

Audiência com o Secretário de Estado da Saúde
Dr. António Lacerda Sales
04.agosto.2020

Intervenção inicial do Presidente da PT.AVC

Quando solicitamos audiência ao Ministério da Saúde há cerca de 3 meses, estávamos muito preocupados com a situação vivida pelos sobreviventes de AVC (e as suas famílias), que muito se agravava no período de pandemia do Covid-19 que estávamos a atravessar.

De facto, como se já não bastasse a perceção que tínhamos pelos muitos contactos com sobreviventes e cuidadores, além, como é óbvio, da experiência pessoal, os resultados de um Inquérito Nacional aos Sobreviventes de AVC, realizado de 20 a 27.abril, a que responderam cerca de 900 pessoas, veio confirmar a nossa preocupação.

Não me vou alongar na explanação dos dados apurados no inquérito, que são já do conhecimento do Ministério desde a primeira hora, mas friso um dado muito significativo: o facto de, considerando os sobreviventes a realizar tratamentos de reabilitação nas diversas valências terapêuticas (como fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, por exemplo) programados para o período da pandemia, 91% os viram cancelados ou não os puderam sequer iniciar. E, mesmo nos sobreviventes de AVC há menos de um ano, tal percentagem resultou praticamente idêntica: 89%.

A particular gravidade destes dados já vai sendo confirmada, não só pelas queixas de uma significativa menor mobilidade e autonomia do que o habitual (e consequências psicológicas subsequentes), como também constatada por médicos em consultas, notando-se muito mais incapacidade, por não ter sido possível a reabilitação durante um largo período.

O que só vem confirmar o sabido e sentido: **a grande importância que os cuidados de reabilitação têm nesta patologia** (indiscutivelmente considerada, antes de mais entre nós, sobreviventes de AVC, equivalente ao principal “medicamento”). Como sabemos, sobretudo nos primeiros meses após a ocorrência do AVC, cada semana de espera ou de paragem, não deixará de afetar significativamente a funcionalidade recuperada e a qualidade de vida, inclusive com **custos, para o próprio e família, para a sociedade e o Estado, incalculáveis. Pode fazer a diferença, por exemplo, entre a vida autónoma ou a permanência de graves incapacidades.** Entre uma vida com qualidade ou os cada vez maiores problemas de saúde, antes de mais psicológicos.

Mesmo na fase crónica, claro que não é tão grave e urgente: se for uma interrupção por um curto período, em geral, não põe em causa a funcionalidade, a qualidade de vida, já adquirida. Mas quando a interrupção parece que é “sine die”, e se soma até, necessariamente, a um período de maior inatividade e outros problemas, já pode haver, de novo, significativo agravamento das condições.

Portanto, se anteriormente já nos preocupava o estado da reabilitação, a degradação sentida no panorama geral da mesma, agora acresciam as condições em que se faria a retoma, e uma ainda maior necessidade do que antes de readaptação e reorganização dos cuidados de reabilitação do AVC em Portugal, tanto a nível hospitalar bem como extra-hospitalar. Dizíamos, inclusive nas comunicações dirigidas ao Ministério, que era **essencial encontrar estratégias que permitissem uma reabilitação eficaz, coordenada e multidisciplinar, e que os cuidados não voltassem a sofrer interrupção**, no caso de ocorrer uma 2ª ou 3ª vaga do Covid-19, ou mesmo de novos surtos locais. A reabilitação dos sobreviventes de AVC não deveria ser, de novo, das primeiras vítimas da pandemia.

Sendo o AVC, como sabemos, a primeira causa de morte, e também, sobretudo, a **primeira causa de incapacidade em Portugal**, e o seu tratamento dependendo muitíssimo dos cuidados de reabilitação, foi inaceitável assistir a que em vários hospitais do país os serviços de MFR (e mesmo UAVC) fossem rapidamente desmantelados para dar lugar à Covid-19 – situação que, nalguns casos, perdura ainda hoje. E quando se voltou a prestar mais atenção aos doentes não-Covid, ouviu-se falar em retomar as consultas, exames e cirurgias que tinham sido suspensos, não dando aos cuidados de reabilitação, sequer, a mesma prioridade.

Pelo que, atualmente, **a abertura destes serviços ainda está muito longe, sequer, de dar resposta equivalente ao pré-Covid. Serviços que, de uma forma geral, prosseguem com uma atividade muito limitada.** Continuamos também a ser contactados por sobreviventes e famílias em situações dramáticas, mesmo à beira do desespero. Ouvimos também, ainda que informalmente, profissionais de saúde de norte a sul do país. E, além do mais, o perigo de que se repita a mesma situação, o mesmo “modus operandi” numa 2ª vaga, parece ser muito real.

Mesmo no âmbito extra-hospitalar, há ainda sérias dificuldades. Que começam logo na dificuldade acrescida em obter a credencial para tratamento, nos centros de saúde. Ainda mais dificultado nos casos em que se torna necessário também o transporte: quer na passagem da respetiva credencial pelas USFs, quer na sua aceitação por parte de prestadores.

A atividade das clínicas convencionadas (ou mesmo outras sem convenção com o SNS) está muito limitada, com critérios de seleção absolutamente arbitrários, que não a necessidade e a urgência da reabilitação do doente. Permita-me uma nota, para referir que havia e há muitas situações que já deixavam muito a desejar. Que se poderia levantar

aqui a questão se é feito e como o “controlo de qualidade” dessas clínicas, que têm de tratar de modo necessariamente diferente, por exemplo, os cuidados ortopédicos ou as pessoas que necessitam de cuidados neurológicos.

Pelo que, **enquanto Associação de Doentes, reconhecida como Associação de Defesa dos Utentes de Saúde, vimos apresentar algumas propostas.** Propostas que sentimos como necessárias, urgentes e factíveis. Não só derivadas desta crise pandémica, mas essenciais dentro do que defendemos: encontrar estratégias que permitam uma reabilitação eficaz, coordenada e multidisciplinar, e ainda que os cuidados não voltem a sofrer interrupção.

A **primeira proposta** é exatamente no sentido de evitar consequências semelhantes em novas vagas ou mesmo surtos locais. Porque a segurança é primordial, obviamente que defendemos a existência de rigorosas medidas preventivas e de monitorização, como controlos sanitários, desinfecções, rigorosa identificação das vias de acesso, etc. Quer a utentes internados, quer em ambulatório (no caso dos hospitais), a diferenciação de horário e horário mais alargado dos serviços, se necessário, ou outras medidas julgadas apropriadas.

Porque **não pode haver interrupção ou diminuição significativa dos cuidados, quer nas unidades públicas, quer nas privadas** (incluindo convencionadas). Encare-se, repito, em certa medida, como se cessasse a disponibilização de medicamentos a outras patologias...

Segunda proposta – essencial para as outras – é o **reforço significativo dos quadros das equipas de reabilitação dos hospitais**, enquadradas por fisiatras, em especial fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, e mesmo enfermeiros de reabilitação, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos. No mínimo, tratar-se-ia, tão só, de considerar a necessidade destes profissionais equivalente, por exemplo, às contratações em curso de médicos e enfermeiros. Aliás, se preciso for, pensamos que o seu financiamento tem bom cabimento nas “Linhas Covid”, até por também se tratar de um efeito, no mínimo colateral, da pandemia. Claro que haveria que instruir as administrações hospitalares nesse sentido. É óbvio que só assim se pode permitir manter os cuidados de reabilitação, melhorá-los, com significativos ganhos de eficácia e eficiência. É fundamental, e é também defender o nosso SNS.

Terceira proposta é o **aumento das camas de internamento em Medicina Física e Reabilitação**. Permitindo, pelo menos, duas hipóteses alternativas ou complementares, a aplicar em bom número de doentes, a decidir caso a caso:

- mais camas disponíveis no próprio hospital, possibilitando mais e melhor reabilitação, especialmente em casos mais graves e/ou de carência, e libertando camas inclusive de outros serviços, como medicina interna e neurologia;

- através da constituição e/ou reforço das equipas de reabilitação hospitalar ao domicílio, idealmente durante os primeiros 6 meses.

Assegurando assim uma reabilitação mais célere e com maior qualidade, com especial relevo nesta era de pandemia (e, certamente – digo eu – possibilitando também o recurso às “Linhas Covid”, se preciso for).

Por último, queremos deixar uma **quarta proposta**, por certo de implantação mais demorada, mas que gostaríamos muito de ver dar passos nesse sentido: criar formas que permitissem uma muito **maior articulação e proximidade entre os Serviços de MFR e as Unidades de Saúde Familiar**. Bem como a progressiva **dotação da capacidade de prestação de cuidados, por equipa de reabilitação coordenada e multidisciplinar, nos Centros de Saúde**.

Obviamente, a nossa associação está disponível, como sempre, para a colaboração que for entendida como desejável. Em nome da qualidade de vida, do bem estar físico e mental dos sobreviventes de AVC e familiares. Mas também querendo, o mais possível, evitar os custos incalculáveis, inclusive financeiros, antes de mais para o próprio Estado, em que todos incorremos.

António Conceição
Presidente da Direção