

A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades

Physical and rehabilitation medicine in the XXI century: challenges and opportunities

Filipa Faria¹

RESUMO

Neste trabalho efetua-se uma reflexão sobre algumas das questões que estão a influenciar a reabilitação na atualidade. As alterações demográficas e a epidemiologia das doenças, o aumento das expectativas dos doentes, o crescimento dos custos dos cuidados de reabilitação, e também a dificuldade em estabelecer os limites entre a MFR, as outras especialidades médicas e outros profissionais de saúde, são alguns dos desafios da nossa prática diária. Por outro lado, as mudanças nos conceitos, mentalidades e políticas relacionadas com a deficiência tal como a evolução tecnológica, são oportunidades para alargar o campo de intervenção da Medicina de Reabilitação, confirmando o seu papel decisivo na promoção do entendimento social sobre a deficiência. Finalmente, abordam-se algumas novas perspectivas para a reabilitação no século XXI.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência, Medicina Física, Políticas Públicas

ABSTRACT

This paper addresses some of the issues that are shaping rehabilitation nowadays, such as changes in demographics and epidemiology of diseases, raising patients' expectations, increasing costs of rehabilitation care and also the difficulties in establishing boundaries between PMR, other medical specialties and rehabilitation professionals. Some contextual changes which have occurred in the last years in concepts, mentalities and policies related to disability and rehabilitation will be pointed out, as well as the benefits of technological evolution as a tool for enhancing social inclusion of people with disabilities. The recently created network for continued and integrated care, which is being set up in Portugal, will be referred, as a response to the need of providing integrated services. These changes may represent opportunities to enlarge PMR field of intervention and to confirm its role on promoting social understandings of disability. Finally, some new perspectives for rehabilitation on the edge of the 21st are suggested.

Keywords: Disabled Persons, Physical Medicine, Public Policies

¹ Assistente Hospitalar Graduada de Fisiatria, Directora do Serviço de Reabilitação de Adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, Portugal

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v17i1a103310

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Filipa Faria • Rua Prof. Queiroz Veloso, 5 • 1600-658 Lisboa, Portugal
fariaanjos@netcabo.pt

INTRODUÇÃO

A Medicina de Reabilitação constitui-se como especialidade médica há cerca de 60 anos, para providenciar cuidados para as pessoas com deficiência, desenvolvendo o seu potencial funcional e promovendo a sua reintegração familiar, profissional e social. A especialidade tinha desde logo uma visão holística do indivíduo, valorizando não apenas a vertente física da sua condição, mas também os aspectos psicológicos e sociais que poderiam interferir na sua recuperação.

Nas últimas décadas, a evolução da ciência determinou mudanças profundas na sociedade, afetando todos os domínios. Contudo, nem todas as áreas conseguiram ajustar-se de uma forma rápida e adequada. Atualmente, os sistemas de saúde defrontam vários desafios que requerem uma mudança nos conceitos, modelos de funcionamento e de gestão das organizações, de forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde, mantendo a qualidade e assegurando a sustentabilidade financeira. São problemas complexos sem soluções fáceis. Os serviços de reabilitação, incluídos nos sistemas de saúde, também estão a sofrer esta pressão para a mudança.

Demografia

O envelhecimento da população é um dado comum nos países europeus e norte-americanos. Nas últimas duas décadas, por exemplo, Portugal envelheceu: a população de mais de 65 anos passou de 10% para 15%,¹ correspondendo a uma taxa de crescimento de 50%. Para este fato contribuiu não só o aumento da esperança de vida (de +11% nos homens e de +7% nas mulheres), mas também a uma diminuição da taxa de natalidade (-26%).

Este fenómeno apresenta um desafio para diversos sectores, saúde, segurança social e mercado de trabalho.

Sabemos que com o envelhecimento da população, o rateio de mulheres/homens tende a aumentar. Apesar deste fenómeno se tornar menos aparente à medida que a esperança de vida dos homens se aproxima da das mulheres nos países industrializados, ainda é relevante e tem implicações na prática clínica.

O envelhecimento da população tem ainda duas conseqüências importantes: primeiro, está diretamente relacionado com a perda de capacidades e, portanto com a dependência, decorrente do processo degenerativo natural; em segundo lugar, exige respostas articuladas por parte da saúde e da segurança social, para a prestação de cuidados a este grupo mais vulnerável.

Ambos deverão ser considerados na organização e na prestação dos cuidados de reabilitação.

Epidemiologia das doenças

O segundo ponto a considerar refere-se ao padrão das doenças. Uma parte substancial da população – cerca de metade da população dos países da União Européia e quase 40% da população do Reino Unido sofre de doença crônica e muitos poderão ter mais de uma simultaneamente. Parte deste fenómeno está relacionado com o envelhecimento da população anteriormente mencionado. Mas também os avanços tecnológicos e médicos têm permitido a sobrevivência de pessoas com deficiências muito graves, que irão por sua vez beneficiar do aumento da esperança de vida da população.

Pessoas com deficiências mais graves e com incapacidades múltiplas, apresentam uma combinação de déficits (físicos, cognitivos e de comportamento),^{2,3} que requerem cuidados de saúde diferenciados e muito dispendiosos. Na EU, por exemplo, este grupo consome cerca de 80% dos custos totais em saúde.⁴

Os hospitais continuam a estar organizados para tratar a doença aguda – os serviços de reabilitação estão entre os poucos que tradicionalmente se focaram no doente crônico. Contudo, cada vez mais a maioria dos casos requer acompanhamento a longo prazo. Esta disparidade entre as necessidades dos doentes e a oferta dos prestadores causa sentimentos de frustração a ambos. Novos modelos de tratamento e de prestação de cuidados, necessitam de ser desenvolvidos para responder adequadamente a estes desafios.

À medida que a doença crônica e a dependência aumentam, as famílias são cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de cuidadores. Este fato deve-se, sobretudo a duas razões: por um lado, para manter a pessoa no seu meio e por outro, por razões de ordem económica.

Por isso não nos surpreende que estas famílias sofram o chamado “burn out familiar”. Cuidar de uma pessoa dependente durante muitos anos poderá ser uma tarefa árdua e extenuante. A maior parte destas famílias está exausta pelo permanente ajustamento de atitudes e comportamentos, que implicam frequentemente uma mudança profunda nos papéis familiares que anteriormente desempenhavam.

A estas questões sociais somam-se também aspectos económicos; frequentemente, a necessidade de prestar assistência implica deixar o emprego, agravando ainda mais a situação familiar. A equipa de reabilitação poderá desempenhar um importante papel ao providenciar ensino sobre como cuidar destas pessoas

e também, compreendendo as dificuldades das famílias, apontar opções para a resolução dos seus problemas.

Expetativas dos doentes

O terceiro desafio consiste no aumento de exigência por parte do doente/utente, que considera que os serviços prestados pelos hospitais são mais desorganizados e ineficientes que outros serviços que utilizam. Devemos ter esta percepção já que muitos dos nossos doentes tem uma condição crônica e se deslocam frequentemente ao hospital.

Também estão mais informados acerca da sua situação clínica, devido ao acesso mais facilitado à informação. Frequentemente, quando são observados pelo Fisiatra já consultaram a internet e já leram tudo sobre a sua situação. Embora nem toda a informação que obtêm seja relevante e continuem a necessitar de ser esclarecidos sobre o seu caso particular, este fato contribui para uma mudança na relação médico-doente.

Os doentes esperam mais dos serviços de saúde/hospitais e exigem o direito a escolher. O conceito de escolha, que se encontra inerente ao processo de reabilitação desde a sua concepção, evoluiu para desafios éticos e direitos consagrados para os profissionais de reabilitação no final do século XX. A decisão do doente é baseada no acesso e total compreensão da informação necessária do ponto de vista do doente. Deste processo resulta para o indivíduo uma decisão livre e informada sobre se deseja ou não serviços de saúde e quais os métodos ou tratamentos que consente receber. Os serviços de reabilitação não devem ser “impostos” sem o consentimento e a participação das pessoas que utilizam os seus serviços. Este é também o ponto de vista da ONU. Num relatório recente,⁵ a ONU considera a reabilitação como um processo no qual as pessoas com deficiência tomam decisões sobre os serviços que necessitam de forma a promover a sua participação. De acordo com esta perspectiva, os profissionais que prestam cuidados de reabilitação têm a responsabilidade de apresentar informação relevante para que a pessoa com deficiência possa tomar decisões informadas sobre o que para si é mais apropriado. Este novo modelo de prestação de serviços contribui também para modificar a relação médico-doente.

Aumento dos custos dos cuidados de reabilitação

Outro desafio no contexto atual refere-se ao aumento dos custos em saúde. A percentagem do PIB (produto interno bruto) afeta à Saúde tem aumentado. Em Portugal, por exemplo, o PIB

subiu 2,3% ao ano entre 1990 e 2001; contudo, as despesas com a saúde aumentaram em 6,1%. Esta tendência tende a acentuar-se no futuro. De acordo com a estimativa da OCDE (Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico), as despesas públicas com a saúde poderão subir de 6 a 7% do PIB para os 10% no ano 2050 (um aumento de cerca de 50%).

O envelhecimento da população, necessitando de mais cuidados, e o desenvolvimento tecnológico, consumindo mais recursos, poderá conduzir os sistemas de saúde para uma situação de insustentabilidade económica. Este receio tem provocado nos governos a utilização de medidas para limitar as despesas em saúde. Contudo, não tem sido fácil e estas têm continuado a subir acima da inflação.

Em Portugal, enquanto o Serviço Nacional de Saúde ainda sobrevive, na última década, o sector privado tem aumentado a sua quota de mercado através de sub-sistemas de saúde tipo “managed care” e do estabelecimento de parcerias público-privadas. Gradualmente, um novo paradigma de gestão da saúde está a emergir, envolvendo profundas transformações nos modelos de financiamento e gestão dos serviços de saúde.

Os médicos estão sob pressão para cumprir o seu papel, enfrentando frequentemente interesses em conflito, por parte dos doentes e dos gestores. Ainda é necessário encontrar um equilíbrio entre a perspectiva económica e um ponto de vista mais humanista.

MFR e outras profissões

A composição da equipa de reabilitação sofrerá provavelmente modificações à medida que o custo de tratar a dependência a longo prazo aumenta e a tecnologia se torna mais proeminente. Novas competências profissionais são requeridas para providenciar cuidados num público-alvo em mudança.

A equipa deve estar aberta por um lado, aos contributos de outros profissionais como informáticos, engenheiros, entre outros, para beneficiar ao máximo dos avanços tecnológicos, e por outro, incluir também profissionais menos qualificados, para prestar os cuidados de vida diária.

Enquanto a inclusão de novos profissionais parece fundamental, a nossa especialidade necessita de criar um maior conhecimento dos serviços prestados pela MFR junto dos gestores e administradores. Tal pode ser conseguido demonstrando que o tratamento fisiatrico oferece a melhor relação custo-benefício para tratar condições tão diversas como a lombalgia e o AVC. Outro aspecto a salientar é o fato da reabilitação diminuir os custos da dependência.

Contudo, torna-se imperativo demonstrar o valor e benefícios dos programas de reabilitação através da medida objetiva dos resultados e da realização de estudos científicos validados.

Para o público, não existe uma diferenciação muito nítida entre a MFR e outras profissões. O termo Fisioterapeuta é utilizado inúmeras vezes quer por outros médicos quer pelos doentes, quando se referem ao Fisiatra. De acordo com HJ Fax,⁶ cabe ao Fisiatra esclarecer o público em geral e os seus colegas médicos sobre as características e os benefícios da nossa especialidade.

O Fisiatra é o profissional especialmente treinado para a abordagem integral nos cuidados médicos às pessoas com deficiência. O Fisiatra tem de prestar cuidados a uma grande diversidade de doentes, desde os recém-nascidos até ao grupo geriátrico. Estamos assim preparados para o desafio do envelhecimento da população. Contatamos com diferentes especialidades médicas e cirúrgicas bem como com outros profissionais de saúde. De fato, somos a especialidade que segue o indivíduo ao longo da sua vida, estabelecendo colaboração com outras especialidades ou profissionais, quando necessário. Alguns autores referem que a Fisiatra se assemelha aos cuidados de saúde primários das pessoas com deficiência.

A reabilitação é sem dúvida um trabalho de equipa; e tal como qualquer equipa necessita de liderança. Daquilo que foi referido anteriormente, podemos afirmar que o Fisiatra está numa situação privilegiada para desempenhar esse papel. A abrangência da especialidade torna-a cada vez mais necessária para complementar outras especialidades clínicas e para estabelecer interface com múltiplas e parciais intervenções dos vários profissionais de saúde.

Mudança nos conceitos e modelos face à deficiência

Em 1993, as Nações Unidas aprovaram as *Regras Standard para a Igualdade de Oportunidades*,⁷ ferramenta importante para a consciencialização dos direitos das pessoas com deficiência que encorajou os governos a promover ações e desenvolver políticas nesse sentido. A abordagem centrada nos direitos humanos foi reforçada pela adoção pela Assembleia Geral da ONU em 2006 da *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, que entrou em vigor em Maio de 2008. Deste modo, as questões da deficiência passaram a integrar de forma explícita os normativos do Direito Internacional. Os governos que a têm ratificado ficam assim obrigados a promover as medidas necessárias para tornar efetivo o exercício dos direitos fundamentais

(direito à educação, à saúde, ao emprego, à participação social e cívica, etc.) a todas as pessoas independentemente da sua deficiência.

O modelo clínico baseou-se numa relação direta entre doença e deficiência sendo a incapacidade percebida como pertencente ao indivíduo com deficiência e todo o esforço da reabilitação dirigia-se a reparar ou compensar o problema/ indivíduo de forma a aproximá-lo dos padrões de normalidade. Em 1981 a ONU propôs a seguinte definição: “A reabilitação tem como objetivo reduzir o impacto das situações de deficiência e incapacidade, e a promover a integração social dos deficientes... treinando-os para se ajustar ao seu meio”⁸

Através da luta das pessoas com deficiência e suas organizações surgiu um novo conceito sobre a incapacidade – o modelo bio-psico-social, que conduziu a uma consciencialização do impacto das barreiras do ambiente na participação das pessoas com deficiência. De acordo com este modelo, as causas da incapacidade não se circunscrevem ao indivíduo mas decorrem da interação da pessoa com o ambiente.

A mudança na percepção da deficiência refletiu-se em novos modelos e abordagens. A *Classificação Internacional do Funcionamento, Incapacidade e Saúde* (CIF)⁹ surgiu em 2002 e enfatiza a saúde e o funcionamento em lugar da incapacidade. Reconhece que cada ser humano pode experimentar uma diminuição da saúde e desse modo experimentar alguma incapacidade. Inclui estruturas e funções do corpo, mas também foca as atividades e participação quer sob a perspectiva individual quer da sociedade. A CIF inclui ainda cinco fatores contextuais que podem limitar ou restringir a participação: produtos e tecnologia, ambiente natural e ambiente construído, atitudes e normas sociais, cultura, e serviços, sistemas e políticas.

A experiência tem demonstrado que as barreiras sociais e do ambiente são mais restritivas ao desenvolvimento do indivíduo e da sociedade que a condição física particular dos indivíduos, evidenciando uma mudança na percepção da incapacidade com importantes efeitos em todos os domínios particularmente nas políticas.

Mudança das políticas

A acessibilidade é talvez a questão mais relevante em qualquer estratégia relativa à deficiência. A acessibilidade refere-se à necessidade de assegurar o direito à participação em todos os níveis da vida quotidiana, incluindo o trabalho, a educação, o desporto, a cultura e o lazer. A igualdade de oportunidades é o objetivo definido na estratégia a longo prazo da União

Européia, que pretende assegurar às pessoas com deficiência o direito à dignidade, não discriminação, vida autônoma e participação na sociedade.

As ações realizadas pela União Européia (UE) sublinham o estabelecimento de valores econômicos e sociais comuns, permitindo às pessoas com deficiência aplicar as suas capacidades e participar na sociedade e na economia.

A estratégia da UE assenta em três pilares:

1. legislação e medidas anti-discriminação que promovam o acesso aos direitos individuais
2. eliminação de barreiras no ambiente que impeçam o exercício das suas capacidades
3. “*mainstreaming*” da deficiência, que consiste na estratégia de integrar as várias questões da deficiência em todas as políticas da Comunidade Européia

Esta estratégia é algo semelhante à que foi seguida na questão do género e que está em prática há vários anos.

O Plano de Ação da UE para a Deficiência 2004-2010,¹⁰ estabelecido pela Comissão Européia para assegurar a continuidade das políticas após o Ano Europeu do Deficiente (2003) promove o enquadramento dinâmico para o desenvolvimento da estratégia, com especial enfoque no *mainstreaming* da deficiência nas políticas da Comunidade, na acessibilidade e no emprego.

As estimativas para a Europa apontam para uma diminuição da população em idade ativa face à totalidade da população. Torna-se mais crucial que nunca empregar toda a população ativa incluindo os portadores de deficiência.

O Plano de Ação da UE para a Deficiência sublinha o potencial económico das pessoas com deficiência e reconhece que a sua contribuição para o crescimento económico e do emprego deve ser ativada.¹¹

Atualmente, a taxa de desemprego das pessoas com deficiência é o dobro comparativamente à da população não deficiente, indicando reduzidos níveis de reintegração e comparativamente baixos níveis de escolaridade e formação profissional. As razões para esta baixa taxa de empregabilidade variam consoante nos países, mas tem sido apontado que a perda de subsídios com o início da atividade laboral é um dos maiores desincentivos. Outra razão possível poderá ser a relutância dos empregadores em recrutar pessoas com deficiência, com receio de eventuais custos de adaptação do posto de trabalho.

Nas ações e nas políticas destinadas a promover a “igualdade de oportunidades”, tais como a *Estratégia da UE* e na acessibilidade

aos bens e serviços e ao ambiente construído, as Tecnologias de Apoio desempenham um papel relevante. Apesar do investimento inicial, os benefícios que advêm em termos de redução da dependência, aumento da produtividade e melhoria da auto-estima, são consideráveis.

Tecnologias de Apoio

A tecnologia é um campo complexo e em crescimento. Novos desenvolvimentos acontecem diariamente. Pessoas com deficiência podem utilizar as tecnologias de apoio para ganhar novas competências, para manter outras e para viver de forma independente. Contudo, escolher a ajuda técnica (AT) adequada não é tarefa fácil.

O avaliador deve comparar as características únicas de uma variedade de produtos e decidir qual o que melhor responde às necessidades do indivíduo. Os procedimentos devem incluir a avaliação dos ambientes onde a pessoa vai utilizar a AT, inquirindo o utilizador sobre as suas expectativas nesses ambientes e questionando a necessidade de adaptações para a sua utilização. Todos esses são passos importantes que devem ser seguidos pelo fisiatra antes de prescrever uma AT para o seu paciente.

Tecnologias de Informação

Nos últimos anos temos assistido ao desenvolvimento extraordinário das tecnologias de informação e das telecomunicações. O progresso tecnológico está a conduzir-nos para um novo conceito - a Sociedade de Informação, onde os cidadãos com diferentes capacidades, necessidades, níveis culturais e educacionais, terão de desempenhar, no contexto da sua vida quotidiana, diversas interações com aplicações multimídia e serviços telemáticos, oferecendo novas oportunidades para todos os cidadãos na sociedade, incluindo os idosos e pessoas com deficiência. Contudo, podem também constituir novas barreiras, contribuindo para a exclusão e o isolamento social, se as diversas necessidades dos potenciais utilizadores não forem seriamente consideradas. É importante assegurarmo-nos que os desenvolvimentos tecnológicos emergentes, dentro da Sociedade de Informação, irão contribuir para o *empowerment* nas atividades quotidianas, de todos os cidadãos, incluindo os idosos e pessoas com deficiência.

Os avanços nas tecnologias de informação desempenharam um papel catalisador nos avanços das tecnologias de apoio, facilitando a introdução de novos produtos e serviços. As tecnologias de apoio utilizaram as tecnologias

de informação para promover a integração sócio-económica e a vida autónoma das pessoas com deficiência e dos idosos, oferecendo um suporte tecnológico para diversas áreas tais como, comunicação interpessoal, habitação, educação, emprego, lazer, entre outras.

Este é um campo em acelerado desenvolvimento e deste modo o futuro é imprevisível. Reconhecer as diferentes necessidades e capacidades decerto estimulará a criatividade na procura de novas soluções que possam ser utilizadas por todos.

Rede de Cuidados Continuados Integrados

O envelhecimento da população, as alterações nos padrões de doenças e ainda na estrutura social e familiar, determinaram novas necessidades em saúde e por consequência, novas abordagens na resposta a estas situações.

Na realidade, as necessidades específicas dos idosos e das pessoas portadoras de deficiências graves implicou a integração, no processo de resposta, de duas dimensões: a saúde e a segurança social. É neste contexto que se desenvolveu o conceito e a prática de *cuidados continuados*.

Portugal está a dar os primeiros passos na organização de uma rede de cuidados continuados. Em Junho de 2006, foi aprovado o diploma que criou a *Rede Nacional de Cuidados Continuados*, assinada em conjunto pelos Ministros da Saúde e do Trabalho e Segurança Social. “Consiste num grupo de intervenções sequenciais de cuidados de saúde e ou de apoio social, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo... que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, re-adaptação e reintegração social e familiar”.¹²

A rede promove a articulação entre os hospitais - que prestam os cuidados agudos, os cuidados de saúde primários - responsáveis por manter a saúde das populações, as ONG`S (organizações não governamentais) ou instituições de solidariedade social que prestam serviços e ainda os doentes e suas famílias.

Conceitualmente, a *Rede Nacional de Cuidados Continuados* parece responder de forma adequada às necessidades dos doentes, das famílias e dos profissionais de saúde, preenchendo algumas das lacunas que existiam no Sistema Nacional de Saúde Português. A perspectiva holística que esta rede está imbuída é semelhante à abordagem da reabilitação e, neste sentido, poderá ser uma oportunidade para afirmação dos valores, princípios e práticas da MFR.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há 60 anos atrás, a sociedade foi confrontada com a necessidade de cuidar dos jovens mutilados na II Guerra Mundial, tendo a especialidade de MFR sido formalmente organizada e entrado num período de grande expansão. Na época, os serviços de reabilitação foram concebidos para tratar de um grupo específico de indivíduos portadores de deficiência, para desenvolverem o seu potencial e atingirem uma vida tão normal quanto possível.

As limitações físicas eram a principal preocupação e o programa de reabilitação tinha por objetivo restaurar as capacidades dos indivíduos de acordo com o padrão de normalidade. Seguindo os avanços científicos e tecnológicos, ocorreram mudanças em todos os domínios da sociedade – económico, social, político, e médico.

No início do século 21, abrem-se novas perspectivas para a MFR, alargando os seus horizontes. A abrangência da especialidade torna-a cada vez mais necessária na complementaridade de outras especialidades e na interface com outros profissionais de saúde. O envelhecimento da população e o aumento de prevalência das doenças crónicas contribuem para o aumento do número de pessoas com incapacidades e em situação de dependência, e assim, expandindo a necessidade de serviços de reabilitação e requerendo uma resposta integrada na prestação dos cuidados.

O desenvolvimento das tecnologias e da engenharia de reabilitação continuará a propor novas soluções para os problemas emergentes, providenciando novos meios de diagnóstico e de tratamento. Contudo, é fundamental provar o custo-benefício das intervenções de forma a ser aceite pelas entidades pagadoras.

Quanto à acessibilidade dos ambientes, os desenvolvimentos tecnológicos contribuirão de certo para o *empowerment* das pessoas, independentemente da sua condição (deficiente ou não), nas suas atividades quotidianas. Constituem definitivamente uma ferramenta essencial na expansão do âmbito de intervenção da reabilitação, na diminuição da dependência, na promoção da participação ativa das pessoas com deficiência na sociedade e no aumento da sua auto-estima e qualidade de vida.

Um novo paradigma da reabilitação está a emergir refletindo uma mudança nos conceitos. A incapacidade não é mais vista como resultante direta de uma deficiência. O modelo social da incapacidade trouxe uma consciencialização da importância das barreiras do meio como geradoras de incapacidade e

dependência. Esta perspectiva envolve não apenas as pessoas com deficiência mas toda a sociedade e requer uma alteração da “velha linguagem de necessidades” para um discurso de direitos.

Com efeito, a ONU reconheceu na *Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência*, que as pessoas com deficiência são cidadãos de plenos direitos. Assim, têm direito aos apoios e proteções da lei para garantir o exercício dos seus direitos fundamentais (à saúde, ao emprego, à educação, etc), e liberdades, tais como os outros cidadãos.

A mudança na percepção da incapacidade implica novas abordagens e novos modelos de intervenção em reabilitação, que estão a ser modelados pela interação de fatores clínicos, sociais e económicos. Sensibilizar os políticos para o investimento em reabilitação é crucial. Precisamos de lhes demonstrar que é menos oneroso reabilitar do que pagar a dependência, considerando que os custos não são só económicos mas também sociais e humanos.

Temos ainda um longo caminho pela frente, para passar dos conceitos e modelos para as atitudes e práticas relativas à deficiência/incapacidade. A tarefa é exigente, desafiante e árdua, requerendo a participação de todos nós. Os profissionais de reabilitação e a comunidade de pessoas com deficiência são especialmente chamados a desempenhar um importante papel na transformação da compreensão social da deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Eurostat: statistics database. [database on the Internet]. Brussels: European Commission, c2010 [cited 2010 Jan 05]. Available from: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
2. Wade DT, Hewer RL. Epidemiology of some neurological diseases with special reference to work load on the NHS. *Int Rehabil Med.* 1987;8(3):129-37.
3. Office of Population Censuses and Surveys. OPCS Surveys of Disability in Great Britain, 1: The prevalence of disability among adults. London: HMSO; 1988.
4. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions. Their prevalence and costs. *JAMA.* 1996;276(18):1473-9.
5. World Health Organization. [homepage the Internet]. Geneva: WHO; c2010 [cited 2010 Jan 05]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/>
6. Flax HJ. The future of physical medicine and rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil.* 2000;79(1):79-86.
7. Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities [text on the Internet]. New York: United Nations [cited 2010 Jan 05]. Available from: <http://www.un-documents.net/sreopwd.htm>
8. World Health Organization. Disability, prevention and rehabilitation [text on the Internet]. Geneva: WHO; 1981 [cited 2010 Jan 05]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf
9. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; c2010 [cited 2010 Jan 05]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>
10. Situation of disabled people in the enlarged European Union: the European Action Plan 2006-2007. Brussels: Communication from the European Commission; COM(2003) 650.
11. Situation of disabled people in the enlarged European Union: the European Action Plan 2006-2007. Brussels: Communication from the European Commission; COM(2005)24.
12. Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde e Apoio Social. [texto on the Internet]. Lisboa: Governo da República Portuguesa [cited 2010 Jan 05]. Available from: <http://www.portais.gov.pt>