Exmª Senhora
Profª Doutora Mª Céu Machado
Alta Comissária da Saúde

Conforme pedido dirigido ao Sindicato dos fisioterapeutas portugueses no sentido de pronúncia, especificamente às análises especializadas decorrentes da construção do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2ª fase, Planeamento de Recursos Humanos e Levantamento - Painel de Informação para o Planeamento em Saúde; e considerando o Plano Nacional de Saúde (PNS) um instrumento estratégico, permitindo o alinhamento das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, como objectivo da maximização dos ganhos em saúde, cumpre-nos manifestar o nosso contributo:

O reconhecimento pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), com a publicação da Classificação Internacional das Profissões (ISCO 08), como profissão de saúde, a par de Médicos, Enfermeiros, Veterinários, Dentistas, Farmacêuticos, Dietistas, Nutricionistas, entre outros (*in* "Resolução da OIT, 6 de Dezembro de 2007") foi transposto para o panorama português através da Deliberação n.º 967/2010 do Conselho Superior de Estatística. O facto da Classificação Portuguesa de Profissões/2010 estabelecer, de forma harmonizada com a CITP/2008 da OIT, as profissões ajustadas ao desenvolvimento coordenado do SEN e que o nível Profissão responde fundamentalmente às necessidades do Sistema, funcionando assim, como ponto de partida para os desenvolvimentos necessários à satisfação dos interesses específicos e legítimos dos fisioterapeutas.

Consideramos, que de acordo com o espelhado pela Carta de Tallin, o reforço dos recursos humanos em fisioterapia, tendo em conta a escassez dos mesmos no sector público do SNS, os benefícios/vantagens inerentes à intervenção deste profissional conforme preconizado no aumento da eficácia do SNS, será inevitável num enquadramento de contenção de custos adicionais

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

em saúde, traduzido num aumento da qualidade da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos e acesso ao Sistema, devidamente fundamentada numa apreciação de análise de custo/benefício, bem como nos princípios fundamentais plasmados na Constituição Portuguesa, designadamente, a universalidade, generalidade e gratuitidade tendencial.

É necessário um número suficiente de profissionais com as competências adequadas são para viabilizar as estratégias preventivas, face ao envelhecimento da população, bem como às inequidades por distribuição geográfica, entre outros. Existe de facto uma congruência entre as competências profissionais e as necessidades da população identificadas (saúde mental, doenças crónicas incapacitantes, envelhecimento populacional, apoio 3ª idade, cuidados paliativos, HIV, bem como outras necessidades específicas). Sendo a profissão de Fisioterapeuta considerada a terceira com maior representatividade e com uma intervenção directa em quase todas as políticas de saúde, consideramos existir manifestamente uma insuficiência técnica de análise, por omissão, o facto desta profissão não se encontrar entre as quatro analisadas no documento em questão.

A necessidade da caracterização dos fisioterapeutas e da sua actividade assistencial é crucial, sendo a mesma corroborada pela ausência de indicadores em ambos os documentos analisados. A análise relativa ao planeamento dos recursos humanos apesar de em termos teóricos espelhar modelos de contributo para a caracterização dos recursos humanos em saúde e efectidade no sistema, apresenta como limitação séria os dados apresentados, constituindo assim um enviezamento major. Recomenda-se assim, uma análise fidedigna de base, a todos os elementos envolvidos na prestação de cuidados de saúde, com recurso aos parceiros sociais (inerente às duas análises).

Sendo a profissão de Fisioterapeuta considerada a terceira com maior representatividade e com uma intervenção directa em quase todas as políticas

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

de saúde, consideramos absurdo não se encontrar entre as 4 analisadas no doc. em questão.

Os tempos que decorrem exigem, que a evidência substancie a prática e as decisões, mesmo as políticas.

Questionamos como se poderão tomar decisões baseadas em ausência de informação? Ou em informação parcelar, debruçada em termos de recursos humanos em 2 profissões major?

Segundo base da ACSS foram emitidas 5978 cédulas profissionais até 6/8/2010 (sabendo contudo que existirão profissionais não contabilizados, por ainda não terem sido solicitadas, nomeadamente os fisioterapeutas com conclusão das licenciaturas no ano de 2010, outros por não inserção no sistema; duplicação de cédulas, bem como profissionais reformados e outros que eventualmente poderão não exercer); de acordo com uma estimativa de Colaço, G. (ESS/IPS, 2009) o número actualmente rondará os 7148 fisioterapeutas.

Segundo Colaço G. (ESS/IPS, 2009 com recurso a fonte da *European Region da World Confederation of Physical Therapy; Chevan et al, 1998; Anderson, et al , 2005; Nova Scotia Human Resources Study, 2001)*, a média do nº FT /10.000 habitantes, considerando os 27 Países da Europa, com dados fornecidos referentes a 2005, era de 8,9. Existia uma variação extrema neste indicador, entre 0,5 na Turquia, que era o valor mais baixo e 23,4, que correspondia ao valor máximo, e se observava na Finlândia. Portugal, que em 2003 apresentava um valor de 1,9, apresentava em 2005, um valor de 3,5, situando-se ao mesmo nível da Hungria e com apenas 5 Países com valor inferior neste indicador (Líbano, Estónia, Sérvia e Montenegro, Latvia e Turquia).

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

Em 2005, Portugal encontrava-se abaixo dos valores observados no Canadá em 2000, área metropolitana da Austrália em 1991 e área rural da Austrália em 2001.
Apenas em 2010 Portugal apresenta valores superiores (estimativa de 6,9 /10000) aos observados na área metropolitana da Austrália em 2001.

Segundo o MTSS (IEFP,IP.) em 2007 encontravam-se 219 fisioterapeutas desempregados; face à estimativa do nº Fisioterapeutas existentes em 2007 4991, a respectiva taxa de desemprego de Fisioterapeutas correspondia a 4,39%.

De dados provenientes das diversas associações profissionais europeias (*in* Colaço G., *Aproximação à Europa: O Risco do Sucesso, Fisionline*, 2009) verifica-se que o desemprego parece afectar tanto Países com um dos mais baixos ratio FT/10.000 habitantes, como a Turquia, como não afectar países como a Islândia, Suíça ou o Liechenstein, onde esse ratio é dos mais elevados (17,4; 13,8 e 12,7 respectivamente).

De extrema importância seria o cruzamento desta informação, com as políticas de saúde adoptadas por estes diferentes Estados membros, bem como com o papel/participação atribuída aos fisioterapeutas, pois os fisioterapeutas portugueses são considerados elementos de extrema qualidade junto da comunidade internacional, encontrando-se na expectativa pela queda das obstaculizações à sua prática, nomeadando as limitações ilegais e ilegítimas que frequentemente limitam o exercício dos fisioterapeutas nos seus gabinetes; a inexistência de unidades funcionais de fisioterapia, integradas na rede hospitalar; bem como a perda de vantagem na não utilização do acesso directo, a escassez de vagas no SNS bem como noutros organismos ministeriais (escolas, centros de dia, piscinas municipais, juntas de freguesia, etc) entre outros, limitando o contributo destes profissionais para a concretização dos PNS em toda a sua acepção.

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

Ou seja, mais uma vez relevamos que se os números nos indicam que estamos aquém das necessidades, se o empreendorismo dos profissionais aumenta e o desemprego cresce, expressa de facto problemas sérios no planeamento dos recursos humanos na àrea da saúde para os fisioterapeutas, ou seja a captação dos fisioterapeutas pelo SNS é esparsa, não antevendo as vantagens económicas associadas à crise financeira (reforçando as questões preventivas e de promoção de saúde) como óbvias no garante da sustentabilidade do sistema ..**33**

Ss

Segundo fonte do Ministério da Saúde, relativamente aos Centros de Saúde, no ano de 2006 (População residente 10110271), encontravam-se 99 Fisioterapeutas a exercer nos mesmos, realizando 742770 tratamentos de fisioterapia. Na região Norte (população 3292187), 18 fisioterapeutas, com 287133 tratamentos realizados. Na região Centro (População 2416270) 15 fisioterapeuta com a realização de 45517 tratamentos. Na região de Lisboa (população 3535883), 48 fisioterapeutas com a realização de 225883 tratamentos. Na região do Alentejo (população 444403), 5 fisioterapeutas, com 16899 tratamentos. Na região do Algarve (população 421528) 13 fisioterapeutas, com 167338 tratamentos realizados. No final de 2007 (fonte APF, metodologia de levantamento distinta) existiam 127 fisioterapeutas em actividade.

É comum referir-se que as necessidades se criam, consideramos contudo, que o grau de profundidade de observação, devida ao aumento do conhecimento, ou por influências é que é mutável, pois as necessidades objectivas estarão presentes, havendo contudo com os novos paradigmas sociais necessidades emergentes. Ou seja, o envolvimento e as vantagens inerentes à proximidade da fisioterapia aos utentes/população é óbvia, mais que consubstanciada na evidência, portanto o que realmente está em questão são as políticas que

relevam as mais valias destes profissionais e incrementam os postos de trabalho e acesso à profissão.

Apesar do esforço que reconhecemos, a indefinição das políticas de saúde a nivel ministerial na área da prestação de cuidados de fisioterapia são sobejamente evidentes, ficando aquém das necessidades reconhecidas da população.

Compreendemos, contudo, que o processo se encontra numa fase de crescimento, mas a responsabilidade com a saúde das populações e dos utentes, é como o tempo, não volta atrás.

Como consta dos documentos analisados a evidência das necessidades vai variando, quer conforme os recursos, quer com as decisões políticas. O PNS na sua concretização deveria demonstrar isenção e ceder simplesmente à evidência e às necessidades da população alvo – os cidadãos, na sua concepção holística, enquanto decisores.

Consideramos, a par do contributo da ACSS, que o valor da sustentabilidade é um valor social, mas não nos deveremos deixar ofuscar por questões políticas; as necessidades são evidentes, assim como as responsabilidades. Existe evidência mais do que suficiente na literatura científica, que o investimento em recursos humanos e serviços de fisioterapia adequados representa poupança dos gastos em saúde. Este facto deve ser equacionado quando se analisa e se pensa em sustentabilidade.

Conforme o disposto na alínea. a), do n.º 3 do art. 64.º da CRP, para que seja assegurada a realização do direito à protecção da saúde, o Estado deverá "*garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*", pelo que a universalidade pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção,

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

estejam cobertos pelas políticas de promoção e protecção da saúde e possam aceder aos serviços prestadores de cuidados de saúde; e supostamente em tempo útil, mesmo nas intervenções de prevenção, racionais, por quanto o seu não ajuste temporal corresponder a desperdícios financeiros.

Estamos cientes das inequidades no acesso à fisioterapia, mas cientes igualmente que as mesmas se deverão essencialmente à carência na aposta nestes profissionais/ políticas de saúde de recursos humanos adequadas, com espaço à evidência; e não na dificuldade de fixação de recursos humanos em áreas geográficas mais distantes dos centros urbanos atribuídas aos próprios , nem tão pouco na falta de empreendorismo ou a adaptação de necessidades em saúde emergentes dos mesmos. Os fisioterapeutas de acordo com os padrões de prática emanados pela APF e adaptados da WCPT, regulam a sua actividade através dos padrões de prática/guidelines, suportados por diversos organismos internacionais, assumindo a prática baseada na evidência como marca do seu registo.

Relativamente ao custo hora atribuído a início da carreira na função pública, o mesmo ronda em termos brutos 6,624 €. Consideramos de facto, tal valor uma afronta para todo e qualquer profissional com as habilitações académicas e especialização científica do grupo que representamos; de facto, mesmo com o ajuste remuneratório que consideramos ser de justiça a par da diferenciação habilitacional com outros profissionais, nomeadamente na esperada inclusão na carreira dos técnicos superiores de saúde, tais valores encontram mais que sustentabilidade nos “outcomes” produzidos. Isto significa, tão simplesmente, harmonizar as políticas de gestão de recursos humanos com as boas práticas de gestão preconizadas conceptualmente pelo Prof. Gilles Dussault no seu documento de trabalho.

A revisão urgente da carreira, constitui um imperativo para o exercício profissional, de modo a ser um garante de motivação, porquanto constitui um

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

reconhecimento de todo o investimento efectuado pelos profissionais. Não poderemos estranhar que a motivação dos fisioterapeutas, possa começar a vacilar, tendo em conta os constrangimentos na negociação da respectiva carreira; dilatando-se assim o reconhecimento do esforço continuo que têm realizado quer diáriamente em todos os projectos e nas condições exigentes que fazem parte, bem em como toda a formação pós-graduada sustentada pelos próprios, sem recursos a patrocínios, com total isenção de conflitos de interesses. Os fisioterapeutas, são dos profissionais de saúde que mais investem na sua formação, conforme se poderá verificar pela oferta de formação quer pelas escolas, quer pela associação profissional, bem como por empresas destinadas a tal efeito.

Consideramos, igualmente discriminatório o facto dos incentivos financeiros dados aos fisioterapeutas das URAP dos ACES serem inexistentes, sendo simplesmente excluídos.

Da análise dos PNS consideramos que os períodos temporais constituídos poderão ser curtos de modo a se conseguirem parametrizar alguns indicadores e respectiva avaliação (de acordo com a opinião igualmente formulada pela DGS); devendo ter uma previsão de um plano de vida, com um alcance mais alargado temporal, sujeito a adaptações e identificação de problemáticas emergentes; sendo um alicerce a par da Lei de Bases da Saúde.

Uma revisão da base dos sistemas estatísticos aplicada à produção dos fisioterapeutas, tem que ser consensual com a filosofia subjacente à nossa profissão, bem como ao próprio utente; não fragmentando a intervenção em parcelas obsoletas, promovendo ou não promovendo apreciações redutoras do holismo do utente. . Apresentar valores de produção apenas com a categoria “Tratamentos” revela que ainda existe muito por fazer para se entender o “modus operandi” desta profissão e a sua abrangência na área da saúde; e revela ainda que a implementação de sistemas de informação não conta com a

colaboração de especialistas da área de fisioterapia que poderiam dar um contributo válido e útil para o criação de um sistema de registo electrónico de fisioterapia mais adequado. Obrigatoriamente o Ministério da Saúde e os representantes da profissão terão que a breve prazo conjuntamente, ponderar seriamente no que os últimos têm alertado há longo tempo. Não se encontra sentido algum em proceder a registos de procedimentos, cuja utilidade enquanto indicadores é espartana.

O sistema de acesso ao processo electrónico do utente encontra-se ainda numa fase incipiente no caso dos fisioterapeutas, tendo em inúmeras situações para aceder às informações clínicas "do utente", através de passwords de outros profissionais.

Aproveitamento/rentabilização das infraestruturas locatárias do SNS, nas diferentes vertentes de intervenção da fisioterapia, poderá incrementar igualmente a vantagem financeira do recurso à fisioterapia.

O alargamento do horário de atendimento aos utentes, podendo numa perspectiva meramente numérica, aumentar os custos com o pessoal imediatos, mas em termos económicos ser comprovado o investimento em altas hospitalares mais precoces (diminuição da demora média dos internamentos), diminuição dos internamentos, menos custos em tratamentos ambulatórios, mais prevenção, mais saúde, mais motivação e produtividade nas diversas vertentes do cidadão, poderão ser objectivos importantes na construção de unidades de fisioterapia. Assim como a utilização de indicadores próprios da actividade dos fisioterapeutas, sem o incremento de actividades desnecessária demais.

O **acesso directo** ao fisioterapeuta, como já explanado por documento/contributo da APF ao PNS 2011-2016, significa que o utente tem capacidade para aceder directamente ao fisioterapeuta, sem indicação ou referência por parte de outro profissional. A centralidade no cidadão e o

reconhecimento das suas competências, são conceitos-chave do Sistema de Saúde Português, há que haver coerência com estes princípios e concretizá-los. De acordo com o relatório do Department of Health do Reino Unido, publicado em Outubro de 2008, que analisa o impacto da abertura do acesso directo a fisioterapia, os resultados evidenciam ganhos quer para os utentes como para os serviços. A visão e estratégia estabelecidas pelo NHS, promove serviços personalizados e agéis que escutem e ajem de acordo com as opiniões dos utentes, dentro de uma cultura de cuidados de excelência e de melhoria continua. Os utentes devem esperar o acesso a serviços quando e onde sejam convenientes para os próprios, marcar consultas fácilmente e ser atendido por equipas que ajudem e sejam corteses, atentas às necessidades dos utentes. O acesso directo no Reino Unido não é um conceito recente, os fisioterapeutas são profissionais de 1º contacto desde 1978.

O acesso directo é uma das directrizes traçadas pelas políticas correntes para a Saúde: escolha, acesso, auto/cuidado/gestão. Foca a mudança do paradigma dos cuidados secundários para primários. O acesso directo tem a vantagem de prevenir a transformação de problemas agudos em crónicos; se aos utentes com condições crónicas for permitido o acesso directo poderão receber aconselhamento e educação individual acerca da sua condição, capacitando-os a gerir a sua condição mais eficazmente, evitando admissões hospitalares não planeadas.

Uma parte da inequidade existente relativamente à fisioterapia, resulta dos obstáculos ao acesso, dificultada por lobbies existentes, burocracias desnecessárias, falta de reconhecimento de poder de decisão ao utente, falta de informação.

Existe uma diversidade de guidelines emanadas pela Associação Portuguesa de Fisioterapeutas bem como congéneres internacionais e WCPT, mas sem o devido acompanhamento/acreditação como instrumento de gestão, pelas entidades externas responsáveis. Consideramos de extrema importância o

acompanhamento e monitorização das intervenções em fisioterapia, evidenciando a prática.

Relativamente à minorização do risco estão igualmente previstos guidelines de apoio à matéria em questão, bem como procedimentos adequados para manter a segurança do utente e do ambiente.

Inúmeros estudos suportam a precocidade da intervenção da fisioterapia, quer no internamento hospitalar, reduzindo os dias de internamento e numa perspectiva economicista os custos dos mesmos; a redução dos dias de absentismo com repercussão directa na economia, como em inúmeras outras nomeadamente na vantagem financeira da prevenção, p.ex. prevenção de lesões musculo-esqueléticas associadas a desadequação dos postos de trabalho, cargas repetitivas e excessivas, alterações posturais, nomedamente escolioses na camada juvenil da população, a sobrecarga assimétrica de algum exercício físico em adolescentes; a prevenção de quedas na 3ª idade (2ª cauda de morte acidental mundial), a prevenção de perda de massa óssea através de programas de educação à população em risco; o condicionamento físico e equilibrio de modo a promover níveis de qualidade de vida e satisfação superiores (segundo a OMS, cada ano 1,9 milhões de pessoas morrem por inactividade física) sendo provávelmente aqueles que estarão em maior proximidade com o sistema de saúde, entre outros.

Existem números/ratios avulsos em diversas publicações acerca dos ratios dos fisioterapeutas por condição clínica, p.ex. Circular Informativa da DGS Nº: 40/DSPCD, com Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar ,Obstrutiva Crónica (DPOC), de 20/10/09, mas que nenhuma das estruturas oficiais representativas da profissão foi chamada a participar no documento génese, mas que expressa que a equipa deve ser constituída, no mínimo, por médico e fisioterapeuta; e constituída com o seguinte *ratio* profissional/doentes:

- Classes de exercício: de 1:4 a 1:8;

- Classes de educação: 1:8 a 1:16.

Políticas saudáveis interministeriais e sociais com repercussão directa nos determinantes em saúde identificados são vitais para a prossecução dos princípios consagrados na Constituição da República Portuguesa.

É fundamental que se aprofunde a funcionalidade e os instrumentos da sua medição no desenvolvimento de sistemas de recolha, análise e difusão de informação de base epidemiológica, na monitorização e avaliação do estado de saúde das populações e os progressos alcançados com a implementação dos programas de saúde.

Na identificação dos perfis de saúde será imprescindível estabelecer grupos de trabalho com todos os profissionais e representantes utentes/comunidade de modo a realmente se espelharem em uníssono as boas práticas dos intervenientes, produzindo assim um núcleo de informação estatística comum conforme pretendido.

Igualmente no estabelecimento de políticas e programas verticais nacionais ou regionais, ou programas locais todos os grupos profissionais deverão ser chamados a participar, traduzindo uma transparência processual inequívoca.

Cumpre-nos recomendar o alargamento de alguns indicadores a serem observados no painel de informação para o planeamento em saúde, de modo a que se monitorizem outros outcomes para além dos mencionados, conduzindo à compreensão de áreas com carência de informação a nível qualitativo, quantitativo.

- Levantamento das necessidades quer em termos das condições clínicas activas, graus de incapacidade, participação (utilização da Classificação Internacional da Funcionalidade), bem como preventivas e a medição dos resultados da intervenção; indicadores específicos que digam respeito a

diversos sectores interministeriais e sociais, como a parametrização da qualidade de vida e dados de socialização.

- Auto-apreciação da qualidade de vida, não somente auto-apreciação do estado de saúde;
- Relativamente à cultura, a acessibilidade aos canais audiovisuais e a tipologia de informação transmitida provávelmente será dos elementos promotores de uma cultura mais instantânea a par da internet (já identificada no painel “Levantamento”); bem como indicador de futuras estratégias a adoptar como canal de comunicação e intervenção em saúde como monitorização e educação à distância.
- Os indicadores da existência de espaços públicos, nomeadamente passeios com dimensões suficientes para trânsito de individuos com mobilidade reduzida.
- Transportes publicos com efectivo e activo sistema de acesso a transporte de individuos com mobilidade reduzida.
- Ao nível da Justiça como indicadores os crimes especificar os de género, contra a criança e idoso;
- No ponto 100, tendo em conta a caracterização do movimento assistencial e necessidades, o nº de consultas efectuadas pelo fisioterapeuta;
- 102. incluir outras especialidades, nomedamente fisioterapia;
- 102.5 taxa de grávidas que frequentaram aulas de preparação para o nascimento;
- Ao nível da satisfação nos CSP, a referida avaliação deverá prever os demais profissionais envolvidos na prestação directa de cuidados, nomeadamente os fisioterapeutas;
- Ao nível de cuidados hospitalares, a taxa de utentes com intervenção dos fisioterapeutas, bem como a análise da precocidade de intervenção, e paralelismo com dias de internamento;
- Relativamente à RNCCI o nº de utentes acompanhados por fisioterapia

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

- Nos pontos 151 e 152 exige-se que os fisioterapeutas se encontrem caracterizados, caso contrário será uma manifesta obsoletização do presente sistema de indicadores.
- No ponto 162, despesas gastas com recurso a fisioterapia privada.
- Custos médios por consulta, igualmente dos fisioterapeutas
- Indicadores de mensurabilidade dos outcomes da intervenção, nomeadamente através da utilização do sistema de registo da Classificação Internacional da Funcionalidade.

De acordo com a Associação Canadiana de Fisioterapeutas, a evidência da implementação do acesso directo no sistema de saúde canadiano, fornece franca consistência à redução de custos, com a garantia de cuidados efectivos e seguros, aumento da satisfação e redução da reincidência de lesões musculo-esqueléticas, redução dos dias perdidos por absentismo laboral e de queixas por disfunções; e ainda comprovada como não havendo desperdício de recursos.

De acordo com a World Confederation for Physical Therapy (WCPT), os fisioterapeutas através dos seus orgãos representativos têm o dever de trabalhar em parceria com os governos e outros agentes, contribuindo para o planeamento dos recursos humanos, sendo garante de serviços de qualidade.

Na sua declaração de princípios acerca de serviços de qualidade reconhece que todos os intervenientes no SNS, têm o direito de esperar/exigir intervenções do fisioterapeuta com standarts de qualidade. Sendo estes definidos como as intervenções realizadas a um custo razoável, suportando as considerações dos utentes/organizações e profissão, abraçando conceitos de equidade, eficiência, efectividade, adequação, aceitação, acessibilidade, disponibilidade e segurança.

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos

De modo a serem atingidos os níveis exigidos de qualidade de intervenção, são necessários investimentos na investigação, desenvolvimento de instrumentos que facilitem a prática baseada na evidência, avaliação das bases, processos e outcomes da prática; monitorização da eficiência, efectividade e segurança e medição da satisfação dos utentes.

Concluimos este nosso aporte à 2ª fase da discussão do PNS 2011-2016, com a congratulação ao esforço metodológico para uma construção sólida e participada dos diferentes agentes em saúde.

Considere-nos ao dispôr para qualquer esclarecimento/participação adicional,

Com os melhores cumprimentos,

Cristina de Abreu Freire
(Presidente do SFP)

Rebelva, 3 de Setembro de 2010

Email: sfp@sfp.pt; telef.-210964423;tlm.-963311150; 913445574
Apartado 146 EC Rebelva
2776-902 Carcavelos