

**Para:** Hospitais, EPE do Serviço Regional de Saúde e Unidades de Saúde de Ilha

**Assunto:** Rede de Referência de Medicina Física e de Reabilitação para o Serviço Regional de Saúde (RRMFR).

**Fonte:** Direção Regional da Saúde

**Contacto na DRS:** Direção de Serviços de Cuidados de Saúde

C/M.2013/1;C/R2013.15

As redes de referência hospitalar são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares e entre estas e os cuidados de saúde primários, de modo a garantir o acesso e a equidade a todos os cidadãos.

As redes de referência hospitalar, ao melhorarem a regulação e o planeamento das complementaridades e o apoio técnico entre instituições, pretendem minimizar a duplicação e a subutilização da capacidade instalada.

Tais redes têm como pressuposto fundamental uma base populacional que gera massa crítica de doentes capaz de justificar a instalação de uma especialidade e de um conjunto de equipamentos a serem utilizados de forma racional.

Assim, importa olhar para a capacidade instalada (instalações, equipamentos e recursos humanos) e definir claramente a responsabilidade de cada hospital para a sua área de influência, sem prejuízo da livre escolha do cidadão, na resposta adequada às necessidades de saúde daquela população.

No que concerne à especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), é de salientar que se trata de uma área de especialização médica que procura contribuir, de modo científico, para a reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo.

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;

*R*

- Avaliação da atividade 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.

Deste modo, considerando a rede de referenciação hospitalar aprovada por despacho da Secretaria de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 26 de março de 2002;

Considerando as especificidades do Serviço Regional da Saúde (SRS), em concreto, a realidade arquipelágica da Região Autónoma dos Açores (RAA);

Considerando o número de especialistas em MFR, a dotação da especialidade apenas nos hospitais de Santo Espírito da ilha Terceira, EPE (HSEIT, EPE) e no Divino Espírito Santo, EPE<sup>1</sup>( HDES, EPE) e a existência de hospitais em apenas 3 (três) ilhas; à existência das unidades de saúde de ilha (USI); ao disposto nos pontos 1 e 2 do artigo 8º -B do Decreto Legislativo Regional n.º 1/2010/A, de 4 de janeiro que altera o Estatuto do SRS, a saber:

#### *Articulação dos hospitais com outras entidades*

- 1 — *Os hospitais da Região são complementares uns dos outros e cooperam mutuamente.*
- 2 — *Os hospitais articulam -se funcionalmente e em termos de complementaridades com as USI.*

<sup>1</sup> HDES E.P.E.:4 médicos especialistas em MFR, a que acrescem 2 médicos internos, em formação no continente; HSEIT E.P.E.:2 médicos especialistas em MFR; HH E.P.E. 1 médico interno em MFR, em formação no continente. 3 prestações de serviço de MFR ( Centro de Saúde da Ribeira Grande, Centro de Saúde da Povoação, Centro de Saúde do Nordeste)

Considerando, ainda, o regulamento de deslocação de doentes do SRS na RAA, intra e inter-ilhas, para fora da região, ou para o estrangeiro aprovado pela Portaria n.º 66/2010, de 30 de junho, o disposto na Portaria n.º 43/1997, 26 de junho, que estipula que a cobertura assistencial, de âmbito hospitalar, das populações residentes em ilhas sem hospital, é da responsabilidade dos hospitais da RAA e Portaria n.º 15/99, de 22 de abril, na qual é aplicada, com as necessárias adaptações, o regime de deslocação temporária de médicos e médicos dentistas, a outros técnicos superiores do setor da saúde.

Assim, atendendo aos pressupostos acima mencionados e ao abrigo do disposto na alínea c) do artigo 15º e da alínea a) do nº1 do artigo 22º, do Decreto Regulamentar Regional nº 13/2010/A, de 12 de junho, a Direção Regional da Saúde emite o seguinte:

1. É criada a Rede de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação para o Serviço Regional de Saúde, adiante designada por **RRMFR-SRS**.
2. Para a RRMFR-SRS definem-se as áreas de influência hospitalar e respetiva articulação com as USI.

As USI articulam-se com os hospitais, EPE do SRS, em conformidade com o conceito de área de influência hospitalar, com as devidas adaptações considerando os recursos humanos existentes de médicos fisiatras, a saber:

- USI de São Miguel e de Santa Maria – HDES, EPE;
  - USI do Pico, das Flores e do Corvo – Hospital da Horta, EPE (HH, EPE) - (até à existência de especialista (s) em MFR, os procedimentos ora estabelecidos devem ser efetuados pelo (s) especialista (s) do HDES, EPE;
  - USI de São Jorge, Terceira e da Graciosa – HSEIT, EPE.
3. A RMFR-SRS, considerando os recursos existentes em termos das unidades de saúde, não poderá atender aos quatro níveis de atuação referidos anteriormente, como sejam: Centros de Saúde e Hospitais de nível I; Hospitais/Centros Hospitalares da plataforma B; Hospitais/Centros Hospitalares da plataforma A; e Centros de Reabilitação.
  4. Deste modo, entende-se existir, para a RMFR - SRS apenas hospitais de Plataforma B: Respondem às necessidades da maioria das situações clínicas que exigem a intervenção de MFR na fase aguda, assistindo aos seguintes utentes: (i) utentes internados; (ii) utentes de ambulatório, que exigem cuidados diferenciados de MFR (de acordo com protocolos definidos com as USI da área de influência do hospital); (iii) utentes de hospital de dia,

quando necessário. Devem ainda dar apoio técnico e de consultadoria, bem como prescrever e controlar as ajudas técnicas.

5. Independentemente da plataforma a que pertençam ou que se possa atribuir, os três hospitais, EPE do SRS devem:

Designar médico fisiatra que funcione como consultor na área de influência do respetivo hospital, sendo o interlocutor com as respetivas USI;

Admite-se, como exceção, a consultadoria às USI, por parte dos fisiatras que tenham com tais unidades, contratos de prestação de serviço, devendo estes assumir a consultadoria de todos os centros de saúde da USI.

O fisiatra deve ter responsabilidades na formação de técnicos da sua área de intervenção e orientar as atividades relacionadas com MFR existentes a nível das USI da sua área de influência;

O fisiatra deve prestar apoio de consultadoria junto dos especialistas em medicina geral e familiar das USI.

A consultadoria deve ser prestada utilizando os seguintes meios de comunicação:

- a) Telefone ou telemóvel (utilizando-se preferencialmente os contactos de serviço);
- b) *E-mail* (utilizando-se preferencialmente os contactos de serviço);
- c) Telemedicina.

Devem os médicos em apreço registar os contactos efetuados.

Nos casos em que se justifique, deverão ser, igualmente, destacados outros técnicos de reabilitação (enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc.), que desenvolverão nas USI programas de reeducação, essencialmente de carácter preventivo, ou atividades domiciliárias, previamente planeados e coordenados pelo médico fisiatra consultor.

O fisiatra deve apresentar uma proposta de cronograma de atividades ao seu conselho de administração, de modo a, por um lado assegurar a prestação de cuidados aos utentes do hospital de origem, e por outro, permitir ter períodos de tempo estabelecidos para a consultadoria e, se necessário, para as consultas por telemedicina.

O conselho de administração do hospital, EPE deve atender a esta realidade aquando da negociação com a Secretaria Regional da Saúde do contrato-programa.

O conselho de administração do hospital, EPE deve divulgar pela (s) USI da área da influência os horários disponíveis para a consultadoria, devendo as ausências do fisiatra designado estarem devidamente asseguradas por colega da mesma especialidade.

O conselho de administração da USI deve remeter, mensalmente, ou sempre que necessário, os pedidos de consulta por telemedicina ao conselho de administração do hospital, EPE.

Sempre que se verifique a necessidade do recurso à consulta de telemedicina, deve ser cobrado ao utente a respetiva taxa moderadora, salvo se o mesmo estiver isento ou dispensado da mesma, devendo-se cobrar o valor correspondente a uma consulta hospitalar. Neste caso, deve o hospital, EPE faturar à USI.

Pretende-se, assim, que os fisiatras assumam as seguintes funções:

- Responsabilização pela continuidade da MFR a prestar aos doentes após a alta hospitalar, assegurando, se necessário, a sua transferência para as USI, outras unidades hospitalares ou centros de reabilitação e ainda o tratamento no domicílio;
- Definição de patologias e quantitativo de doentes a tratar nas instalações do serviço hospitalar;
- Aconselhamento dos especialistas em medicina geral e familiar, sempre que seja julgado pertinente.
- Coordenação e orientação técnica das atividades prestadas pelos restantes técnicos de reabilitação do hospital e das USI da área de influência.

A articulação entre os hospitais, EPE do SRS e USI deverá facilitar a circulação da informação referente ao doente, evitar a duplicação de consultas, anular os tempos de espera entre as várias fases do processo de reabilitação, orientar e aconselhar o doente na prossecução da sua reabilitação.

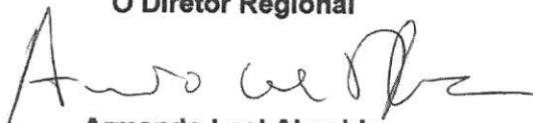
Deverá ainda contribuir para uma economia dos recursos existentes, através de uma correta gestão dos mesmos.

Finalmente, é necessário que esta articulação funcione como um elemento facilitador e não como um aumento da burocracia, complicando o desenvolvimento do processo.

6. A prescrição de ato de medicina física e reabilitação deve ser efetuada apenas pelos especialistas desta área.
7. Deve constar, obrigatoriamente, em todas as prescrições efetuadas por médicos da especialidade de medicina geral e familiar, uma nota sobre a consulta efetuada ao consultor, isto é, com a menção ao dia, hora do contacto e identificação do fisiatra.

8. Deve o fisiatra registar o contacto realizado pelo médico supra referido, com a alusão da validação da prescrição em causa.
9. O exercício privado de atos relacionados com a MFR encontra-se regulamentado pelo Despacho n.º 289/2013, de 15 de fevereiro de 2013.
10. A presente circular normativa entra em vigor na presente data.

**O Diretor Regional**



**Armando Leal Almeida**