, 2000-2010).

Deve ser dada relevância ao trabalho de equipa multiprofissional e das abordagens integradas multissetoriais, bem como ao papel fulcral das profissões de saúde que têm uma importância relevante na funcionalidade humana e no movimento, como é a fisioterapia.

¹⁴ Foster, NE; Pincus, T; Underwood, MR; Vogel, S; Breen, A; Harding, G. *Understanding the process of care for musculoskeletal conditions—why a biomedical approach is inadequate*. *Rheumatology*, 2003. Vol 42: 401-404.

Assim, propõe-se, com a necessária renumeração, a inclusão da seguinte Base:

Capítulo V
Das políticas específicas de saúde
Base XXXIII

Condições Crónicas de Saúde e de multimorbilidade

1 – As condições crónicas de saúde e de multimorbilidade assumem cada vez maior relevância e impacto na vida das pessoas, das suas famílias e no sistema de saúde. Estas condições de saúde são caracterizadas por serem complexas e debilitantes e são responsáveis pelos anos de vida com incapacidade, indicador de saúde que Portugal e os portugueses precisam ver melhorado. Grande parte destas condições de saúde estão associados a comportamentos e hábitos de vida, designadamente, hábitos alimentares, de atividade física e de comportamentos aditivos e consumo, entre outros.

2 - O Estado criará condições favoráveis para promover comportamentos saudáveis e atitudes de proteção da saúde. O Estado deverá promover a Saúde em todas as políticas e estratégias multisetoriais que tenham impacto em saúde.

3 – A prestação de cuidados de saúde nas condições crónicas e de multimorbilidade privilegiam uma abordagem integrada multifatorial e multiprofissional, com enfoque especial nas estratégias de promoção da autonomia funcional, promoção da mobilidade e devem incluir ainda a autogestão da condição de saúde.

4 - O Estado apoiará a investigação multidisciplinar na área das condições crónicas de saúde e de multimorbilidade, privilegiando a investigação aplicada, para produção de evidência das melhores abordagens preventivas e terapêuticas.

Capítulo V
Das políticas específicas de saúde
Base XXXIII
Genética humana

...

*“5 - Não é permitido o recurso às técnicas de procriação medicamente assistida ... salvo no caso ...
...ou com a finalidade de se criar um ser humano geneticamente idêntico a outro ser humano, vivo ou
morto.”*

Propomos a seguinte redação

*5 - Não é permitido o recurso às técnicas de procriação medicamente assistida ... salvo no caso ...
...ou com a finalidade de se criar um ser humano geneticamente semelhante a outro ser humano,
vivo ou morto.*

Justificação: o termo “idêntico” pode permitir a interpretação de uma eventual manipulação genética para se obter ou replicar um espécime humano exatamente igual a outro. O termo “semelhante” parece ir mais ao encontro da intervenção de saúde que se está a considerar, e não a qualquer intervenção de outro tipo ou que vise outra finalidade que não a saúde.

Capítulo VI
Dos profissionais
Base XXXV
Profissionais de saúde

...

“2 - São profissionais de saúde,”

É estranho não se ver referida, especificamente, a terceira maior profissão prestadora de cuidados de saúde, a fisioterapia, sem prejuízo da devida especificação das demais. Seja por ordem alfabética, seja por ordem de dimensão da profissão, constitui um lapso lamentável.

É nosso entendimento que a identificação das profissões de saúde deveria fazer referência ao “Sub-Grande Grupo 2.2 - Profissionais de Saúde” elencados na Classificação Portuguesa das Profissões de

2010¹⁵ (páginas 37, 38 e 39 da Classificação), que contempla ainda os profissionais das terapias não-convencionais, que foram omitidos nesta Base. De notar que estes últimos profissionais surgem, pela primeira vez referidos na “Base XLII - Profissionais de terapêuticas não convencionais”.

Consideramos ainda que confundir, na Lei de Bases de Saúde, profissões de saúde com “Carreiras da Administração Pública” (i.e. “técnicos superiores das áreas de diagnóstico e de terapêutica”) é um lapso que se impõe ser corrigido. Os diplomas legais, e mais ainda, a Lei de Bases da Saúde, não pode contemplar este erro. Por outro lado, e no respeito pela autonomia dita garantida, impor aos demais setores complementares da saúde as regras da administração pública para além do necessário reconhecimento das qualificações, é contra a Constituição da República.

Sugere-se ainda que sejam incluídas no elenco das profissões da saúde aquelas que exercem funções dependentes de outros, isto é, profissionais classificados no “Sub-Grande Grupo 3.2 - Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde” (páginas 45, 46 e 47 da Classificação), tornando-se assim mais claro o conceito e garantia dada anteriormente do respeito pela autonomia das demais.

Capítulo VI
Dos profissionais
Base XXXIX
Formação do pessoal de saúde

Apoiamos a consagração desta medida.

Consideramos ainda que o Estado deve ser justo na distribuição de condições que promovem a formação e qualificação profissional.

O apoio à formação na área da medicina e as condições oferecidas pelo Estado português, em associação com as Faculdades de Medicina, têm contribuído para o nível de diferenciação e qualidade dos médicos portugueses, com os resultados em saúde que as estatísticas demonstram.

O mesmo princípio e os mesmos objetivos de excelência de formação devem ser, de forma justa, aplicados a outras profissões de saúde, nomeadamente a fisioterapia. Acreditamos que esta medida, justa na sua essência, reforçaria a qualidade da formação dos profissionais de saúde em Portugal, com benefício para a sociedade em geral.

¹⁵ INE (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Editor: Instituto Nacional de Estatística. Lisboa. 485 páginas

Capítulo VII
Das Regiões Autónomas e do poder local
Base XLIV
Autarquias locais

A lei de Bases da Saúde não deve esquecer e deve sublinhar a participação que as autarquias e o poder local desempenha ou pode desempenhar no Conselho da Comunidade e, por essa via, no Conselho Executivo dos Agrupamentos de Centros de Saúde, conforme previsto pela Lei aplicável¹⁶.

Esta responsabilidade das Autarquias e do Poder Local deve estar expressa na Lei de Bases da Saúde, instando-se ainda, o Ministério da Saúde, pela sua efetiva concretização, uma vez que, atualmente, os Conselhos Executivos dos ACES, previstos por Lei, de um modo geral, não estão constituídos por inexistência de presidente do Conselho da Comunidade.

Capítulo X
Disposições finais e transitórias

Base LX
Norma revogatória

1 - É revogada a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2000, de 8 de novembro.

Julgamos que se quer referir a

“1 - É revogada a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro”

¹⁶ Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de fevereiro. Cria os Agrupamentos de Centros de Saúde. Diário da República, 1.ª série; N.º 38; pág.: 1182-1189.

Nota Final

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas congratula-se com esta iniciativa legislativa. Ela reflete um trabalho amadurecido de especialistas em políticas de saúde, com responsabilidade e experiência governativa e/ou académica.

No entendimento da APFISIO estão reunidas as bases fundamentais para se dar corpo e alma ao Sistema de Saúde Português. São igualmente, reconhecidas e atribuídas as responsabilidades do Ministério da Saúde na operacionalização e funcionamento do Sistema de Saúde, e o especial compromisso para dotar Portugal com um serviço público de saúde – o Serviço Nacional de Saúde – competente e ágil para acomodar a evolução permanente das variáveis que determinam a Saúde.

A Lei de Bases da Saúde reconhece e compromete, de modo mais abrangente, o governo português, pelo reconhecimento de que a saúde deverá estar em todas as políticas. Do mesmo modo, é identificado o papel relevante das estruturas regionais, do poder local e de todos os agentes, empresas e profissionais, que têm a responsabilidade de, todos os dias, trazerem valor à saúde. Por fim, e em primeiro lugar, o reconhecimento do lugar central do cidadão, na definição do seu percurso nos serviços de saúde e na construção do seu “roteiro de saúde”. Este anteprojeto de Lei de Bases da Saúde cria o espaço para indivíduo e a comunidade assumirem a responsabilidade na promoção e na proteção da sua saúde e na saúde de todos nós.

O Conselho Diretivo Nacional da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas