

# ANEXOS

## Anexo 1 - Tabela de Funcionalidade do SNS português



### Anexos:

#### Anexo I - Tabela Nacional de Funcionalidade

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO					FATOR AMBIENTAL		
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslocar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc)									
d660 Ajudar os outros									
d920 Recreação e lazer									
Competência Gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas								
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
	d475 Conduzir (bicicleta, mota, automóvel, animais, etc.)								
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc)								
	d825 Formação profissional								
	d845 Obter, manter e sair do emprego								
d850 Emprego remunerado									
Competência Específicas	d166 Ler								
	d175 Resolver problemas								
	d330 Falar								
	d345 Escrever Mensagens								
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
	d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
	d570 Cuidar da saúde								
	d860 Transações económicas básicas								
Sociabilidade	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
	d350 Conversação								
	d710 Interações interpessoais básicas								
	d760 Relações familiares								
	d770 Relacionamentos íntimos								
	d910 Vida em comunidade								
Manipulação e Manuseio	d440 Motricidade fina								
	d445 Utilização da mão e do braço								
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
<b>TOTAL</b>									

## Anexo 2 – Tabela - Quadro de Referência da Intervenção da Fisioterapia



*Associação  
Portuguesa  
de Fisioterapeutas*

---

**Objeto:**

Projeto de Desenvolvimento de Registos em Fisioterapia

## **ANEXO 2**

### **Quadro de Referência da Intervenção da Fisioterapia**

## Índice

Nota Introdutória.....	3
Proposta para Principais Grupos de Cuidados.....	5
Evidência da Fisioterapia para os Principais Grupos de Cuidados – Níveis e Tipologia de Cuidados .....	6
Grupo 1 – Disfunção Cervical.....	7
Grupo 1 – Disfunção Lombar .....	9
Grupo 2 - Osteoartrose do Joelho e Anca.....	15
Grupo 2 - Artoplastia da Anca .....	17
Grupo 2 – Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (sem tratamento cirúrgico) .....	18
Grupo 2 - Fibromialgia .....	20
Grupo 2 - Artrite Idiopática Juvenil.....	22
Grupo 3 - AVC.....	24
Grupo 3 – Lesão Vértebro-Medular.....	26
Grupo 3 - TCE .....	28
Grupo 3 – Paralisia Cerebral .....	32
Grupo 3 – Monitorização e estimulação do desenvolvimento neuromotor.....	35
Grupo 4 – Lesão plexo braquial obstétrico (LPBO) .....	38
Grupo 4 – Distrofias Musculares.....	40
Grupo 5 - Reabilitação Respiratória .....	45
Grupo 6 – Reabilitação Cardíaca .....	51
Grupo 8 – Pessoas com amputação.....	55
Grupo 8 – Diabetes .....	58
Grupo 9 – Incontinência Urinária .....	60
Grupo 10 - Linfedema .....	62
Grupo 11 – Quadros Demenciais.....	64
Referências Bibliográficas.....	66

## Nota Introdutória

Com o objetivo de suportar o planeamento de prestação de cuidados de fisioterapia suportados pela evidência da sua efetividade, importa caracterizar a procura dos serviços e tipificar as principais necessidades de saúde apresentadas pelos utentes.

Neste sentido apresentamos uma proposta de Principais Grupos de Cuidados na área da fisioterapia procurando ainda identificar a tipologia de cuidados onde podem ser prestados esses cuidados.

Abaixo apresenta-se em tabela os Principais Grupos de Cuidados, a saber:

- 1- **Músculo-esquelético** (central);
- 2- **Músculo-esquelético** (periférico);
- 3- **Neuromuscular** (central);
- 4- **Neuromuscular** (periférico);
- 5- **Respiratório**;
- 6- **Cardiovascular** (funções e estruturas cardíacas);
- 7- **Cardiovascular** (funções e estruturas vasculares e linfáticas);
- 8- **Metabólico**;
- 9- **Génito-urinário e Reprodutivo**;
- 10- **Tegumentário**;
- 11- **Saúde Mental**.

No quadro são apresentados os Grupos Principais com o seu racional, assim como as observações com exemplos e principais condições de saúde.

A determinação dos Grupos Principais baseou-se em critérios epidemiológicos da procura de cuidados reportados em vários documentos (Organização Mundial da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, Entidade Reguladora da Saúde, Observatório Português dos Sistemas de Saúde), e em critérios taxonómicos que integram os principais domínios de intervenção da Fisioterapia estabelecidos pela Associação Americana de Fisioterapia (APTA, 2014) e os domínios das Funções do Corpo definidos na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (2001).

Sublinha-se que as condições de saúde com impacto na funcionalidade das pessoas não apresentam um padrão linear de evolução, e os fatores pessoais e contextuais em muito influenciam o desempenho e a participação social do cidadão. Apesar de tudo, à luz do conhecimento científico atual é possível estabelecer, dentro de uma margem de erro aceitável, a patocronia de uma afeção/disfunção do corpo. Do mesmo modo, as alterações das funções e estruturas do corpo determinadas por uma entidade nosológica podem apresentar-se com níveis de gravidade distintos. Estes níveis de gravidade e as suas consequências funcionais, caracterizam condições de saúde que exigem cuidados de saúde e de reabilitação com grau de complexidade distintos e nos quais se advoga uma prática colaborativa da fisioterapia com outras profissões de saúde.

Propomos uma classificação para as condições de saúde com seis graus de complexidade. Considera-se ser fundamental na avaliação inicial do utente determinar o **nível de complexidade** da condição, a qual definirá a resposta a dar em cada nível de cuidados. Assim, consideramos:

- 1 - saudável;
- 2 - agudo simples;
- 3 – agudo ou crónico agudizado;
- 4 - agudo diferenciado;
- 5 - agudo altamente diferenciado;
- 6 – crónico ou de manutenção

Os **níveis de complexidade** devem espelhar a necessidade de mais ou menos integração de cuidados e prática colaborativa, diferentes recursos humanos e tecnológicos, duração e intensidade da intervenção.

É a partir da categorização da complexidade das condições de saúde, e com base na melhor evidência científica disponível que se propõe planejar a oferta de serviços pelas várias tipologias de cuidados disponíveis no Sistema de Saúde. Serão consideradas as tipologias dos Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares (internamento e ambulatório), Centros Regionais de Reabilitação, a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, e a oferta de cuidados do setor privado convencionado e não convencionado.

## Proposta para Principais Grupos de Cuidados

Nº	Grupos de Cuidados <small>(1,2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12,13)(14)</small>	Racional	Observações (Exemplos e principais quadros)
1	Grupo Musculosquelético (central)	Inclui as condições degenerativas e traumáticas da região do tronco	<b>Principais quadros:</b> disfunções da ráquis (coluna), lesões musculares, fraturas, condições pós cirúrgicas – procedimentos à coluna;
2	Grupo Musculosquelético (periférico)	Inclui as condições degenerativas e traumáticas dos membros	<b>Principais quadros:</b> Osteoartroses, osteoartrites, lesões musculotendinosas, lesões ligamentares, fraturas, condições pós cirúrgicas – procedimentos à anca, joelho, etc.;
3	Grupo Neuromuscular (central)	Inclui as condições agudas ou degenerativas que afetam o controlo de movimento envolvendo predominantemente o 1º neurónio motor e as patologias do neurodesenvolvimento e doenças neurológicas congénitas	<b>Principais quadros:</b> Acidentes vasculares cerebrais, acidentes vasculares medulares, lesões crânio-encefálicas, lesões vertebro-medulares, esclerose múltipla, e outras condições neurológicas; inclui também paralisia cerebral e alterações do neuro-desenvolvimento, monitorização e estimulação do desenvolvimento motor;
4	Grupo Neuromuscular (periférico)	Inclui as condições agudas ou degenerativas do 2º neurónio motor e condições associadas às funções e estrutura do músculo	<b>Principais quadros:</b> Lesões do plexo braquial, paralisia facial, polineuropatia, distrofias musculares, disfunção da força muscular associada ao envelhecimento, disfunção da força muscular não definida, etc.;
5	Grupo Respiratório	Condições de saúde associadas às funções e estruturas respiratórias	<b>Principais quadros:</b> Inclui as condições associadas aos quadros restritivos e obstrutivos;
6	Grupo Cardiovascular	Inclui condições associadas às disfunções do coração e alterações da sua estrutura	<b>Principais Quadros:</b> Adaptação Cardiovascular ao Esforço - Reabilitação Cardíaca; Doenças Cardíacas Congénitas; Ex.: Cardiopatia Isquémica, Insuficiência Cardíaca, Disritmias, etc.;
7	Grupo Cardiovascular	Inclui condições associadas às disfunções e alterações dos vasos sanguíneos e do sistema linfático	<b>Principais quadros:</b> Hipertensão arterial, vasculopatias venosas e arteriais, edema venoso, edema linfático, doença vascular periférica; etc.;
8	Grupo Metabólico	Inclui as principais condições metabólicas, a obesidade e disfunções endócrinas que afetam o peso do corpo e funções do movimentos	<b>Principais quadros:</b> Diabetes, intervenções vigilância, profiláticas e terapêuticas, incluindo aquelas associadas a consequências funcionais daquela condição – ex.: amputações;
9	Grupo Génito-urinário e Reprodutivo	Inclui disfunções do pavimento pélvico, controlo dos esfíncteres anal e vesical, e a saúde relacionada com a preparação para o nascimento e período pós-nascimento	<b>Principais Quadros:</b> Incontinência urinária e fecal e outras disfunções vesico-esfinterianas, disfunção sexual, saúde na mulher; preparação para o nascimento, cuidados no período pós-nascimento;
10	Grupo Tegumentário	Inclui as abordagens dermatofuncionais para estruturas e funções da pele e da matriz do tecido celular subcutâneo	<b>Principais quadros:</b> Intervenções dirigidas à reparação e remodelação da pele após solução de continuidade do tecido (feridas e queimaduras) e outras condições dermatofuncionais;
11	Grupo Saúde Mental	Inclui disfunções cognitivas e mentais associadas a quadros psiquiátricos	<b>Principais Quadros:</b> perturbações neuropsiquiátricas e cognitivas que afetam a qualidade do movimento e aquelas que beneficiam do exercício físico terapêutico e treino funcional

## Evidência da Fisioterapia para os Principais Grupos de Cuidados – Níveis e Tipologia de Cuidados

A Associação Portuguesa de Fisioterapeutas, no âmbito da atividade dos seus Grupos de Especialidade encontra-se a desenvolver um trabalho de sistematização da evidência da intervenção da Fisioterapia nos principais grupos de cuidados. É um trabalho contínuo, sempre inacabado, que procura acompanhar a produção da investigação científica, que se passa a apresentar.

<b>Nº</b>	<b>Grupos de Cuidados</b> <small>(1,2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12,13)(14)</small>	<b>Racional</b>	<b>Condições Abordadas</b>
<b>1</b>	<b>Grupo Musculoesquelético (central)</b>	Inclui as condições degenerativas e traumáticas da região do tronco	<b>Disfunção Cervical Disfunção Lombar</b>
<b>2</b>	<b>Grupo Musculoesquelético (periférico)</b>	Inclui as condições degenerativas e traumáticas dos membros	<b>Osteoartrose Joelho e Anca Artroplastia da Anca Lesão Ligamento Cruzado Anterior Fibromialgia Artrite Idiopática Juvenil</b>
<b>3</b>	<b>Grupo Neuromuscular (central)</b>	Inclui as condições agudas ou degenerativas que afetam o controlo de movimento envolvendo predominantemente o 1º neurónio motor e as patologias do neurodesenvolvimento e doenças neurológicas congénitas	<b>AVC Lesões Vértebro-Medulares TCE Paralisia Cerebral Estimulação do Desenvolvimento Neuromotor</b>
<b>4</b>	<b>Grupo Neuromuscular (periférico)</b>	Inclui as condições agudas ou degenerativas do 2º neurónio motor e condições associadas às funções e estrutura do músculo	<b>Lesão Plexo Braquial Obstétrico Distrofias Musculares</b>
<b>5</b>	<b>Grupo Respiratório</b>	Condições de saúde associadas às funções e estruturas respiratórias	<b>Insuficiência Respiratória Aguda e Crónica</b>
<b>6</b>	<b>Grupo Cardiovascular</b>	Inclui condições associadas às disfunções do coração e alterações da sua estrutura	<b>Insuficiência Cardíaca Aguda e Crónica</b>
<b>7</b>	<b>Grupo Cardiovascular</b>	Inclui condições associadas às disfunções e alterações dos vasos sanguíneos e do sistema linfático	<b>Não concluído</b>
<b>8</b>	<b>Grupo Metabólico</b>	Inclui as principais condições metabólicas, a obesidade e disfunções endócrinas que afetam o peso do corpo e funções do movimentos	<b>Diabetes Amputações</b>
<b>9</b>	<b>Grupo Génito-urinário e Reprodutivo</b>	Inclui disfunções do pavimento pélvico, controlo dos esfíncteres anal e vesical, e a saúde relacionada com a preparação para o nascimento e período pós-nascimento	<b>Incontinência Urinária</b>
<b>10</b>	<b>Grupo Tegumentário</b>	Inclui as abordagens dermatofuncionais para estruturas e funções da pele e da matriz do tecido celular subcutâneo	<b>Linfedema</b>
<b>11</b>	<b>Grupo Saúde Mental</b>	Inclui disfunções cognitivas e mentais associadas a quadros psiquiátricos	<b>Saúde Mental</b>

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 1 – Disfunção Cervical	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor cervical não-específica (aguda, sub-aguda e crónica).</li> <li>✓ Dor cervical com irradiação sem défices motores.</li> <li>✓ Whiplash - Grau 1 e 2</li> <li>✓ Pós-operatório cirurgia cervical.</li> </ul>	<p><b>Segundo as <i>Guidelines da American Physical Therapy Association</i>:</b></p> <p>Nível A <i>strong evidence</i> - deve ser considerada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mobilização/manipulação cervical, thrust e não-thrust para redução da dor cervical e cabeça.</li> <li>- combinação de mobilização/manipulação com exercício é mais efectiva para a redução da dor e limitação funcional cervical e cabeça do que procedimentos de mobilização/manipulação isolados.</li> <li>- exercícios de coordenação, alongamento e endurance muscular para redução de dor cervical e cabeça.</li> <li>- educação e aconselhamento sobre o retorno gradual e normal a actividades não provocativas pré-disfunção.</li> </ul> <p>Nível B <i>moderate evidence</i> - deve ser considerada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mobilização neural do quadrante superior para redução da dor e limitação funcional cervical e membro superior.</li> <li>- tracção mecânica e manual intermitente, combinada com terapia manual e exercícios para a redução de dor e limitação funcional cervical e membro superior.</li> </ul> <p>Nível C <i>weak evidence</i> - deve ser considerada:</p>	<p><b>Segundo o <i>Call for Action, Rehabilitation 2030</i>, da Organização Mundial de Saúde - 2017:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Das 291 condições estudadas no estudo Global Burden of Disease 2010, Classificou-se em 4º lugar em termos de incapacidade, conforme medido por YLDs, e 21º em termos de carga global.</li> <li>- Os anos de vida ajustados pela incapacidade associados a disfunção cervical, aumentaram de 23,9 milhões (IC 95% 16,5 para 33,1) em 1990 para 33,6 milhões (IC 95%: 23,5 a 46,5) em 2010.</li> </ul> <p><b>Segundo a <i>Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders</i>:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fisioterapia deve ser considerada como recurso em saúde de primeira linha na gestão da disfunção cervical aguda, sub-aguda e crónica, assumindo o seu papel fundamental neste âmbito, quer em termos clínicos, quer em termos de poupança e aumento da eficiência dos serviços de saúde.</li> </ul>
	ECCI	Não se aplica.		
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pré - operatório</li> <li>✓ Pós-Operatório até estabilização clínica e alta Hospitalar.</li> </ul>		
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor cervical com irradiação com défices motores</li> <li>✓ Whiplash - Grau 4</li> <li>✓ Pós-operatório cirurgia cervical.</li> </ul>		
Centro de Reabilitação		Não se aplica.		
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.		
	RNCCI/MédiaDuração	Não se aplica.		
	RNCCI/LongaDuração	Não se aplica.		
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor cervical não-específica (aguda, sub-aguda e crónica)</li> <li>✓ Dor cervical com irradiação sem défices motores</li> <li>✓ Whiplash - Grau 1,2 e 3</li> <li>✓ Pós-operatório cirurgia cervical.</li> </ul>		
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor cervical não-específica (aguda, sub-aguda e crónica)</li> <li>✓ Dor cervical com irradiação sem défices motores</li> <li>✓ Whiplash - Grau 1 ,2 e 3</li> <li>✓ Pós-operatório cirurgia cervical</li> </ul>		

		<p>- mobilização/manipulação torácica em queixas cervicais iniciais e na redução da dor e limitação funcional de dor cervical e irradiada.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática da <i>Cochrane database</i>:</b></p> <p>- Existe evidência forte do benefício de uma abordagem multimodal que inclua exercício combinado com mobilização/manipulação cervical em disfunções mecânicas cervicais sub-agudas e crônicas com ou sem dor de cabeça associada, a curto e longo prazo.</p> <p>- O benefício relativo de outras abordagens como agentes físicos em comparação com programas de exercício carece de exploração.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática do <i>Journal of Rheumatology</i>:</b></p> <p>- Exercício combinado com mobilização/manipulação, exercício isolado para desordens sub-aguda e crônicas, infiltração intramuscular de lidocaína em situações crônicas, glucocorticóides intravenoso em situações agudas, e laser de baixa intensidade demonstraram efectividade a médio e longo-prazo.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática do <i>Manual Therapy Journal</i>:</b></p> <p>- Evidência moderada suporta a abordagem combinada de terapia manual e exercício na redução da dor cervical aguda.</p>	
--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 1 – Disfunção Lombar	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior com o objetivo de prevenir a cronicidade (Algoritmo 2 da NICE GUIDELINES)</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> </ul>	<p><b>Segundo American College of Physicians Guideline for Treating Nonradicular Low Back Pain 2017:</b></p> <p><b>Strong Recommendation:</b></p> <p>- Dor lombar aguda e sub-aguda deve ser tratada não recorrendo a abordagens farmacológicas, mas sim exercício, massagem e mobilização/manipulação vertebral.</p> <p>- Dor lombar crónica, deve ser tratada com exercício, exercício de controlo motor progressivo, terapia cognitivo-comportamental, mobilização/manipulação, técnicas de relaxamento, electromiografia biofeedback, laser de baixa intensidade.</p> <p><b>Segundo o NICE Guidelines 2016: (algoritmo 4 da Nice Guidelines)</b></p> <p>- Deve ser considerado um programa de exercícios individual ou em grupo (biomecânico, aeróbico, mente-corpo ou uma combinação de abordagens) dentro do SNS para pessoas com dor lombar com ou sem ciática. Deve ser tido em conta as necessidades específicas das pessoas, preferências e capacidades em conta ao escolher e prescrever o tipo de exercício.</p> <p>- Deve ser considerado a terapia manual (manipulação, mobilização ou técnicas de tecidos moles como massagem) para lidar com dor lombar com ou sem ciática, mas apenas como parte de um pacote de tratamento incluindo exercício, com ou sem terapia psicológica.</p>	<p><b>Segundo o STarT Back Trial publicado na Lancet, 2011:</b></p> <p>- Uma abordagem clínica estratificada por níveis de risco envolvendo fisioterapia permite uma redução média dos custos de £34/ por pessoa – N=851.</p> <p>- O benefício para a sociedade que deriva da redução de dias de trabalho perdidos por causa da disfunção Lombar e menor procura de serviços de saúde correspondeu a poupanças na ordem das £675 considerando o período de 12 meses de follow-up quando comparado com o grupo de controlo.</p> <p>- Abordagem estratificada por níveis de risco apresenta menores custos com idênticos resultados clínicos apresentando ainda potencial para prevenir a transição entre dor lombar aguda e dor lombar crónica através da identificação de fatores de risco.</p> <p><b>Segundo o NICE Guidelines 2016:</b></p> <p>-A combinação de terapia manual, exercícios biomecânicos, e auto-gestão, foi a mais custo-efetiva (ICER: £ 8.700 por QALY ganhos quando comparado com a combinação de auto-gestão, e manual terapia).</p> <p>- Se a terapia manual (manipulação) não estiver disponível, a combinação de</p>
	ECCI	Não se aplica.		
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção Pré Cirúrgica + Pós-Cirúrgica até estabilização clínica e alta Hospitalar, dos utentes com indicação cirúrgica (Algoritmo 5 da NICE GUIDELINES)</li> </ul>		
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção Pós Cirúrgica dos utentes com indicação cirúrgica (Algoritmo 5 da NICE GUIDELINES)</li> </ul>		
Centro de Reabilitação		Não se aplica.		
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.		
	RNCCI/MédiaDuração	Não se aplica.		
	RNCCI/LongaDuração	Não se aplica.		
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> </ul>		
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> </ul>		

		<p>- Deve ser considerado as terapias psicológicas usando uma abordagem cognitiva comportamental para lidar com dor lombar com ou sem ciática, mas apenas como parte de um pacote de tratamento incluindo exercício, com ou sem terapia manual (manipulação espinhal, mobilização ou técnicas de tecidos moles, como massagem).</p> <p>- Não considerar cintos ou ortóteses, tracção mecânica, acupunctura, eletroterapia (TENS, Ultra-som, Interferenciais), para a gestão da dor lombar com ou sem ciática.</p> <p style="text-align: center;"><b>Segundo as Guidelines da American Physical Therapy Association 2012:</b></p> <p><b>Nível A strong evidence - deve ser considerada:</b></p> <p>- Exercícios de coordenação tronco, fortalecimento e exercícios de resistência para reduzir a dor lombar e deficiência em utentes com lombalgia subaguda e crónica com comprometimentos de coordenação de movimento e em utentes pós- microdissectomia lombar.</p> <p>- Terapia Manual: os clínicos devem considerar a utilização de procedimentos de manipulação para reduzir a dor e a incapacidade em utentes com deficits de mobilidade e dor subaguda e crónica lombar com e sem irradiação para nádega ou coxa. Manipulação de empuxo.</p> <p>- (1) exercícios de intensidade moderada a alta para utentes com dor lombar crónica sem dor generalizada e (2) incorporar atividades de resistência progressivas, de baixa intensidade e submáximas nas estratégias de gestão da dor e promoção da saúde para os utentes com dor lombar crónica com dor generalizada.</p>	<p><b>exercício biomecânico e auto-gestão foi rentável em comparação com a auto-gestão sozinho</b> (ICER: £ 8,300 por QALY ganhos).</p> <p>- <i>"The cost of a non-admitted face to face first attendance in physiotherapy costs £51, and a follow-up attendance costs £39."</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Segundo Revisão Sistemática da Health Technology Assessment &amp; Transfer de 2011:</b></p> <p>- A conversão de todos os custos para um ano de preço comum mostrou que todos os tratamentos, com exceção da massagem, apresentavam ICER abaixo do limiar de NICE. As duas opções de tratamento mais eficazes em termos de custos foram: (a) cuidados de Medicina Geral e Familiar habituais combinados com aconselhamento de exercícios e comportamentais e (b) cuidados de Medicina Geral e Familiar baseados em diretrizes combinados com manipulação espinhal e exercício-</p> <p>- <b>Medicina Geral e Familiar podem melhorar a relação custo-efetividade do seu tratamento, encaminhando seus utentes para serviços adicionais, tais como fisioterapia.</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Segundo estudo de Avaliação de Custos da Referenciação precoce de Fisioterapia nos Cuidados de Saúde Primários publicado pela Spine em 2012:</b></p>
--	--	---	---

		<p>- A educação do utente e estratégias de aconselhamento para utentes com dor lombar deve enfatizar (1) a promoção do entendimento da coluna vertebral humana, (2) a neurociência que explica a percepção da dor, (3) o prognóstico geral favorável (4) o uso de estratégias de gestão da dor ativa que diminuem o medo e a catástrofe, (5) a retomada precoce das atividades normais ou vocacionais, mesmo quando ainda sofrem, e (6) a importância da melhora nos níveis de atividade, não apenas alívio da dor.</p> <p><b>Segundo National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners 2009:</b></p> <p>- Considerar uma das seguintes opções de tratamento, tendo em conta a preferência: um programa de exercícios, de terapia manual ou acupuntura.</p> <p>- Considerar um programa de exercícios estruturado adaptado à pessoa, que deve incluir até um máximo de 8 sessões durante um período de até 12 semanas, um programa de exercícios supervisionados em grupo, em um grupo de até 10 pessoas. Um programa de exercícios supervisionados pode ser oferecido se um programa de grupo não é adequado para uma determinada pessoa.</p> <p>- Considerar um programa de terapia manual, incluindo manipulação vertebral, compreendendo até um máximo de nove sessões durante um período de até 12 semanas</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática e Meta-análise da Clinical and Epidemiological Research 2017:</b></p>	<p>- <b>Fisioterapia precoce</b> após uma nova consulta de cuidados primários foi associada com o risco reduzido de cuidados de saúde subsequentes em comparação com atraso na referência para fisioterapia.</p> <p>- A referência precoce para fisioterapia está associada a redução de probabilidade de prescrição avançada de exames de diagnóstico, de visitas médicas adicionais, de Cirurgia, de administração de injeções e prescrição de opióides, comparado com referência atrasada para fisioterapia.</p> <p>- Os custos totais para a dor Lombar foram US\$2736.23 mais baixos (IC 95%: 1810.67, 3661.78) para utentes que receberam fisioterapia precoce.</p> <p><b>Segundo estudo de Avaliação Económica publicado pela Spine em 2007 compararam 3 modalidades de fisioterapia – terapia manual, exercício individualizado, gestão de dor:</b></p> <p>- Um total de 160 doentes acompanhados durante 18 meses, mostrando melhorias semelhantes em todas as intervenções em termos de dor, a qualidade de vida e tempo livre, sem diferenças entre grupos.</p> <p>- Os custos médios dos cuidados de saúde e o ganho de QALY foram £474 para exercício, £379 para terapia manual e £165 para tratamento de dor.</p> <p>- Intervenções em grupo na Dor Lombar crónica otimizam a relação custo-efetividade.</p>
--	--	---	--

		- Os AINEs são eficazes para a dor lombar, mas a magnitude da diferença nos resultados entre os grupos de intervenção e placebo não é clinicamente importante. Actualmente, não existem analgésicos simples que proporcionem efeitos clinicamente importantes para a dor lombar em relação ao placebo.	
--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 1 – Disfunção Lombar	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA	OBSERVAÇÕES
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior com o objetivo de prevenir a cronicidade (Algoritmo 2 da NICE GUIDELINES)</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> <li>✓ Intervenção Pós Cirúrgica</li> </ul>	<p><b>Segundo Call for Action, Rehabilitation 2030, da Organização Mundial de Saúde - 2017:</b></p> <p>- Das 291 condições estudadas no estudo Global Burden of Disease 2010, Classificou-se em 1º lugar em termos de incapacidade, conforme medido por YLDs, e 6º em termos de carga global.</p> <p>- Os anos de vida ajustados pela incapacidade associados a disfunção lombar, aumentou de 58,2 milhões (M) (95% IC 39,9M para 78,1M) em 1990 para 83,0M (95% IC 56,6M a 111,9M) em 2010.</p> <p>- Elevada e crescente prevalência da DL e mais especificamente da DL crónica em população ativa e idosos.</p> <p><b>Segundo estudo publicado na Family Practice Journal sobre a resposta precoce e atempada da Fisioterapia na Dor Lombar:</b></p> <p>- Demonstra que a dor lombar é uma das condições de saúde mais associadas a urgências hospitalares desnecessárias; sugere uma resposta adequada por Fisioterapeutas em contexto de cuidados</p>	<p>A avaliação deste Modelo de intervenção faz parte do Projeto SPLIT, projeto em parceria entre a Escola Superior de Saúde de Setúbal-IPS, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e ARS de Lisboa e Vale do Tejo.</p> <p>O documento Nice Guidelines Low Back Pain and Sciatica: assessment and management, define algoritmos e fluxogramas de</p>
	ECCI	Não se aplica.		
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção Pré Cirúrgica + Pós-Cirúrgica até estabilização clínica e alta Hospitalar, dos utentes com indicação cirúrgica (Algoritmo 5 da NICE GUIDELINES)</li> </ul>		
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção Pós Cirúrgica dos utentes com indicação cirúrgica (Algoritmo 5 da NICE GUIDELINES)</li> </ul>		
Centro de Reabilitação		Não se aplica.		
RNCuidados Continuados Integrados	Convalescença	Não se aplica.		
	Média Duração	Não se aplica.		
	Longa Duração	Não se aplica.		

Privado Convencionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> <li>✓ Intervenção Pós Cirúrgica</li> </ul>	de saúde primários ou mesmo em serviço de urgência para otimizar triagem e evitar procedimentos desnecessários.	decisão, intervenção e referência entre níveis de cuidados.
Privado não-Convencionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dor Lombar Aguda com ou sem irradiação para o Membro Inferior</li> <li>✓ Dor Lombar Crónica não específica</li> <li>✓ Intervenção Pós Cirúrgica</li> </ul>	<p><b>Recomendação consistente e de primeira linha nas normas de orientação clínica internacionais e multidisciplinares:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Segundo NICE Guidelines 2016 (algoritmo 4 da Nice Guidelines)</b></p> <p>- Defende um modelo estratificado de Intervenção de acordo com 3 sub-grupos de risco de desenvolver dor persistente e incapacitante. Nos diferentes sub-grupos a <b>Fisioterapia</b> é a parte essencial da intervenção e envolve Educação do Utente, Terapia Manual e Exercício.</p> <p>- <b><i>“Exercise interventions are generally <u>conducted in group or individually by a physiotherapist</u>. The relevant unit costs are provided below to aid consideration of cost-effectiveness.”</i></b></p> <p>- <b><i>“For manual therapy interventions the relevant unit costs will be personnel time. <u>An appointment with a physiotherapist would be required</u>. Other healthcare professionals may provide these interventions including an osteopath, chiropractor or muscular skeletal physician.”</i></b></p> <p>- <b><i>“For electrotherapy interventions, an appointment with a physiotherapist would be required.”</i></b></p> <p>- <b><i>“For self-management strategies typically take place in primary care and could be delivered by different healthcare professionals, including GPs, physiotherapists, occupational therapists and nurses”.</i></b></p> <p>- <b><i>“Custom made orthotics. In addition to the cost of the orthotics, people may be referred for a fitting. This would typically be one appointment with a podiatrist, orthotist or physiotherapist.”</i></b></p>	

		<p>- <i>“Acupuncture could be provided by a <b>physiotherapist</b>, private acupuncture practitioner or in some pain clinics by any trained member of staff from nurse to consultant.”</i></p> <p><b>Segundo as Guidelines for Pain Management Programmes for adults da British Pain Society 2013</b></p> <p><b>Recomendação como melhor prática:</b></p> <p>- <b>Fisioterapia</b> é necessária antes, durante ou após Programas de Gestão de Dor.</p> <p>Avaliado como nível mais elevado de evidência que corresponde a meta-análises de alta qualidade, revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados com baixo risco de viés:</p> <p>- <b>Intervenção da Fisioterapia na Gestão da Dor Crónica</b></p>	
--	--	---	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 2 - Osteoartrose do Joelho e Anca	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	✓ Fase de agudização ✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados	<p><b>Segundo as Guidelines da OsteoArthritis Society International 2014:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A Fisioterapia demonstra efetividade semelhante ou superior às intervenções farmacológicas mais comuns.</li> <li>- <b>A fisioterapia demonstra efetividade (estatisticamente e clinicamente significativa) ao nível da intensidade da dor e incapacidade.</b></li> <li>- A fisioterapia é considerada Intervenção de primeira linha nas normas de orientação clínica, adequado a todos os graus de OA e com efeitos secundárias residuais.</li> </ul> <p><b>Nível strong evidence:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>É recomendado com o mais elevado nível de evidência: exercício terapêutico fora de água, exercício terapêutico dentro de água planeado e adaptado, reforço Muscular, TENS, educação e auto-gestão.</b></li> </ul>	<p><b>Segundo estudo publicado na Clinical Rehabilitation Journal em 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenção em Fisioterapia permitiu reduzir número de intervenções cirúrgicas como a colocação de prótese total do joelho.</li> <li>- Intervenção em Fisioterapia permitiu reduzir recurso aos serviços de saúde e prescrição de terapias farmacológicas.</li> <li>- Intervenções em grupo na Osteoartrite otimizam a relação custo-efetividade.</li> </ul>	<p><b>Segundo estudo da EpiReumaPt, no âmbito do Programa Nacional contra a Doença Reumática de 2016:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevada e crescente prevalência de Osteoartrite em Portugal.</li> <li>- Considerada uma das condições de saúde que mais custos acarreta devido a cirurgias (próteses) e contributo para listas de espera na área da ortopedia;</li> </ul> <p><b>A literatura de referência Guidelines da OsteoArthritis Society International 2014 e European League Against Rheumatism Recommendations 2013:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sugerem uma resposta adequada por Fisioterapeutas (em conjunto com outros profissionais) em contexto de cuidados de saúde primários de forma a promover a autogestão da condição.</li> <li>- Sugerem intervenção não farmacológica para alívio dos sintomas e manutenção da capacidade/independência funcional.</li> </ul>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados	Não se aplica.			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica.			
	Ambulatório	Não se aplica.			
Centro de Reabilitação		Não se aplica.			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI – Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		✓ Fase de agudização ✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados			
Privado não-Convencionado		✓ Fase de agudização ✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados			

		<p><b><i>Segundo as recomendações da European League Against Rheumatism 2013:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Reconhece a Fisioterapia como intervenção de primeira linha</b> nas normas de orientação clínica, adequado a todos os graus de OA e com efeitos secundárias residuais.</li> </ul> <p><b>Nível IA <i>strong evidence</i> - deve ser considerado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>exercícios regulares individualizado (diário) que inclui exercícios de fortalecimento, atividade aeróbia e exercício, exercícios de alongamento / mobilidade.</b></li> <li>- Refere a possibilidade de abordagem estratificada de acordo com fatores de risco relativamente a outras intervenções.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa efetividade das abordagens farmacológicas;</li> </ul>
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 2 - Artroplastia da Anca	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	✓ Pós-Operatório.	<p>- Um estudo nacional em 180 doentes de mais de 6 instituições hospitalares públicas e privadas, demonstrou que os doentes que fizeram fisioterapia no internamento Hospitalar, apresentam sempre melhores pontuações, em todos os domínios de ambas as escalas (HOOS e SF-36)</p> <p>- Obteve-se um <math>P \leq 0.001</math> nos domínios Dor (sim 83,3 vs não 70,2 pontos), Sintomas (81,3 vs 69,2), AVD (75,4 vs 60,8) e Qualidade de vida (66,2 vs 45,2), da escala HOOS, e nos domínios Função física (60,4 vs 43,9), Desempenho físico (50,9 vs 31,9), Dor física (69,1 vs 51,7), Saúde em geral (63,6 vs 49,9), Vitalidade (63,6 vs 41,5), Desempenho emocional (64,0 vs 43,0) e Saúde mental (73,5 vs 50,4), da escala SF – 36. Obtiveram ainda um <math>P \leq 0.05</math> nos domínios Transição em saúde (1,76 vs 2,07) e Função social (76,9 vs 63,4) da SF – 36.</p> <p>- <u>Conclui-se pois que a Fisioterapia no internamento é um preditor da melhor recuperação após uma artroplastia da anca.</u></p>	<p>- No mesmo estudo foi possível perceber que o tempo de internamento hospitalar explica, de forma negativa, a variância nas escalas HOOS e SF-36, indicando que os doentes que reduzir o tempo de internamento hospitalar apresentaram melhor estado de saúde.</p> <p>- Verificou-se que os doentes que fizeram Fisioterapia Intra-Hospitalar têm (<math>P=0,000</math>), em média, um tempo de internamento de 5,6 dias,</p> <p>- Enquanto os doentes que não realizaram, têm um tempo médio de internamento de 8,5 dias, o que é revelador de que a fisioterapia no internamento contribui para uma redução do tempo de internamento.</p> <p>- Os doentes que receberam Fisioterapia ao fim-de-semana têm uma média de 4,2 dias de internamento.</p> <p><u>Isto representa uma redução de 4,3 dias de internamento, com melhores resultados em saúde para a condição estudada.</u></p>	<p>-Fisioterapia Intra-Hospitalar explica, de forma positiva, a variância de sete domínios do SF-36 e da escala HOOS.</p> <p>- Os resultados permitem-nos concluir que fazer Fisioterapia no internamento após Artroplastia da Anca, potencia a recuperação do doente, demonstra-se que o utente indica ter menos Dor, menos Sintomas, melhor desempenho nas AVD e ADL, melhor Qualidade de vida, melhor Função física, melhor Desempenho físico, melhor Saúde em geral, mais Vitalidade, melhor Função social, melhor Desempenho emocional e melhor Saúde mental.</p> <p><u>De forma muito clara, que a Fisioterapia Intra-Hospitalar é um preditor, muito consistente, do melhor estado de saúde na amostra recolhida.</u></p> <p>*resultados de follow-up 4 a 6 meses após cirurgia.</p>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados	Não se aplica.			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<p>✓ Intervenção Pré Cirúrgica</p> <p>✓ Intervenção Pós-Cirúrgica até estabilização clínica e alta Hospitalar.</p>			
	Ambulatório	✓ Pós-Operatório mais complexos – revisões de PTA, complicações cirúrgicas.			
Centro de Reabilitação		Não se aplica.			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI – Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		✓ Pós-Operatório			
Privado não-Convencionado		✓ Pós-Operatório			

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 2 – Lesões do Ligamento Cruzado Anterior (sem tratamento cirúrgico)	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	Protocolo de recuperação funcional	<p>Segundo os seguintes documentos:</p> <p><b>Consenso da American Academy or Orthopaedics Surgeons, 2015</b></p> <p><b>Guideline da Dutch Orthopaedic Association, 2012</b></p> <p><b>Clinical Practice Guidelines da Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association, 2015:</b></p> <p>- Assumem a Fisioterapia como abordagem de primeira linha em termos conservadores.</p> <p><b>Nível <i>strong evidence</i>:</b></p> <p>Utentes com lesão do LCA sem reconstrução cirúrgica devem fazer fisioterapia até a força muscular, amplitude articular e função estarem restauradas.</p> <p>(1) Promover movimento articular livre e sem dor (equiparável ao membro contralateral)</p>	<p>Segundo publicação do <b>Journal of Orthopaedic &amp; Sports Physical Therapy, 2012:</b></p> <p>- A não garantia da fisioterapia aumenta a probabilidade ocorrer limitações funcionais que podem ter impacto na produtividade do indivíduo e na sua qualidade de vida em função do seu contexto socioprofissional.</p>	<p>Segundo variadas publicações em revistas da especialidade como , <b>American Journal of Sports Medicine, British Journal of Sports medicine:</b></p> <p>- Existem resultados positivos da Fisioterapia na dor, na amplitude de movimento, na força muscular, na função e na participação social com aplicação de várias abordagens terapêuticas após lesão do Ligamento Cruzado Anterior.</p>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados	Não se aplica			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica			
	Ambulatório	Protocolo de recuperação funcional			
Centro de Reabilitação		Não se aplica			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica			
	RNCCI – Média Duração	Não se aplica			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplica			
Privado Convencionado		Protocolo de recuperação funcional			
Privado não-Convencionado		Protocolo de recuperação funcional			

		<p>(2) Força muscular e testes funcionais (salto unipodal) devem estar a 90% (rácio entre os dois membros), e</p> <p>(3) Perceção auto-referida da função do joelho (medida em escalas válidas) deve estar a pelo menos 90%</p>		
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 2 - Fibromialgia	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos;</li> <li>✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados.</li> </ul>	<p><b>Segundo as recomendações da European League Against Rheumatism for the management of Fibromyalgia 2017:</b></p> <p>- Demonstra a efetividade da fisioterapia em comparação com intervenção farmacológicas.</p> <p><b>Nível IA strong evidence - deve ser considerado:</b></p> <p>- exercícios regulares individualizado (diário) que inclui exercícios de fortalecimento e atividade aeróbia.</p> <p><b>Nível IC low to moderate evidence deve ser considerado:</b></p> <p>- mobilização de tecidos moles como massagem.</p> <p><b>Segundo estudo publicado na Best Practice and Research Clinical Rheumatology em 2011:</b></p> <p>- Demonstra a efectividade da fisioterapia (estatisticamente e clinicamente significativa) ao nível da intensidade da dor, incapacidade, fadiga, sono, qualidade de vida e fatores</p>	<p><b>Segundo estudo publicado na Patient Education and Counseling em 2008:</b></p> <p>- Intervenções em grupo combinando exercício e educação são efetivos e com impacto positivo na redução de custos.</p> <p>- Potencial na redução do recurso aos serviços de saúde e prescrição de terapias farmacológicas através da implementação de intervenções de promoção da autogestão da condição através de programas educacionais e de exercício.</p>	<p><b>Segundo as Guidelines on the Management of Fibromyalgia Syndrome publicadas pelo European Journal of Pain em 2010:</b></p> <p>- Baixa efetividade das abordagens farmacológicas e com elevados efeitos secundários.</p> <p>- Elevados custos diretos e indiretos associados a esta condição impõe uma aposta na autogestão da condição através programas em grupo de educação e promoção do exercício que são intervenções do corpo de competências da fisioterapia.</p> <p><b>Segundo as Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome, e as Guidelines da Association of the Scientific Medical Societies in Germany publicadas em 2012:</b></p> <p>- Recomendação consistente com nível A de Evidência Científica de Exercício Aeróbio e a terapia cognitivo-comportamental na</p>
	ECCI	Não se aplica.			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica.			
	Ambulatório	Não se aplica.			
Centro de Reabilitação		Não se aplica.			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI – Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos;</li> <li>✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados.</li> </ul>			
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos;</li> <li>✓ Períodos com dos sintomas estáveis e controlados.</li> </ul>			

		<p>cognitivo-comportamentais através do exercício aeróbio, anaeróbio e flexibilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O exercício e a terapia cognitivo-comportamental (educação, exposição e activação gradual, estratégias de <i>coping</i>, relaxamento, estratégias de resolução de problemas) têm <i>effect sizes</i> comparáveis às abordagens farmacológicas em domínios chave como redução da dor, aumento da funcionalidade e melhoria do humor.</li> <li>- O exercício aeróbio em intensidade moderada para sessões de 20 a 30 minutos, 2-3 vezes por semana, é geralmente recomendado.</li> </ul>		<p>primeira linha das normas de orientação clínica internacionais e multidisciplinares.</p>
--	--	---	--	---

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 2 - Artrite Idiopática Juvenil	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP + SNIPI – ELI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos sem necessidade de cuidados diferenciados - <b>agudo simples.</b></li> <li>✓ Períodos com sintomas estáveis e controlados – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p><i>Segundo as recomendações da Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Management of Juvenile Idiopathic Arthritis, 2016:</i></p> <p>Existem diversos ganhos com a realização de Fisioterapia nestas crianças:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melhoria da eficiência da mobilidade das articulações;</li> <li>- prevenção da evolução da doença e da instalação de deformidades;</li> <li>- eliminação ou diminuição da dor;</li> <li>- manutenção das amplitudes de movimento e do tônus muscular;</li> </ul> <p>Exercícios passivos, ativos, resistidos e dentro de água são descritos como os mais usados nas sessões e os que apresentam melhores resultados. Outras técnicas aconselhadas são o PNF, Bobath e o Método Scherborne, bem como a massagem, educação, proteção articular, conservação de energia e ortóteses, são também discutidas como sendo técnicas que promovem melhorias nesta condição.</p>		<p><i>Segundo as recomendações da Reabilitação em Artrite Idiopática Juvenil, 2009:</i></p> <p>A artrite idiopática juvenil (AIJ) pode acarretar no seu percurso clínico incapacidades físicas permanentes em crianças e adolescentes. As crianças com AIJ podem apresentar dor e limitação da amplitude de movimento articular e conseqüente diminuição da capacidade física, com comprometimento das capacidades aeróbia e anaeróbia. Não só o comprometimento articular, mas as disfunções cardíacas e autonómicas colaboram nesse processo, tendo como conseqüência uma baixa capacidade de executar atividades desportivas e atividades de vida diárias (AVD's).</p>
	ECCI	Não se aplica			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos com necessidade de cuidados diferenciados – <b>agudo complexo.</b></li> </ul>			
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos sem necessidade de cuidados diferenciados - <b>agudo simples.</b></li> <li>✓ Períodos com sintomas estáveis e controlados – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
Centro de Reabilitação		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos com necessidade de cuidados diferenciados – <b>agudo complexo.</b></li> <li>✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos sem necessidade de cuidados diferenciados - <b>agudo simples.</b></li> </ul>			

		✓ Períodos com sintomas estáveis e controlados – <b>crónico ou manutenção.</b>	<p><b>Segundo <i>Physiotherapy and occupational therapy in the treatment of juvenile idiopathic arthritis, 2015:</i></b></p> <p>Defende-se que estas crianças deverão praticar 30 minutos de atividade física com intensidade moderada de duas a três vezes por semana.</p> <p>A Fisioterapia Aquática está relacionada a uma maior aderência ao tratamento, além de auxiliar na diminuição da percepção dolorosa e dificuldade apresentada na realização das AVD's.</p>		
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica			
	RNCCI – Média Duração				
	RNCCI – Longa Duração				
Privado Convencionado		✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos sem necessidade de cuidados diferenciados - <b>agudo simples.</b> ✓ Períodos com sintomas estáveis e controlados – <b>crónico ou manutenção.</b>			
Privado não-Convencionado		✓ Períodos de agudização dos sintomas físicos sem necessidade de cuidados diferenciados - <b>agudo simples.</b> ✓ Períodos com sintomas estáveis e controlados – <b>crónico ou manutenção.</b>			

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 3 - AVC	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	AVC em fase sub-aguda, como garantia de continuum de cuidados entre altas dos vários níveis de cuidados ou em fase crónica	<p>Existe Evidência Forte – Nível 1A, para uma prática intensiva durante a fase de reabilitação.</p> <p>Existe Evidência Forte – Nível 1A, para as seguintes intervenções em qualquer fase do AVC:</p> <p><u>Actividade e Participação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Treino de marcha com estimulação eléctrica funcional</li> <li>Treino de marcha com treadmill e suspensão</li> <li>Treino em circuito</li> <li>Treino de equilíbrio em actividade</li> <li>Terapia pelo espelho</li> <li>Imagética cerebral</li> <li>Constraint-induced movement therapy</li> <li>Treino cardio-respiratório</li> <li>Exercícios em casa</li> </ul>	<p><b>Segundo as recomendações da Associação de Fisioterapia do Canadá e de acordo com estudos científicos específicos, verificam-se os benefícios económicos da intervenção da Fisioterapia em fases agudas do AVC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redução dos custos a longo prazo (<b>Mahler et. al 2008</b>)</li> <li>Redução dos custos na fase aguda (<b>Tay-Teo et al 2008</b>)</li> <li>Melhores resultados funcionais a longo prazo (<b>Mahler et. al 2008 e Tay-Teo et al 2008</b>)</li> <li>Alta hospitalar mais precoce (<b>Langhorne et al 2007</b>).</li> </ul> <p><b>De acordo com a Revisão Sistemática Effect of Increased Intensity of Physiotherapy on Patient Outcomes After Stroke: An Economic Literature Review and Cost-Effectiveness Analysis. 2015:</b></p> <p>A realização de <b>Fisioterapia</b> de alta intensidade resulta em melhores</p>	<p>Segundo <b>Stroke Rehabilitation Long term rehabilitation after stroke Clinical guideline - Methods, evidence and recommendations - May 2013 NHS Trust UK</b>, que:</p> <p>A reabilitação no contexto do AVC, deve ser feita em equipa multidisciplinar em que a Fisioterapia é das profissões que devem apresentar mais recursos humanos.</p> <p><b>Segundo a Revisão Sistemática A. Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review.</b></p> <p>A presença da <b>Fisioterapia</b> em elevadas percentagens de recursos humanos, nas equipas de reabilitação, <b>promove melhores resultados funcionais e vantagem económica</b> para os serviços de saúde.</p>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados	AVC em fase sub-aguda, como garantia de continuum de cuidados entre altas dos vários níveis de cuidados ou em fase crónica			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	AVC fase aguda até estabilização hemodinâmica			
	Ambulatório	AVC menos complexo em fase aguda e sub-aguda			
Centro de Reabilitação		AVC altamente complexo em fase aguda e sub-aguda			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescência	AVC complexo em fase aguda			
	RNCCI – Média Duração	AVC complexo em fase aguda e sub-aguda			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplicam cuidados de reabilitação específicos, mas cuidados de manutenção e qualidade de vida.			
Privado Convencionado		AVC em fase sub-aguda, ou em fase crónica			

Privado não-Convencionado	AVC em fase sub-aguda, ou em fase crónica	<p><u>Estrutura e Função</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação eléctrica funcional de membro superior e inferior</li> <li>• Exercício muscular com treino de tarefas</li> <li>• Exercício cardio-respiratório</li> <li>• Exercícios em meio-aquático</li> <li>• Constraint-induced movement therapy (CIMT)</li> <li>• Exercícios unilaterais do membro superior centrado em tarefas</li> <li>• Exercícios bilaterais do membro superior centrado em tarefas</li> <li>• Realidade virtual</li> <li>• Robótica para membro superior e inferior</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Treadmill com suspensão do peso</li> <li>• Treino de equilíbrio com biofeedback</li> <li>• Treino de equilíbrio sentado</li> </ul>	resultados funcionais e redução de custos de saúde a longo prazo.	
---------------------------	---	--	---	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 3 – Lesão Vértebro-Medular	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	LVM em fase sub-aguda, como garantia de continuum de cuidados entre altas dos vários níveis de cuidados ou em fase crónica	<p><i>Segundo <b>Physiotherapy rehabilitation for people with spinal cord injuries, 2016</b></i></p> <p><i>E</i></p> <p><i>Revisão sistemática <b>Physical therapy after spinal cord injury, 2014:</b></i></p>	<p><i>De acordo com estudos científicos específicos como por exemplo <b>Health and economic benefits of physical activity for patients with spinal cord injury, 2016 verificam-se os benefícios económicos da intervenção da Fisioterapia:</b></i></p>	<p><i>É claro em várias Guidelines internacionais:</i></p> <p><i>Clinical Guideline for Standing Following SCI Spinal Cord Injury Centre Physiotherapy Lead Clinicians (2013).</i></p> <p><i>Spinal Cord Injury Centre Physiotherapy Lead Clinicians United Kingdom and Ireland Standards of proficiency (2007),</i></p> <p><i>Assurance Quality Standards for physiotherapy service delivery Physiotherapists (2012)</i></p> <p><i>Professional Values of Members' Code and Behaviour (2011).</i></p> <p>A reabilitação no contexto do LVM, deve ser feito em equipa multidisciplinar em que a <b>Fisioterapia é das profissões que devem apresentar mais recursos humanos.</b></p> <p>A presença da <b>Fisioterapia</b> em elevadas percentagens de recursos humanos, nas equipas de reabilitação, <b>promove melhores resultados funcionais e vantagem</b></p>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados				
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	LVM fase aguda até estabilização hemodinâmica	<p>Existe Evidência Forte – Nível 1A, para uma prática intensiva durante a fase de reabilitação.</p> <p>Existe Evidência Forte – Nível 1A, para as seguintes intervenções em qualquer fase do LVM:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física, melhor do perfil lipídico, menor risco de diabetes, maior massa muscular e melhor qualidade de vida.</li> <li>• Com benefícios preventivos para a saúde, incluindo redução do risco de mortalidade por todas as causas de 20% na população adulta.</li> <li>• Através de protocolos e tecnologias de reabilitação conseguem melhorar a</li> <li>• Mobilidade funcional e têm o potencial para reduzir significativamente os risco de complicações e custo associado com LVM.</li> <li>• Após a alta da reabilitação do utente internado, os níveis de atividade diminuem drasticamente e a grande maioria dos utentes permanecem sedentários durante o restante da sua vida. Com a Fisioterapia os</li> </ul>	
	Ambulatório	LVM menos complexo em fase aguda e sub-aguda			
Centro de Reabilitação		LVM altamente complexo em fase aguda e sub-aguda	<p><u>Atividade e Participação</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de marcha com estimulação eléctrica funcional</li> <li>• Treino de marcha com treadmill e suspensão</li> <li>• Treino de equilíbrio</li> <li>• Treino de transferências</li> <li>• Treino função cardio-respiratória</li> <li>• Ensino de exercícios</li> <li>• Adoptar estilos de vida saudáveis</li> <li>• Ensino de desporto adaptado</li> </ul>		
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	LVM complexo em fase aguda complexo em fase aguda e sub-aguda			
	RNCCI – Média Duração				
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplicam cuidados de reabilitação específicos, mas cuidados de manutenção e qualidade de vida.			
Privado Convencionado		LVM em fase sub-aguda, ou em fase crónica	<p><u>Estrutura e Função</u></p>		
Privado não-Convencionado					

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimulação eléctrica funcional</li> <li>• Exercício muscular</li> <li>• Exercício cardio-respiratório</li> <li>• Exercícios em meio-aquático</li> <li>• Exercícios do membro superior e Inferior</li> <li>• Realidade virtual</li> <li>• Robótica para marcha</li> <li>• Biofeedback</li> <li>• Treadmill com suspensão do peso</li> <li>• Treino de equilíbrio sentado</li> </ul>	<p>utentes que são capazes de participar em algumas atividades físicas, desfrutando de benefícios para a sua saúde e nos custos de cuidados de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os utentes que exercem pelo menos duas vezes de Fisioterapia por semana têm uma taxa de 50% menor risco de hospitalização no primeiro ano.</li> </ul>	<p><b>económica</b> para os serviços de saúde.</p>
--	--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 3 - TCE	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>TCE em fase sub-aguda, como garantia de continuum de cuidados entre altas dos vários níveis de cuidados ou em fase crónica</li> </ul>	<p><b>Segundo a Revisão Sistemática <i>Physiotherapy after traumatic brain injury 2008:</i></b></p> <p>Existe Evidência Forte – Nível 1A, para uma prática intensiva durante a fase de reabilitação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ortoses e talas para amplitude de movimento (Grau B)</li> <li>Ortoses e talas para a espasticidade (Grau C)</li> <li>Treino aeróbio/fitness (Grau A)</li> <li>Treino intensivo de tarefas orientadas (Grau A)</li> <li>Treino de marcha com suporte parcial de peso ou treino de marcha convencional (Grau A)</li> <li>Treino de função do membro superior (Grau A)</li> </ul>	<p>Evidência de uma intervenção em fisioterapia precoce (intra-hospitalar e iniciada nos cuidados intensivos quando adequado):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A reabilitação precoce pós-TCE está associado a melhoria dos resultados com menor custos associados. <b>(Greenwood et al, 2004; Turner-stokes et al, 2016; Sorbo, et al 2005; Steiner 2016)</b></li> <li>A reabilitação precoce e continuada posteriormente reduz os custos e melhora os resultados. <b>(Andelic, 2014)</b></li> </ul> <p>Evidência de uma intervenção num centro especializado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existe evidência de ganhos económicos de uma intervenção em indivíduos com TCE internados em centro especializado em reabilitação. <b>(Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K., 2016; Cooney, et al 2016)</b> (Turner-stokes et al, 2015)</li> </ul>	<p>Várias <i>Guidelines</i> e revisões sistemáticas corroboram a necessidade de uma intervenção em Fisioterapia, em contexto multidisciplinar.</p> <p><b>Uma revisão de literatura de Turner-stokes da Cochrane Database of Systematic Reviews 2015</b></p> <p>Mostrou efeitos positivos desta intervenção nos diferentes contextos de prestação de cuidados, inclusive, que utentes que terminem o seu internamento em centro especializado beneficiam do acesso a centros de ambulatório ou serviços na comunidade. (Turner-stokes et al, 2015)</p>
	Equipa Cuidados Continuados Integrados	TCE em fase sub-aguda, como garantia de continuum de cuidados entre altas dos vários níveis de cuidados ou em fase crónica			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	TCE fase aguda até estabilização hemodinâmica			
	Ambulatório	TCE menos complexo em fase aguda e sub-aguda			
Centro de Reabilitação		TCE altamente complexo em fase aguda e sub-aguda			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescência	TCE complexo em fase aguda			
	RNCCI – Média Duração	TCE complexo em fase aguda e sub-aguda			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplicam cuidados de reabilitação específicos, mas cuidados de manutenção e qualidade de vida.			
Privado Convencionado		TCE em fase sub-aguda, ou em fase crónica			

Privado não-Convencionado	TCE em fase sub-aguda, ou em fase crónica	<p><b>Segundo Expert Consensus Group Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms 2015:</b></p> <p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício físico de baixo nível numa fase inicial (Grau C)</li> <li>• Tratamento da cefaleia com recurso a terapias de relaxamento, biofeedback, massagem terapêutica, terapia manual e acupuntura (Grau C)</li> <li>• Reabilitação vestibular para disfunções vestibulares unilaterais. (Grau A)</li> <li>• Avaliação/ tratamento de disfunções do equilíbrio é recomendado no decurso da doença. (Grau C)</li> <li>• Numa fase de retorno à actividade o acometimento ao leito por mais de 3 dias não é recomendado (Grau C)</li> <li>• Indivíduos com TCE devem ser encorajados ao regresso gradual às suas atividades, baseados na sua tolerância. (Grau C)</li> <li>• Avaliação /tratamento da capacidade para o exercício é recomendado para pessoas com actividade física significativa (Grau C)</li> </ul>		
---------------------------	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício físico de baixo nível é recomendado para indivíduos com recuperação mais lenta (Grau C)</li> <li>• Restrições e/ou modificações no ambiente de trabalho quando adequado é recomendado (Grau C)</li> <li>• A avaliação vocacional, em contexto multidisciplinar, é recomendada para indivíduos com alterações permanentes (Grau B)</li> </ul> <p><b><i>Segundo Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Brain injury rehabilitation in adults, 2013 existe evidência para melhoria:</i></b></p> <p>Da Marcha, equilíbrio e mobilidade, com recurso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de marcha convencional (solo)/ treino de marcha em passadeira</li> <li>• Treino de marcha com ortoses</li> <li>• Treino de tarefas específicas e tarefas repetidas</li> <li>• Treino de fitness</li> <li>• Treino com realidade virtual</li> </ul> <p>Da espasticidade e tónus muscular com recurso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talas, alongamento e ortoses</li> <li>• Toxina botulinica (sempre com apoio de fisioterapia).</li> </ul>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Estimulação elétrica e estimulação elétrica funcional.</li><li>• Treino de função do membro superior;</li><li>• Intervenções terapêuticas gerais (eg: musicoterapia, programas de imaginação motora).</li></ul>		
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 3 – Paralisia Cerebral	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Equipa UCC, URAP (SNIPI – ELIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p><i>De acordo com as Revisões Sistemáticas Rehabilitation Interventions for Children with Cerebral Palsy 2015 e</i></p> <p><i>The evidence-base for basic physical therapy techniques targeting lower limb function in children with cerebral palsy de 2012:</i></p> <p>Existe Evidência Forte para uma prática de Fisioterapia durante a fase de reabilitação. É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estiramentos mantidos por pelo menos 30 segundos podem ser efetivos no aumento da amplitude de movimentos em crianças com PC.</li> <li>• O fortalecimento muscular é bastante eficaz no aumento da força muscular e menos eficaz na melhoria da marcha ou da função motora, mas os seus efeitos parecem desaparecer logo após o fim do programa.</li> <li>• O treino em <i>treadmill</i> é útil para a melhoria da marcha e aumento da resistência em crianças com PC,</li> </ul>		<p><i>De acordo com a revisão sistemática A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence 2013:</i></p> <p>A FT desempenha o papel principal no tratamento de crianças com PC.</p> <p>Na perspetiva da CIF a PC tem impacto na funcionalidade da pessoa, incluindo nas estruturas e funções do corpo, na atividade e participação, que por seu lado podem provocar deficiências tais como incapacidades, limitações na atividade e restrições na participação.</p> <p>As limitações significativas na atividade dos indivíduos com PC levam a que habitualmente necessitem de cuidados de reabilitação toda a vida. Na intervenção com uma criança com PC, para melhorar as suas capacidades funcionais, tipicamente devem ser</p>
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização severa com necessidades de cuidados diferenciados – <b>agudo complexo</b></li> </ul>			
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
Centro de Reabilitação		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica			
	RNCCI – Média Duração				

	RNCCI – Longa Duração				compreendidas várias disciplinas, incluindo a Fisioterapia.
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas— <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p>dependendo das modalidades utilizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com carga parcial o treino em <i>treadmill</i> pode ser eficaz em crianças mais novas com PC.</li> <li>• O treino de resistência é útil para melhorar a resistência aeróbica e os seus efeitos parecem durar minimamente durante o programa de treino. A carga é eficaz na melhoria da densidade óssea em crianças com PC.</li> <li>• Foi demonstrada evidência moderada da efetividade do TND 2x/semana para o estadio de desenvolvimento e da CIMT para a quantidade e qualidade de utilização da mão.</li> </ul>		<p><b>De acordo com estudo publicado em <u>Developmental Neurorehabilitation, 2014:</u></b></p> <p>A Fisioterapia regular mostra mais efetividade do que aplicada em blocos.</p>
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas— <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p><b>De acordo com a revisão sistemática A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence 2013:</b></p> <p>A FT direcionada para objetivos funcionais definidos tem evidência na melhoria da função motora e das atividades de autocuidados.</p> <p><b>Segundo estudo publicado na Gait&amp;Posture 2016:</b></p> <p>A FT parece ser crucial no aumento da efetividade da BTX-A para a diminuição da espasticidade.</p>		

		<p><b>De acordo com estudo publicado em <u>Developmental Medicine &amp; Child Neurology</u> 2016:</b></p> <p>Existe alguma evidência promissora de que a intervenção precoce incorporando o movimento iniciado pela criança (baseado nos princípios de aprendizagem motora e orientação para a tarefa), a educação dos pais e a modificação do ambiente têm um efeito positivo no desenvolvimento motor.</p>		
--	--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 3 – Monitorização e estimulação do desenvolvimento neuromotor (prematuros e crianças com ou em risco de apresentar um atraso global de desenvolvimento ou patologias associadas)	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Equipa UCC, URAP (SNIPI – ELIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p><i>Segundo Cochrane Database of Systematic Reviews Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants 2015</i></p> <p style="text-align: center;">e</p> <p><i>Estudos RCT publicados na British Medical Journal, 2013 e na Pediatric Physical Therapy, 2005</i></p> <p>Existe Evidência Forte para uma prática de Fisioterapia durante a fase de reabilitação. É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A intervenção em Fisioterapia visa a otimização do desenvolvimento global através do impacto da sua influência sobre a função motora, com repercussões a nível cognitivo – ao permitir que as crianças tenham mais</li> </ul>	<p><i>Segundo Cochrane Database of Systematic Reviews Early developmental intervention programmes provided post hospital discharge to prevent motor and cognitive impairment in preterm infants 2015</i></p> <p>Manter o foco num tipo de intervenção em Fisioterapia em contexto, que procure ir ao encontro das necessidades específicas da criança e da sua família poderá reduzir os custos associados à mesma e aumentar a sua efetividade – com repercussões diretas na gestão de recursos a nível das várias respostas no que diz respeito a sistemas de saúde.</p> <p>O desenvolvimento neuromotor é um processo constante na infância e, quando o mesmo se vai desviando da norma, à medida que o tempo vai passando, torna-se tanto mais difícil induzir mudanças relevantes. Tendo isto em conta, torna-se evidente a necessidade de uma intervenção o mais precoce possível, procurando</p>	<p><i>Segundo Revisão Sistemática Efficacy of Early Physiotherapy Intervention in Preterm Infant Motor Development, 2012:</i></p> <p>A intervenção diferenciada em Fisioterapia representa uma resposta fundamental para o desenvolvimento neuromotor.</p> <p>A intervenção em Fisioterapia baseia-se na avaliação criteriosa dos sinais e sintomas da criança, bem como na aplicação, análise e reavaliação sempre que necessário das escalas de avaliação mais adequadas, sem descuidar a importância de todo o processo de anamnese que deverá ser levado a cabo junto dos pais e/ou cuidadores.</p> <p>Tal intervenção pode recorrer a várias abordagens terapêuticas – nomeadamente, TND, estimulação sensorial, intervenção em contexto e a passagem de estratégias aos pais e/ou cuidadores, por exemplo.</p>
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização severa com necessidades de cuidados diferenciados – <b>agudo complexo</b></li> </ul>			
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
Centro de Reabilitação		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica			

	RNCCI – Média Duração			<p>oportunidades para interagir com o meio que as rodeia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tais oportunidades proporcionam experiências de movimento fundamentais para a formação e adequação da modulação de respostas motoras correspondentes aos processos neuronais associados ao desenvolvimento global.</li> <li>Existem vários modelos de intervenção, com diferentes focos – como a prevenção e/ou tratamento dos sinais associados ao atraso global de desenvolvimento ou de uma patologia específica. As estratégias direccionadas para a prevenção tendem a representar <i>outcomes</i> funcionais muito positivos e melhorias a nível da independência funcional da criança a longo prazo. Todos os modelos de intervenção visam a promoção da qualidade de vida da criança e da sua família.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Segundo publicação da Developmental Medicine &amp; Child Neurology 2013:</b></p> <p>Algumas questões fundamentais, quando falamos de desenvolvimento da criança, são respondidas de forma eficaz pela Fisioterapia como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O controlo postural, o agarrar e manipular objetos e a deambulação. Neste sentido, a</li> </ul>	<p>garantir as condições adequadas para o desenvolvimento da criança (o que inclui necessariamente a passagem de estratégias aos pais e/ou cuidadores, melhorando a adesão aos planos de intervenção, por exemplo) – o que representa um bom investimento no que diz respeito à prevenção de intervenções futuras que seriam tendencialmente mais intensivas, dispendiosas e menos eficazes.</p> <p>Este tipo de intervenção poderá afetar outras áreas, contribuindo de forma positiva para diminuir níveis de ansiedade e depressão nos pais e/ou cuidadores – o que, atualmente, tem uma representação significativa no que diz respeito a recursos de saúde e laboral (menos absentismo laboral por motivos de depressão ou ansiedade, por exemplo).</p> <p style="text-align: center;"><b>Segundo publicação da BMC Pediatrics, 2009:</b></p> <p>Existem consequências negativas a longo prazo, ao nível dos domínios da saúde, educação e contexto social (com encargos financeiros acrescidos em cada um dos sectores), associadas à ausência de respostas precoces – nomeadamente no que diz respeito a problemas da aprendizagem e do comportamento, bem como do desenvolvimento motor.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Segundo RCT publicado na BMC Pediatrics 2012</b></p> <p>No que diz respeito à passagem de estratégias aos pais e/ou cuidadores, é de extrema relevância fazer o ensino:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De estratégias de posicionamento;</li> <li>De análise do comportamento (emocional, cognitivo e motor) em diferentes contextos, promovendo a participação social ativa e independência funcional;</li> <li>Do reconhecimento dos sinais de predisposição para a interação, brincadeira e aprendizagem da criança, de modo a incluir atividades adequadas e significativas na rotina.</li> <li>É igualmente relevante alertar os pais para os <i>red-flags</i> a nível do desenvolvimento global e encaminhá-los para as respostas mais adequadas (Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, Especialidades Médicas específicas, entre outros).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Segundo RCT publicado na BMC Pediatrics 2012 e estudo publicado na Pediatric Physical Therapy, 2015</b></p>
	RNCCI – Longa Duração					
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>				
Privado não-Convencionado						

		<p>evidência aponta para a necessidade de aumentar a variedade de estímulos, situações e contextos quando o que se pretende é adaptabilidade e a promoção da capacidade de transferência das aprendizagens motoras para a capacidade funcional da criança – especialmente no que diz respeito ao brincar e ao explorar o meio. As capacidades de cada criança, relativamente à variabilidade da modulação de respostas adequadas aos diferentes estímulos do dia-a-dia vai, assim, estar fortemente interligada com a prática específica de tarefas definidas no plano de intervenção em Fisioterapia, de forma diferenciada para cada criança.</p>		<p>O adiamento da intervenção em Fisioterapia no período-chave em que ocorrerem alterações a nível dos <i>pathways</i> neurais poderá limitar os <i>outcomes</i> motores. Esta informação é corroborada pelos achados a nível de investigação no que diz respeito aos fenómenos de neuroplasticidade.</p> <p>Nesse sentido, e com base nos princípios de neuroplasticidade, é fácil de entender a intervenção em Fisioterapia precoce, individualizada e direcionada às necessidades específicas da criança e da sua família tem um impacto significativo no desenvolvimento do movimento, no que diz respeito a qualidade, eficiência e funcionalidade.</p>
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 4 – Lesão plexo braquial obstétrico (LPBO)	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Equipa UCC, URAP (SNIPI – ELIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>	<p><b>De acordo com Neonatal Brachial Plexus Palsies Treatment &amp; Management 2016:</b></p> <p>Existe Evidência Forte para uma prática de Fisioterapia durante a fase de reabilitação. É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nas duas primeiras semanas de vida os cuidadores são ensinados do manuseio do bebé de forma a não provocar dor nem estiramento do ombro do membro lesado.</li> <li>• Exercícios de mobilização passiva e ativa em toda a amplitude do movimento (flexão/extensão), facilitação dos movimentos ativos, fortalecimento, promoção da consciência sensorial, compressão articular (aumentar proprioceptividade)</li> <li>• Posicionar para a simetria levam a “melhor oportunidade para o recuperar movimentos,</li> </ul>		<p><b>De acordo com The Clinical Assessment of the Infant and Child Following Perinatal Brachial Plexus Injury, 2015:</b></p> <p>A Fisioterapia desempenha o papel principal no tratamento de crianças com LPBO quer no tratamento conservador quer no pós-cirúrgico.</p> <p>Crianças com LPBO têm como sequelas ao longo do tempo: fraqueza muscular, postura incorreta e deformidades ósseas. Também o desenvolvimento motor tem que ser monitorizado devido á preferência pela utilização de um dos membros superiores.</p> <p>Na perspetiva da CIF a Lesão Plexo braquial obstétrico tem impacto na funcionalidade da pessoa, incluindo nas estruturas e funções do corpo, na atividade e participação, que por seu lado podem provocar limitações na atividade e restrições na participação (socialização).</p>
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Após traumatismo e até estar estabilizado (2 semanas) – <b>agudo complexo</b></li> </ul>			
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
Centro de Reabilitação		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescência	Não se aplica			
	RNCCI – Média Duração				

	RNCCI – Longa Duração		prevenir distúrbios músculo-esqueléticos secundários, reconhecimento sensorial e integrar o membro superior em atividades adequadas à idade.		
Privado Convencionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>		<p><b>Segundo Guidelines for therapists: Treating Children with Brachial Plexus Injurie, 2015, é recomendado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ortóteses estáticas e dinâmicas servem para evitar contraturas e prevenir deformidades.</li> <li>• A estimulação elétrica neuromuscular começa a ser tolerada a partir dos 3 anos e consiste numa corrente de baixa frequência que vai facilitar a contração e diminuir a atrofia dos músculos lesados.</li> <li>• Devem ser enviados para cirurgia os bebés cuja lesão plexo braquial não apresenta qualquer movimento durante os 2 primeiros meses.</li> </ul>		
Privado não-Convencionado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul>				

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 4 – Distrofias Musculares	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Equipa UCC, URAP (SNIPI – ELIs)	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenção de deformidades;</li> <li>- Prolongar a capacidade funcional;</li> <li>- Facilitar o desenvolvimento;</li> <li>- Apoio e educação da família e/ou cuidadores.</li> </ul>	<p><b>Segundo publicação da Neuromuscular Disorders, 2012:</b></p> <p>Num consenso multiprofissional saúde concordou que as principais funções da fisioterapia em doentes neuromusculares são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter ou melhorar a força muscular pelo exercício,</li> <li>• Maximizar a capacidade funcional através do exercício e do uso de ortóteses,</li> <li>• Minimizar o desenvolvimento de contraturas e/ou deformidades através do alongamento.</li> </ul> <p><b>De acordo com publicação da Developmental Medicine and Child Neurology:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A promoção para a marcha impediu o desenvolvimento de escoliose, contraturas e deformidades articulares e também traz benefícios psicológicos.</li> </ul>		<p><b>Segundo publicação na <u>Current Opinion in Pediatrics, 2002:</u></b></p> <p>O papel da fisioterapia no tratamento de utentes com distrofia muscular é preservar ou prolongar o seu estado funcional durante o maior tempo possível.</p> <p><b>Segundo Guidelines da American Physical Therapy Association:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O fisioterapeuta é um parceiro elementar nos cuidados de saúde para qualquer pessoa diagnosticada com Distrofia Muscular;</li> <li>• A Fisioterapia deve iniciar-se o mais rapidamente possível após o diagnóstico e antes do desenvolvimento de deformidades e fraqueza muscular;</li> <li>• Os fisioterapeutas identificam a fraqueza muscular e trabalham com cada criança para manter os músculos tão flexíveis e</li> </ul>
	ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas – <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acompanhamento de doentes ventilados no domicílio.</li> </ul>			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos de agudização severa com necessidades de cuidados diferenciados – <b>agudo complexo.</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenção Pós-Cirurgia Ortopédica até estabilização clínica e alta Hospitalar.</li> </ul>			
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas– <b>crónico ou manutenção.</b></li> <li>- Prevenção de deformidades;</li> <li>- Prolongar a capacidade funcional;</li> <li>- Facilitar o desenvolvimento;</li> <li>- Apoio e educação da família e/ou cuidadores.</li> </ul>	<p><b>Segundo publicação na <i>Journal of the British Thoracic Society</i>, 2012:</b></p> <p><b>É recomendado em doentes com distrofia muscular:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios regulares respiratórios e a prevenção de escoliose, para uma manutenção da capacidade vital.</li> </ul>		<p>fortes quanto possível, ajudando a reduzir ou prevenir as contraturas e deformidades, estimulando o movimento e a mobilidade para uma função ideal em todas as fases da vida;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada plano de tratamento é direcionado para atender às necessidades da criança, utilizando uma abordagem centrada na família para o cuidado. Se forem necessários produtos de apoio, o fisioterapeuta poderá colaborar com outros profissionais para determinar os melhores dispositivos de auxílio para a locomoção, como por exemplo ortóteses ou cadeiras de rodas;</li> <li>• O fisioterapeuta pode acompanhar a criança em diferentes locais, tais como o hospital ou centro de reabilitação, mas também no domicílio ou na escola.</li> <li>• O fisioterapeuta trabalha com outros profissionais de saúde, incluindo terapeutas da fala ou terapeutas ocupacionais, para promover a melhor qualidade de vida à criança e seus familiares.</li> </ul>
	Centro de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas– <b>crónico ou manutenção.</b></li> <li>- Prevenção de deformidades;</li> <li>- Prolongar a capacidade funcional;</li> <li>- Facilitar o desenvolvimento;</li> <li>- Apoio e educação da família e/ou cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A implementação precoce de um programa de fisioterapia, juntamente com a aplicação noturna de talas posteriores, para prevenir cirurgias e o prolongamento da capacidade de permanecer em pé e andar.</li> <li>• Os métodos de <i>cough assist</i> e <i>air-stacking</i> para alcançar a capacidade máxima de insuflação, são métodos eficazes para melhorar a efetividade da tosse, e devem ser usados quando apropriado.</li> </ul>		
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>- Prolongar a capacidade funcional;</li> <li>- Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es);</li> <li>- Controlo de dor, se necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas oscilatórias, como a oscilação da parede torácica de alta frequência, e a ventilação percutânea intrapulmonar devem ser consideradas em crianças com dificuldade na mobilização de secreções, ou que apresentam atelectasia persistente, apesar do uso de outras técnicas de depuração das vias aéreas.</li> </ul>		

	RNCCI – Média Duração	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas– <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul> <p>- Prolongar a capacidade funcional; - Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es). - Controlo de dor, se necessário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O treino de força e resistência dos músculos respiratórios em crianças com doenças neuromusculares, nas várias fases da doença, com o objetivo de preservar ou melhorar a capacidade ventilatória diurna e noturna, reduzindo agudizações do estado respiratório, melhorando assim a efetividade da tosse.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Segundo publicação na Current opinion in pediatrics, 2017.</b></p> <p>Embora as distrofias musculares sejam heterogêneos, muitas levam à fraqueza muscular progressiva que compromete a função do sistema respiratório, incluindo o tónus das vias aéreas superiores, tosse e depuração da secreção e suporte da parede torácica. As terapias respiratórias aumentam ou suportam a função normal destes componentes do sistema respiratório.</p> <p>Os autores concluem que o treino aeróbio é um método seguro para aumentar o desempenho do exercício em utentes com distrofia facioscapulohumeral.</p>		
	RNCCI – Longa Duração	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas– <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul> <p>- Prolongar a capacidade funcional; - Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es). - Controlo de dor, se necessário.</p>			
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Período inicial de instalação dos sintomas físicos após estabilização intra-hospitalar - <b>agudo simples</b></li> </ul>			
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Períodos com estabilização e controlo dos sintomas– <b>crónico ou manutenção.</b></li> </ul> <p>- Prevenção de deformidades; - Prolongar a capacidade funcional;</p>	<p style="text-align: center;"><b>Segndo artigo da Neurology, 2005:</b></p> <p>Programas de exercícios têm demonstrado um aumento da força muscular e resistência em utentes com distúrbios miopáticos. Os autores</p>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar o desenvolvimento;</li> <li>- Apoio e educação à família e/ou cuidadores;</li> <li>- Controlo de dor, se necessário;</li> <li>- Ensino para utilização de cadeira de rodas.</li> </ul>	<p>investigaram o efeito do treino aeróbio em utentes com distrofia facioscapulohumeral (FSHD). Doze semanas de exercício aeróbio de baixa intensidade melhoraram a captação de oxigénio e a carga de trabalho máxima sem sinais de danos musculares.</p> <p><b>De acordo com publicação da <i>Physical Therapy</i>:</b></p> <p>São definidos como princípios da reabilitação em distrofias neuromusculares promover o melhor desenvolvimento físico, mental e emocional, mantendo ou melhorando a função, sempre que possível, evitando complicações secundárias, tais como contraturas, e desalinhamentos articulares, nomeadamente da coluna vertebral.</p> <p><b>Segundo consenso do Department of Physical Medicine and Rehabilitation University of California:</b></p> <p>Pessoas com doenças neuromusculares hereditárias levam um estilo de vida sedentário, colocando-as em risco de doenças associadas à inatividade e causando fraqueza muscular, o que agrava a sua doença primária. Esta população pode ser beneficiada por programas de tratamento de</p>		
--	---	--	--	--

		<p>fortalecimento muscular e exercícios aeróbios.</p> <p><b>De acordo com publicação da Muscle &amp; Nerve:</b></p> <p>- Verificaram-se notáveis melhorias na <i>endurance</i> ventilatória e sugere-se que, no decorrer do avanço das distrofias musculares, deverá ser imposto o mais cedo possível um programa de exercícios quando existe uma máxima capacidade funcional dos músculos.</p>		
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 5 - Reabilitação Respiratória	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover e educar para adoção de comportamentos saudáveis.</li> <li>✓ Intervir na doença respiratória crónica de menor complexidade com os objetivos de desobstruir as vias aéreas por hipersecreção, reduzir a dispneia e cansaço, melhorar e manter a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</li> <li>✓ Acompanhar doentes crónicos ventilados no domicílio.</li> </ul>	<p><i>The European Lung White Book-European Respiratory Society de 2013:</i></p> <p>Evidência de ganhos em saúde da Fisioterapia Respiratória:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da dispneia e cansaço</li> <li>- Aumento da capacidade de exercício</li> <li>- Melhoria na realização da AVD's</li> <li>- Melhoria do nível de atividade física</li> </ul>	<p>Segundo Revisão Sistemática da <i>Cochrane Database - Effect of airway clearance techniques in chronic obstructive pulmonary disease de 2010:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em doentes com insuficiência respiratória, as técnicas que aplicam uma pressão positiva às vias respiratórias podem reduzir a necessidade ou a duração da ventilação não-invasiva e a duração da estadia hospitalar.</li> </ul>	<p>Segundo os seguintes documentos:</p> <p><i>Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation de 2013</i></p> <p><i>The European Lung White Book-European Respiratory Society de 2013</i></p> <p><i>Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline de 2010</i></p> <p><i>A manual for pulmonary rehabilitation in Australia: Evidence base and standards de 2008</i></p> <p>- Através da análise das várias <i>guidelines</i> defendidas pelas sociedades científicas internacionais, infere-se que os programas de reabilitação respiratória devem ser constituídos por equipas multidisciplinares, com inclusão de um médico/pneumologista e outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, enfermeiros,</p>
	ECCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abordar a doença respiratória aguda ou crónica agudizada de menor complexidade com os objetivos de desobstruir as vias aéreas por hipersecreção, reduzir a dispneia e cansaço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</li> <li>✓ Atuar em fase estável e pós-agudização de doentes crónicos ventilados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da força muscular respiratória e periférica</li> <li>- Redução das exacerbações da doença crónica</li> <li>- Redução da incidência das infeções respiratórias</li> <li>- Redução das admissões, readmissões e da duração do internamento hospitalar</li> <li>- Redução da ansiedade e depressão relacionadas com a doença respiratória</li> </ul>	<p>Segundo Revisão Sistemática publica em <i>Disability and Rehabilitation de 2017:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As intervenções de fisioterapia com treino muscular inspiratório são eficazes para reduzir as complicações pulmonares pós-operatórias e o <b>tempo de internação hospitalar</b> após cirurgia e devem iniciar-se no pré-operatório.</li> <li>- Reabilitação com treino muscular inspiratório é benéfica em todas as idades e níveis de risco, mas os utentes mais velhos e de alto risco são os que obtêm maior benefício</li> </ul>	
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abordar a doença respiratória aguda, crónica agudizada ou sub-aguda, instável ou pós estabilização, com os objetivos de promover a desobstrução das vias aéreas por hipersecreção, resolver atelectasias obstrutivas, melhorar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da auto-efetividade na gestão da doença crónica</li> <li>- Redução da dor torácica</li> <li>- Redução das complicações pós-operatórias</li> <li>- Aumento da efetividade da tosse e remoção de secreções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reabilitação com treino muscular inspiratório é benéfica em todas as idades e níveis de risco, mas os utentes mais velhos e de alto risco são os que obtêm maior benefício</li> </ul>	

		o Rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia, contribuir para o desmame ventilatório precoce, promover a mobilidade precoce, fomentar a autonomia nas AVD's, aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.	- Melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde.  <b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease de 2015:</b>  - Destaca que a reabilitação pulmonar melhora a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com DPOC. Os resultados apoiam fortemente a inclusão da reabilitação pulmonar como parte do tratamento e tratamento de utentes com DPOC.	mais, bem como utentes pós cirurgia pulmonar.  <b>Segundo Revisão Sistemática publicada pela Physical Therapy em 2014:</b>  - Fisioterapia de acesso direto pode conter custos de cuidados de saúde e promover cuidados de saúde de alta qualidade. Os pagadores de terceiros devem considerar pagar pela fisioterapia pelo acesso direto para diminuir os custos dos cuidados de saúde e incentivar a melhoria dos resultados do utente.  <b>Segundo trabalho publicado na Respiratory Medicine em 2013:</b>  - A presença de fisioterapeuta na unidade de cuidados intensivos contribui decisivamente para a recuperação precoce do utente, reduzindo a necessidade de suporte ventilatório mecânico, número de dias de hospitalização, incidência de infecção respiratória e risco de mortalidade.  <b>Segundo estudo de avaliação de custos publicado na Medicine Respiratory em 2011:</b>  - Programa combinando de exercício supervisionado com a	psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais, entre outros.  - De notar, a constante referência ao fisioterapeuta como um profissional especialista na prescrição e implementação de exercício físico, competência que não é aplicável ao enfermeiro, independentemente da sua especialização em enfermagem.  - As <i>Guidelines</i> Australianas recomendam também como staff mínimo um profissional de saúde com expertise na condução de programas de exercício físico para pessoas com doenças respiratórias.  <b>Segundo European Respiratory Society - Pulmonary rehabilitation de 2013:</b>  - A European Respiratory Society vai ainda mais longe, recomendando que os programas de reabilitação respiratória incluam pelo menos um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um psicólogo e um nutricionista.  - A média europeia é de dois profissionais de saúde por programa e cerca de 60% dos doentes são acompanhados por fisioterapeutas.
	Ambulatório	✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização (maior complexidade), com os objetivos de promover a desobstrução das vias aéreas por hipersecreção, melhorar rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, aumentar a autonomia nas AVD's, aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. ✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).	<b>Segundo Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement de 2013:</b>  - Novos dados são apresentados sobre a ciência e a aplicação da reabilitação pulmonar, incluindo sua efetividade em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica e em indivíduos com outras doenças respiratórias crónicas. Destaca-se o importante papel da reabilitação pulmonar no manejo de doenças crónicas.  - Além disso, discute-se o papel da mudança de comportamento na		
	Centro de Reabilitação	✓ Intervir na reabilitação do doente respiratório agudo ou sub-agudo, de maior complexidade, com/sem outras patologias/comorbilidades associadas (ex. Lesões Vértebro-Medulares), ou após internamento hospitalar prolongado com os objetivos de promover a desobstrução das vias			

	<p>aéreas por hipersecreção, melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, aumentar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde. Optimizar a ventilação mecânica e promover a autonomia ventilatória. Introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es). Devolver a funcionalidade, a autonomia e a re-integração social.</p>	<p>saúde na otimização e manutenção dos benefícios.</p> <p><b>Segundo a British Thoracic Society Pulmonary Rehabilitation Guideline publicada em 2013:</b></p> <p><b>Nível A strong evidence - deve ser considerado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A reabilitação pulmonar deve ser oferecida a utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) com vista a melhorar a capacidade de exercício com tradução clínica importante.</li> <li>- A reabilitação pulmonar deve ser oferecida aos utentes com DPOC com vista a melhorar a dispneia e o estado de saúde com tradução clínica importante.</li> <li>- A reabilitação pulmonar deve ser oferecida aos utentes com DPOC com vistas a melhorar o bem-estar psicológico.</li> </ul> <p><b>Nível B moderate evidence - deve ser considerado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A efetividade dos programas de reabilitação pulmonar precisa ser regularmente avaliada, demonstrando melhorias clinicamente importantes na</li> </ul>	<p>educação de autogestão, proporciona melhorias significativas na tolerância ao exercício do utente e na QVRS e diminuição significativa dos custos da medicação com DPOC, em comparação com os cuidados usuais.</p> <p><b>Segundo trabalho publicado no <u>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</u> em 2010:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concluíram que um programa de RP multidisciplinar e ambulatorial reduz substancialmente o uso de recursos de saúde em utentes com DPOC grave e muito grave</li> </ul>	<p><b>Segundo <i>Pulmonary rehabilitation in Canada: A report from the Canadian Thoracic Society COPD</i> de 2015:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A maioria dos programas envolvem pelo menos quatro profissionais de saúde. Efetivamente, os terapeutas respiratórios e os fisioterapeutas (~70% e ~80%, respetivamente) encontram-se em maior proporção nestes programas, em comparação com o número de enfermeiros (~50%).</li> <li>- Além do treino de exercício, o fisioterapeuta é também, pela sua formação e produção de conhecimento, o profissional com as competências reconhecidas e adequadas para o ensino, a seleção e a aplicação das técnicas instrumentais e não-instrumentais que promovem a remoção de secreções (higiene brônquica), o controlo ventilatório, a re-expansão pulmonar, a mobilidade toraco-vertebral, o fortalecimento dos músculos respiratórios e o relaxamento.</li> </ul> <p>O fisioterapeuta tem também um papel importante na componente educativa nos programas de</p>
<p>RNCuidados Continuados Integrados</p>	<p>RNCCI/Convalescência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização (menor complexidade), com os objetivos de promover a desobstrução por das vias aéreas por hipersecreção, melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</li> <li>✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).</li> </ul>		
	<p>RNCCI/Média Duração</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização (menor complexidade), com os</li> </ul>		

		<p>objetivos de promover a desobstrução por das vias aéreas por hipersecreção, melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, melhorar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</p> <p>✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).</p>	<p>capacidade de exercício, dispneia e estado de saúde.</p> <p><b>Segundo Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient publicadas no Thorax Journal em 2009:</b></p> <p>- A fisioterapia deve ser oferecida a utentes com uma variedade de condições respiratórias médicas, com o objetivo de controlar a falta de ar e controlar a sintomatologia, mobilidade e melhoria ou manutenção da função, e limpeza das vias aéreas e reforço ou apoio à tosse.</p> <p>- Estratégias e técnicas incluem: reabilitação, teste de esforço, prescrição de exercícios, limpeza das vias aéreas e técnicas de posicionamento e respiração.</p> <p>- A fisioterapia pode ser útil para disfunção e dor postural e / ou musculoesquelética e para ajudar a melhorar a continência, especialmente durante tosse e manobras expiratórias forçadas.</p> <p>- Fisioterapeutas são geralmente centrais para a reabilitação pulmonar e no serviço de ventilação não invasiva.</p>		<p>reabilitação respiratória e cardíaca, particularmente em temas como os benefícios da atividade física e do exercício, as formas de manter o doente ativo sem riscos, as técnicas de alívio da dispneia, as técnicas de remoção de secreções e as técnicas de redução da ansiedade (ex.: relaxamento).</p> <p>A realização de testes de terreno da capacidade funcional deve, nos programas de reabilitação, ser da responsabilidade do fisioterapeuta, assim como os testes de avaliação da força muscular periférica, da flexibilidade e do equilíbrio.</p> <p>Face às competências do fisioterapeuta à luz da realidade internacional apresentada, consideramos que a inclusão de um fisioterapeuta deve ser uma condição obrigatória na implementação de Programas de Reabilitação Respiratória e de Reabilitação Cardíaca em qualquer contexto (hospitalar, comunitário e domiciliar).</p>
	RNCCI/Longa Duração	<p>✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização (menor complexidade), com os objetivos de promover a desobstrução por das vias aéreas por hipersecreção, melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, melhorar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</p> <p>✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).</p>			
	Privado Convencionado	<p>✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização e crónica, com os objetivos de promover a desobstrução por das vias aéreas por hipersecreção,</p>			

	<p>melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, melhorar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</p> <p>✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).</p>	<p>- Os fisioterapeutas estão frequentemente envolvidos no fornecimento de oxigénio e algumas substâncias nebulizadas, além de garantirem monitorização vital, por exemplo, da função ventilatória e da efetividade da tosse.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática publicada na <i>Clinical Rehabilitation</i> em 2009:</b></p>		
Privado não-Convencionado	<p>✓ Abordar a doença respiratória pós-agudização e crónica, com os objetivos de promover a desobstrução por das vias aéreas por hipersecreção, melhorar o rácio Ventilação Perfusão, reduzir a dispneia e cansaço, fomentar a autonomia nas AVD's, melhorar a tolerância ao esforço, melhorar a funcionalidade e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.</p> <p>✓ Otimizar a ventilação mecânica, introduzir e realizar o ensino para a utilização de ajudas técnicas respiratórias ao doente e ao(s) cuidador(es).</p>	<p>- Existem recomendações fortes que apoiam o uso do treino físico para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde e a capacidade de exercício funcional.</p> <p><b>Segundo artigo publicado na <i>Lancet</i> em 2009:</b></p> <p>- Uma estratégia para a reabilitação de todo o corpo - consistindo em interrupção da sedação e terapia física e ocupacional nos primeiros dias de doença crítica - é segura e bem tolerada e resultou em melhores resultados funcionais na alta hospitalar, menor duração do delírio e menos necessidade de ventilador em comparação com os cuidados padrão.</p>		

		<p><b>Segundo artigo publicado na <i>Clinics in Chest Medicine</i> de 2014:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A reabilitação pulmonar é uma terapia que oferece benefícios aos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica que são complementares aos obtidos pela farmacoterapia.</li><li>- O objetivo principal da reabilitação pulmonar é restaurar a função muscular e a tolerância ao exercício, reverter outras consequências não-respiratórias da doença e ajudar os utentes a autogerir a doença pulmonar obstrutiva crónica e suas exacerbações e sintomas.</li></ul>		
--	--	---	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 6 – Reabilitação Cardíaca	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA	
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenção primária da doença cardiovascular (controlo dos fatores de risco e mudança de comportamento para fatores de risco cardiovasculares)</li> <li>✓ O papel da atividade física no controlo dos FRCV (fisioterapeuta inserido numa equipa multidisciplinar)</li> <li>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 2 e 3 - Programas de RC)</li> </ul>	<p>Evidência de ganhos em saúde (com fisioterapeuta parte da equipa multidisciplinar de reabilitação):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da capacidade funcional</li> <li>- Melhoria na gestão de doença crónica</li> <li>- Maior controlo dos factores de risco</li> <li>- Diminuição do número de internamentos por doença cardiovascular</li> <li>- Diminuição de novos eventos de enfarte agudo de miocárdio</li> <li>- Estabilização e atraso da progressão do processo aterosclerótico</li> <li>- Diminuição da mortalidade cardíaca</li> </ul>	<p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease de 2016:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirma que a CR baseada no exercício reduz a mortalidade cardiovascular e fornece dados importantes que mostram reduções nas admissões hospitalares e melhorias na qualidade de vida.</li> <li>- Estes benefícios parecem ser consistentes entre os utentes e os tipos de intervenção e foram independentes da qualidade do estudo, definição e data de publicação.</li> </ul> <p><b>Segundo estudo de avaliação económica publicado em Archives of Mayo Clinic Proceedings em 2015:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A relação custo-efetividade da reabilitação cardíaca varia dependendo das características do utente.</li> <li>- A análise atual indica que a reabilitação cardíaca é mais rentável para aqueles com Síndrome Coronário Agudo e aqueles que estão</li> </ul>	<p><b>Segundo Guidelines for Cardiac Rehabilitation Exercise Programme publicadas pelo European Journal of Preventive Cardiology de 2016:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As sociedades dos Países Baixos e do Reino Unido especificam que a programação e a supervisão do exercício são da responsabilidade de um fisioterapeuta ou de um membro do pessoal treinado na prescrição do exercício.</li> </ul> <p><b>Segundo Revisão Sistemática publicada pela Physical Therapy em 2014:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem evidências de nível de recomendação de grau B de que a fisioterapia por acesso direto está associada a melhores resultados para os utentes e custos diminuídos.</li> </ul>	
	ECCI	Não se aplica.				
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 1 - Programas de RC)</li> </ul>				
	Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 1 - Programas de RC)</li> <li>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 2 e 3 - Programas de RC)</li> </ul>				
Centro de Reabilitação		Não se aplica.				
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Doente cardíaco com múltiplas comorbilidades e/ou internamento prolongado com complicações e perda de autonomia funcional.</li> <li>✓ Promover a independência funcional (marcha e AVD's) para</li> </ul>				<p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Cardiac</b></p>

		posterior integração num programa de reabilitação cardíaca formal.	<p><b>rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews de 2016:</b></p> <p>- A reabilitação cardíaca baseada em exercícios é uma terapia eficaz e segura a ser utilizada no tratamento de pessoas clinicamente estáveis após enfarte do miocárdio ou intervenção coronária percutânea ou com insuficiência cardíaca.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation de 2016:</b></p> <p>- Programas de RC domiciliares e institucionalizados proporcionam benefícios semelhantes em termos de resultados de qualidade de vida clínicos e relacionados com a saúde a um custo equivalente para aqueles com insuficiência cardíaca e após infarto e revascularização do miocárdio.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática do American Heart Journal publicada em 2016:</b></p> <p>- Os programas de RC baseados no exercício estão associados com reduções na mortalidade e re-enfarte pós-IM.</p>	<p>em maior risco de eventos cardíacos subsequentes.</p> <p>- Os resultados do presente estudo fornecem uma visão sobre quem pode se beneficiar mais da reabilitação cardíaca, com implicações importantes para os padrões de referência do utente.</p> <p><b>Segundo estudo de avaliação económica publicado em European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation em 2005:</b></p> <p>- Foram identificadas evidências para apoiar a relação custo-efetividade da reabilitação cardíaca supervisionada em utentes com infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca.</p> <p>- O intervalo de custo por ano de vida adquirido foi estimado de 2193 dólares para 28.193 dólares e de - 668 dólares para 16.118 dólares por qualidade ajustada ano de vida ganho.</p>
	RNCCI/Média Duração	<p>✓ Doente cardíaco com multiplas comorbilidades e/ou internamento prolongado com complicações e perda de autonomia funcional.</p> <p>✓ Promover a independencia funcional (marcha e AVD's) para posterior integração num programa de reabilitação cardíaca formal.</p>		
	RNCCI/Longa Duração	Não se aplica.		
Privado Convencionado		<p>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 2 e 3 - Programas de RC)</p>		
Privado não-Convencionado		<p>✓ Doente cardíaco estabilizado com ou sem intervenção cirúrgica (Fase 2 e 3 - Programas de RC)</p>		

		<p>- Análises secundárias sugerem que programas CR mais curtos podem se traduzir em melhores resultados a longo prazo.</p> <p><b>Segundo <i>Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with chronic heart failure: a Dutch practice guideline</i> publicado no <i>Netherlands Heart Journal</i> em 2015:</b></p> <p>- Foram formuladas recomendações para a RC com base em exercícios, abrangendo os seguintes tópicos: mobilização e tratamento dos sintomas pulmonares (se necessário) durante a fase clínica, exercício aeróbio, treino de força (treino muscular inspiratório e treino muscular periférico) e terapia de relaxamento.</p> <p><b>Segundo estudo de avaliação económica publicado em <i>Archives of Mayo Clinic Proceedings</i> em 2009:</b></p> <p>- O treino físico regular e a atividade física e a manutenção de altos níveis de aptidão cardiorrespiratória têm um papel na redução do risco de doença coronariana tanto na prevenção primária quanto na secundária.</p>		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>- Embora um exercício exigente aumente o risco de um evento CV, o risco absoluto é muito pequeno, e os benefícios a longo prazo do exercício regular claramente superam esses riscos.</li><li>- Os utentes com maior probabilidade de beneficiar incluem doentes com enfarte agudo do miocárdio recente, submetidos a revascularização miocárdica, a com angina pectoris estável e, provavelmente, aqueles com insuficiência cardíaca compensada.</li><li>- Evidências sugerem que os programas de RC estão associados ao aumento do exercício e da capacidade funcional, bem como melhorias nos índices de obesidade, níveis plasmáticos lipídicos, metabolismo da glicose, inflamação, função autonômica, reologia do sangue e fatores de risco psicológicos.</li><li>- Além disso, os serviços de RC também têm sido comprovados para reduzir a morbidade e mortalidade CV principais em aproximadamente 20% a 25%.</li></ul>		
--	--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 8 – Pessoas com amputação	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	✓ Amputação do membro superior ou inferior em fase crónica	<p><b>Segundo Evidence Based Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Adults with Lower Limb Protheses de 2012:</b></p> <p>-Considera ponto de boa prática que a instrução e aconselhamento sobre a sua utilização segura de uma prótese deve ser dada pelo Fisioterapeuta.</p> <p><b>Nível IA <i>strong evidence</i> - deve ser considerado</b></p> <p>- A reabilitação protésica deve visar estabelecer uma marcha eficiente em termos energéticos com base em padrões normais.</p> <p>-O fisioterapeuta deve prescrever um programa de exercícios personalizado, incorporando exercícios específicos de fortalecimento muscular e alongamento e manutenção/melhoria da mobilidade articular.</p> <p>-O fisioterapeuta deve ensinar o controlo eficiente da prótese através de controlo postural, transferência de peso, uso de propriocepção e exercício para prevenir e corrigir desvios de marcha.</p>	<p><b>Segundo Estudo publicado na <i>Prosthetics and Orthotics International Journal</i>, referência na área da Aputação:</b></p> <p>- A fisioterapia é considerada Intervenção de primeira linha nas normas de orientação clínica, adequado a todas as fases da Amputação.</p>
	ECCI	✓ Amputação do membro superior ou inferior em fase crónica		
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Intervenção Pré Cirúrgica</li> <li>✓ Pós-Cirúrgica até estabilização clínica e alta Hospitalar, dos utentes com indicação cirúrgica</li> </ul>		
	Ambulatório	✓ Intervenção Pós Cirúrgica dos utentes com indicação cirúrgica em fase sub-aguda		
Centro de Reabilitação		✓ Intervenção Pós Cirúrgica dos utentes com indicação cirúrgica em fase sub-aguda		
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.		
	RNCCI/Média Duração	Não se aplica.		
	RNCCI/Longa Duração	Não se aplica.		
Privado Convencionado		✓ Amputação do membro superior ou inferior em fase crónica		
Privado não-Convencionado		✓ Amputação do membro superior ou inferior em fase crónica		

		<p style="text-align: center;"><b>Segundo o Model of Amputee Rehabilitation in South Australia de 2012:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Os hospitais que realizam amputações devem ter vias claras de encaminhamento e serviços especializados de reabilitação de amputados.</li> <li>-A reabilitação dos amputados deve ocorrer em hospitais ou centros o mais próximo possível do domicílio.</li> <li>- Numa fase inicial deve ocorrer em Hospitais ou Centro de Reabilitação especializados capazes de oferecer uma resposta intra-hospitalar e reabilitação em ambulatório, e ser capaz de fornecer um plano de reabilitação adequado.</li> <li>-Além disso, cada região deve oferecer uma resposta multidisciplinar regular para indivíduos que tiveram uma amputação para prescrever novas próteses, analisar questões de dor, rever e intervir adequadamente após um declínio na independência na fase crônica.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Segundo as Clinical Practice Guideline for Rehabilitation of Lower Limb Amputation- Department of Veterans Affairs Department of Defense de 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O Fisioterapeuta é profissional de eleição para trabalhar a estabilidade do sistema músculo-esquelético, amplitude de movimento, fortalecimento muscular adaptado, aptidão cardiovascular e equilíbrio.</li> </ul>	
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>-Progressivamente avançar o tempo de tolerância do utente a 30 minutos duas vezes por dia, se possível.</li><li>-Um programa de fortalecimento deve ser iniciado para os principais grupos musculares das extremidades superiores, tronco e membros residuais e contralaterais, a fim de maximizar o uso funcional da prótese e prevenir o desenvolvimento de comorbidades como dor lombar.</li><li>- Deve ser concebido um programa de exercícios em casa deve ser concebido e adaptado às necessidades individuais de um utente para uso em uma base de longo prazo.</li><li>- Um programa de treino cardiovascular personalizado deve ser iniciado logo que possível na fase pós-operatória e continuar durante todo o processo de reabilitação.</li><li>- A consulta a um programa de reabilitação cardíaca deve ser considerada, particularmente em utentes com doença cardiopulmonar conhecida.</li></ul>	
--	--	---	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 8 – Diabetes	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	✓ Gestão da doença em programas de âmbito Comunitário.	<p><b>Segundo Revisão Sistemática publicada 2016:</b></p> <p>- Na sua competência específica os fisioterapeutas prescrevem e implementam exercício terapêutico, individualmente ou em grupo, a pessoas em risco de desenvolver ou já com o diagnóstico da DT2.</p> <p>- Programas de exercício estruturado e supervisionado por fisioterapeutas, de pelo menos 12 semanas de duração reduzem significativamente os níveis de glicose no sangue, podendo os programas ter diferentes componentes.</p> <p>- No entanto, quando há comorbilidades associadas ou a presença de fatores predisponentes de fragilidade, é recomendada a intervenção individual.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática publicada pela <i>Diabetes Research and Clinical Practice</i> em 2012:</b></p>	<p><b>Segundo estudo publicado no <i>Journal of the American Geriatric Society</i> de 2009:</b></p> <p>- A avaliação e intervenção individual com follow up, demonstrou vantagens económicas da implementação de programas comunitários de gestão da doença, entre as quais pessoas com diagnóstico de DT2, reduzem o número de visitas aos serviços de urgência assim como a utilização dos serviços de saúde (Courtney et al 2009).</p>	<p><b>Segundo o Plano Nacional de Saúde de 2016:</b></p> <p>- O PNS - Extensão 2020 salienta a necessidade de implementação de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença e a Diabetes tipo 2 foi a primeira condição clínica a integrar em projetos de gestão da doença crónica.</p> <p><b>Segundo a Sociedade Portuguesa de Diabetologia de 2015:</b></p> <p>- Em 2014, a prevalência total desta condição em Portugal foi de 13,1% entre os 20 e os 79 anos.</p> <p><b>Segundo as <i>NICE Type 2 diabetes in adults: management Guidelines 2015</i> e as</b></p>
	ECCI	✓ Gestão do Pé Diabético.			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica			
	Ambulatório	Não se aplica			
Centro de Reabilitação		Não se aplica			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI/Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI/Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		Não se aplica.			
Privado não-Convencionado		Não se aplica.			

		<p>- Refere que programas de exercício adaptado de 12 semanas são efetivos na diminuição do perímetro da cintura e do IMC.</p> <p><b>Segundo a American Diabetes Association, Standards of medical care in diabetes de 2015:</b></p> <p>- Reforça a necessidade da intervenção em saúde estar alinhada no modelo de cuidados integrados, para garantir a qualidade das interações entre uma prática proactiva e um utente informado e ativo (evidencia A).</p>		<p><b>Guidelines for the primary prevention of type 2 diabetes da National Health and Medical Research Council de 2009:</b></p> <p>- Ambos os documentos reforçam a necessidade de desenvolvimento de programas de exercício estruturado (que combinem tanto o treino aeróbio como o treino de resistência da força) e supervisionado por fisioterapeutas, tanto em grupo como individual, sugerindo que todos os cidadãos em risco de desenvolver DT2 deveriam ter acesso a tais programas.</p>
--	--	--	--	--

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 9 – Incontinência Urinária	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incontinência urinária de esforço.</li> <li>✓ Incontinência urinária de imperiosidade.</li> <li>✓ Incontinência urinária mista.</li> </ul>	<p><b>Segundo o NICE Guidelines 2015:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O treino e fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico (os músculos que suportam a bexiga e a uretra) são recomendados como tratamento de primeira linha para mulheres com IU de esforço, imperiosidade ou mista.</li> <li>- Recomenda-se também que seja oferecido às mulheres na primeira gravidez como uma estratégia preventiva para a IU.</li> </ul> <p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women de 2014:</b></p> <p><b>Nível IA strong evidence - deve ser considerado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Classe A de evidência que prova a efetividade do treino da musculatura do pavimento pélvico.</li> </ul>	<p><b>Segundo o NICE Guidelines 2015:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O treino intensivo da musculatura do pavimento pélvico tinha uma probabilidade muito alta de apresentar um ICER abaixo do limiar do NICE para o NHS (cerca de £ 20.000 a £ 30.000 por QALY).</li> </ul> <p><b>Segundo a Chartered Society of Physiotherapy, 2011:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No Reino Unido, em 2000, o custo anual relacionado com esta condição de saúde em mulheres inseridas na comunidade foi estimado em 233 milhões de libras, com um custo adicional de 178 milhões de libras suportados pelos indivíduos.</li> <li>- Ainda mais, a IU aumenta substancialmente o risco de hospitalização.</li> <li>- Em Portugal, em 2007, ocorreram 60,781 internamentos relacionados com doenças do aparelho genitourinário, correspondendo, em média, a 6 dias de internamento</li> </ul>	<p><b>Segundo estudo da Associação Portuguesa de Urologia em 2008:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A prevalência de incontinência urinária foi 21,4% nas mulheres e 7,6% nos homens, sendo que estes valores aumentam a partir dos 40 anos;</li> <li>- A incontinência urinária de esforço foi o tipo mais frequente de incontinência urinária entre as mulheres (39,9%) e a incontinência urinária de imperiosidade o mais frequente nos homens (56,4%).</li> <li>- Os episódios de perdas de urina ocorreram uma ou mais vezes por dia em 52% dos indivíduos.</li> <li>- A prevalência de incontinência urinária diagnosticada por um médico foi 4,9%, dos casos diagnosticados.</li> </ul> <p>Destes 71% efectuaram algum tipo de tratamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O tratamento farmacológico foi efectuado por 76,3% dos indivíduos;</li> <li>- Cerca de 25% dos indivíduos foram sujeitos a cirurgia;</li> </ul>
		ECCI			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica			
	Ambulatório	Não se aplica			
Centro de Reabilitação		Não se aplica			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI/Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI/Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incontinência urinária de esforço.</li> <li>✓ Incontinência urinária de imperiosidade.</li> <li>Incontinência urinária mista.</li> </ul>			
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incontinência urinária de esforço.</li> <li>✓ Incontinência urinária de imperiosidade.</li> <li>✓ Incontinência urinária mista.</li> </ul>			

		<p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women de 2012:</b></p> <p>- Concluiu que o TMPP é eficaz na prevenção e redução da incontinência urinária durante a gravidez e após o parto, contudo não existe evidência suficiente de que o TMPP quando realizado em classe sem prévia instrução individual para a certificação da correta contração seja eficaz na prevenção da IU e fecal durante o período gravídico.</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática publicada pelo <u>European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine</u> em 2012:</b></p> <p>- Refere que com base nos estudos disponíveis parece que TMPP é mais eficiente quando realizado com supervisão regular (ex. semanal) do profissional de saúde quando comparado com pouco ou nenhum contato.</p>	<p>(Administração Regional da Saúde do Norte, 2009).</p> <p><b>Segundo Revisão Sistemática da Health Technology Assessment 2010:</b></p> <p>- Os resultados demonstraram que o treino intensivo do músculo do pavimento pélvico, foi a estratégia mais custo-efetiva.</p> <p>- A análise de custo-efetividade mostrou que, a estratégia usando mudanças de estilo de vida e treino da musculatura do pavimento pélvico tinha uma probabilidade de mais de 70% de ser considerado rentável para todos os limiares num cenário de disposição de pagar até 30.000 libras por QALY.</p> <p><b>Segundo estudo publicado na BMC Women's Health em 2009:</b></p> <p>- As sessões de fisioterapia em grupo tiveram resultados de saúde comparáveis e custos notavelmente mais baixos (£ 8 em comparação com £53 por utente).</p>	<p>- Fisioterapia foi aplicado a 12% dos doentes.</p> <p>Este estudo comprova que, apesar de a fisioterapia ser a primeira linha de abordagem no caso de IU, apenas uma percentagem reduzida dos doentes têm acesso a esta solução efectiva e segura.</p>
--	--	--	--	---

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 10 - Linfedema	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenção do linfedema</li> <li>✓ Linfedema em fase sub-aguda, ou em fase crónica</li> </ul>	<p><i>De acordo com:</i></p> <p><i>Health-related quality of life with lymphoedema: a review of the literature, 2005.</i></p> <p><i>Template for Management: developing a lymphoedema service, 2007.</i></p> <p><i>Report of the Lymphoedema Services Review Group Consultation, 2004.</i></p> <p>A identificação precoce de edema e referenciação atempada para serviços especializados é crucial para assegurar os melhores resultados em saúde para os utentes. Contribui para a redução de incapacidade a longo prazo, problemas emocionais e laborais, assim como para a melhoria da qualidade de vida.</p>	<p><i>Segundo publicação da Physical Therapy 2012a análise comparativa de dois modelos de gestao terapêutica do linefedema pós-cancro da mama:</i></p> <p>Demonstrou que o custo por utente de uma intervenção precoce era 80% inferior quando aplicado um modelo de monitorização prospectiva pelo Fisioterapeuta do que intervir apenas após o aparecimento de sintomatologia.</p> <p><i>Segundo a publicação Specialist Lymphoedema Services: An evidence review, 2011:</i></p> <p>Uma análise económica ao funcionamento de um serviço modelo no Reino Unido demonstrou que por cada libra esterlina gasta em serviços especializados eram poupadas 100 libras em admissões hospitalares no sistema nacional de saúde.</p> <p>Este cenário poderia potencialmente reduzir os actuais 87 milhões de libras estrelinas associados aos custos de internamento hospitalar devido a celulite, uma complicação secundária grave do linfedema.</p>	<p><i>De acordo com estudo publicado na Lymphology, 2001, e um RCT publicado Breast Cancer Research Treatment, 2002:</i></p> <p>Os efeitos a longo prazo do linfedema são geridos de forma mais eficaz quando esta condição é diagnosticada e o plano de intervenção implementado antes das alterações crónicas se instalarem.</p> <p><i>Segundo guideline do National Institute for Health and Clinical Excellence. Advanced breast cancer: diagnosis and treatment, 2009:</i></p> <p>A terapia linfática descongestiva é recomendada pelo National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (Reino Unido) e fornecida por Fisioterapeutas com formação adequada.</p> <p>O tratamento recomendado nestas diretrizes consiste em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-4 semanas intensivas de terapia (3-5 dias por semana).</li> <li>• Monitorização contínua ao longo da vida onde se inclui a auto-gestão (uso diário do material compressivo, cuidados com a pele, auto-massagem e</li> </ul>
		Equipa Cuidados Continuados Integrados			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	✓ Linfedema em fase aguda			
	Ambulatório	✓ Linfedema em fase sub-aguda, ou em fase crónica			
Centro de Reabilitação		✓ Linfedema em fase sub-aguda, ou em fase crónica			
RNCuidados Continuados	RNCCI – Convalescença	Não se aplica			
	RNCCI – Média Duração	Não se aplica			
	RNCCI – Longa Duração	Não se aplica			
Privado Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenção do linfedema</li> <li>✓ Linfedema em fase sub-aguda, ou em fase crónica</li> </ul>			
Privado não-Convencionado		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Prevenção do linfedema</li> <li>✓ Linfedema em fase sub-aguda, ou em fase crónica</li> </ul>			

				exercício físico adaptado) e a revisão semestral do material compressivo.
--	--	--	--	---

NÍVEL E TIPOLOGIA DE CUIDADOS		Grupo 11 – Quadros Demenciais	EVIDÊNCIA DOS GANHOS EM SAÚDE DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DOS GANHOS ECONÓMICOS DE UMA INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA	EVIDÊNCIA DA NECESSIDADE DE UMA RESPOSTA EM FISIOTERAPIA
CSPrimários	Fisioterapeutas em URAP	✓ Programas de Exercício de Gestão da Doença Demencial de âmbito Comunitário.	<p><b>Segundo Revisão Sistemática da Cochrane Database - Exercise programs for people with dementia de 2015:</b></p> <p>- A fisioterapia contribui para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e cuidadores e pode aliviar o fardo dos cuidadores de pessoas com quadros demenciais. Ressalva-se que não há ainda evidência de que a intervenção da fisioterapia seja efetiva na melhoria da capacidade cognitiva dos utentes, per si.</p> <p><b>Segundo um estudo publicado na Clinical Rehabilitation em 2008:</b></p> <p>- Refere o efeito de programa de Fisioterapia na desaceleração do ritmo do declínio funcional.</p> <p><b>Segundo estudo publicado New England Journal of Medicine de 2003:</b></p> <p>- Há evidência de que a intervenção em fisioterapia reduz o risco de desenvolvimento de demência, em estadios pré-demenciais.</p>	<p><b>Segundo a Alzheimer Society Report, em 2011.</b></p> <p>- A demência custa no Reino Unido cerca de 20 biliões de libras esterlinas por ano Os custos estimados para as pessoas com demência na comunidade são de 16700 libras para demência leve, 37500 para demência severa.</p> <p><b>Segundo o Royal College of Psychiatrists - National Audit of Dementia de 2010:</b></p> <p>- A Fisioterapia tem sido identificada como um contributo chave para uma poupança de 6 milhões de libras por ano.</p>	<p><b>Segundo o Department of Health Living well with dementia: A National Dementia Strategy de 2009:</b></p> <p>-A prevalência desta síndrome tem vindo a aumentar, sendo que, em 2009, 750000 pessoas no Reino Unido tinham demência</p> <p><b>Segundo a Alzheimer Society Report, em 2007:</b></p> <p>- A demência contribuiu para 11% de anos vividos com incapacidade/deficiência, mais do que o AVC (9%); doenças musculoesqueléticas (8,9%), doença Cardiovascular (5%) e todos os cancros (2,4%).</p> <p><b>Segundo estudo publicado na Clinical Rehabilitation em 2008:</b></p> <p>- O modelo preconizado sugere que a intervenção da Fisioterapia seja desenvolvida na manutenção da capacidade funcional das pessoas com demência e no aumento dos seus níveis de actividade física.</p>
	ECCI	Não se aplica.			
CSHospitalares	Intra-Hospitalar	Não se aplica.			
	Ambulatório	Não se aplica.			
Centro de Reabilitação		Não se aplica.			
RNCuidados Continuados Integrados	RNCCI/Convalescença	Não se aplica.			
	RNCCI/Média Duração	Não se aplica.			
	RNCCI/Longa Duração	Não se aplica.			
Privado Convencionado		Não se aplica.			
Privado não-Convencionado		Não se aplica.			

				<p><b>Segundo o documento <i>Perspectives on rehabilitation and dementia</i> de 2005:</b></p> <p>- Sugere que a intervenção da Fisioterapia seja desenvolvida na gestão e prevenção de comorbilidades muito associadas à demência, como as quedas e a diabetes tipo 2.</p> <p><b>Segundo um RCT publicado em 2010:</b></p> <p>- A fisioterapia, designadamente através de programas de exercício individual supervisionado, é clinicamente efetiva na preservação e promoção da atividade/movimento nas pessoas com demência.</p>
--	--	--	--	---

## Referências Bibliográficas

1. Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, et al. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology* (59):191–8.
2. Kaur J, Masaun M, Bahita MS. (2013). Role of Physiotherapy in Mental Health Disorders. *Delhi Psychiatry*. 16(2):404–9.
3. O’Cathain A, Froggett M, Taylor MP. (1995). General practice based physiotherapy: Its use and effect on referrals to hospital orthopaedics and rheumatology outpatient departments. *Br J Gen Pract*.;45(396):352–4.
4. Jette DU, Bacon K, Batty C, Carlson M, Ferland A, Hemingway RD, et al. (2003). Evidence-based practice: beliefs, attitudes, knowledge, and behaviors of physical therapists. *Phys Ther*. 83(9):786–805.
5. Hendriks EJM, Kerssens JJ, Nelson RM, Oostendorp R a B, van der Zee J. (2003). One-time physical therapist consultation in primary health care. *Phys Ther*. 83(10):918–31.
6. Fricke M. (2005). Physiotherapy and Primary Health Care: Evolving Opportunities. *Can Physiother Assoc* .1–52. Available from:  
[http://umanitoba.ca/rehabsciences/media/pt\\_primary\\_care.pdf](http://umanitoba.ca/rehabsciences/media/pt_primary_care.pdf)
7. Reis E, Abdul S, Dias JG., Nogueira D, Borges CM. (2013). A New Complexity Measure to Classify Ambulatory Patients in Rehabilitation Facilities for Financing Purposes. 59<sup>th</sup> World Statistics Congress. Hong Kong. Available from:  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.666.3042&rep=rep1&type=pdf>.
8. Mendes M. (2009). Reabilitação cardíaca em Portugal: a intervenção que falta! *Saúde Tecnol*. 3(1):5–9. Available from: <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/134>
9. Mampuya WM. (2012). Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2(1):38–49.
10. García-Armesto S, Begoña Abadía-Taira M, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. (2010). Spain: Health system review. *Heal Syst Rev*. 12(4):1–295. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21224176>
11. OPSS. (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório Primavera 2015. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 196p.
12. World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva. 260p.
13. World Health Organization Regional Office for Europe. (2015). The European health report. Targets and beyond - reaching new frontiers in evidence. Geneva.150p
14. APTA (2014). Introduction to the Guide to Physical Therapist Practice. *Guid to Phys Ther Pract*.:1–9. Available from: <http://guidetoptpractice.apta.org/content/1/SEC1.short>

### **Referências Bibliográficas – Grupo 1 Disfunções Cervicais**

15. Hoy D, March L, Woolf A, Blyth F, Brooks P, Smith E, et al. (2014). The global burden of neck pain: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*. England. 73(7):1309–15.
16. Johansson MS, Boyle E, Hartvigsen J, Jensen Stochkendahl M, Carroll L, Cassidy JD. (2015). A population-based, incidence cohort study of mid-back pain after traffic collisions: Factors associated with global recovery. *European Journal of Pain*. (19):1486-1495.
17. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, Haldeman S, Holm LW, Carragee EJ, et al. (2008). Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *Spine*. 33(4 Suppl):S75-82.
18. (2010). Pain Proposal: Improving the current and future management of chronic pain - A European Consensus Report. 17p.
19. Childs JD, Cleland J a., Elliott JM, Teyhen DS, Wainner RS, Whitman JM, et al. (2008). Neck Pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* [Internet]. 38(9):A1–34.
20. Kay T, Gross A, Goldsmith C, et al. (2012). Exercises for mechanical neck disorders (Review). *The Cochrane database of systematic reviews*. (8):CD004250.
21. Miller J, Gross A, D’Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: A systematic review. *Man Ther* [Internet]. 2010/07/16. 2010.
22. Bertozzi L, Gardenghi I, Turoni F, Villafane JH, Capra F, Guccione A, et al. (2013). Effect of Therapeutic Exercise on Pain and Disability in the Management of Chronic Nonspecific Neck Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials. *Physical Therapy*. 93(8):1026–36.
23. Gross AR1, Goldsmith C, Hoving JL, Haines T, Peloso P, Aker P, Santaguida P, Myers C; Cervical Overview Group. (2007). Conservative management of mechanical neck disorders: a systematic review. *J Rheumatol*. May; 34(5):1083-102.

### **Referências Bibliográficas – Grupo 1 Disfunções Lombares**

24. Managing Low Back Pain and Sciatica. NICE GUIDELINES. Pathway last updated: 24 July 2018. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-and-sciatica>.
25. Hill J, D Whitehurst, Lewis M, Bryan S, Dunn K, Foster N, Konstantinou, Main C, Mason E, Somerville S, Sowden G, Vohora K, Hay E. (2011). A randomised controlled trial and economic evaluation of stratified primary care management for low back pain compared with current best practice: The STarT Back trial. *The Lancet*, 378 (9802):1560 – 1571.
26. Savigny P, Kuntze S, Watson P, Underwood M, Ritchie G, Cotterell M, Hill D, Browne N, Buchanan E, Coffey P, Dixon P, Drummond C, Flanagan M, Greenough, C, Griffiths M, Halliday-Bell J, Hettinga D, Vogel S, Walsh D. (2009). Low Back Pain: early management of persistent non-specific low back pain. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
27. (2012). Low Back Pain. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*. 42(4):A1-A57.

28. Lin CW HM, Maher CG, Machado LA, van Tulder MW. (2011). Cost-effectiveness of general practice care for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal*. Official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. 20(7):1012-23.
29. Foster NE, Mullis R, Hill JC, et al. (2014). Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back): A prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med*. 12(2):102-11.
30. British Pain Society (2013). Guidelines for pain management programmes for adults: an evidence-based review prepared on behalf of the British Pain Society. London: British Pain Society; 2013. [www.britishpainsociety.org/pub\\_professional.htm](http://www.britishpainsociety.org/pub_professional.htm)
31. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, et al. (2008 ). Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*. May; 47(5):670-8.
32. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, et al. (2007). Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragmatic randomized trial with economic evaluation. *Spine*. 32(14):1474-81.
33. Hong J RC, Norvick D, Happich M. (2013). Costs associated with treatment of chronic low back pain: an analysis of the UK general practice database. *Spine*. 38(1):75-82.
34. M.A. P, J. M, I. S. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care [Internet]. Vol. 21, *Family Practice*. 2004. p. 372–80.
35. Dionne F, Mitton C, Macdonald T, Miller C, Brennan M. (2013). The challenge of obtaining information necessary for multi-criteria decision analysis implementation: the case of physiotherapy services in Canada. *Cost Eff Resour Alloc* . 11(1):11.
36. Delitto A, George SZ, Van Dillen LR, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. (2012). Low back pain. *Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association*. *J Orthop Sports Phys Ther* . 42(4):A1-57.
37. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RH, Hurley M V. (2007). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Three Types of Physiotherapy Used to Reduce Chronic Low Back Pain Disability: (A Pragmatic Randomized Trial With Economic Evaluation). *Spine*. 32(14):1474–81.
38. Patrick LE, Altmaier EM, Found EM. (2004). Long-term outcomes in multidisciplinary treatment of chronic low back pain: results of a 13-year follow-up. *Spine*. 29(8):850–5.
39. Molde Hagen E, Grasdahl A, Eriksen HR. (2003). Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain: a 3-year follow-up study. *Spine*. 28(20):2309–16.
40. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. (2012). Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. *Spine*. 37(25):2114–21.

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 2 Osteoartrite Joelho e Anca**

41. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-

- related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. RMD open [Internet]. 2(1):e000166.
42. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, et al. (2014). OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 22(3):363–88.  
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24462672>
43. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. (2013). EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 72(7):1125–35.
44. Lamb SE, Toye F, Barker KL. (2008). Chronic disease management programme in people with severe knee osteoarthritis: efficacy and moderators of response. *Clin Rehabil*. 22(2):169–78.

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 2 Artroplastia Total da Anca**

45. Oliveira P. (2014). Avaliação das características individuais e clínicas como preditores do estado de saúde em indivíduos sujeitos a artroplastia total da anca (PTA". Disponível para consulta no Repositório da UC em:  
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14538>.

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 2 Ligamento Cruzado Anterior**

46. Cupido C, Peterson D, Sutherland MS, Ayeni O, Stratford PW. (2014). Tracking Patient Outcomes after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *Physiotherapy Canada*. 66(2):199-205.
47. Adams D, Logerstedt D, Hunter-Giordano A, Axe MJ, Snyder-Mackler L. (2012). Current Concepts for Anterior Cruciate Ligament Reconstruction: A Criterion-Based Rehabilitation Progression. *J Orthop Sports Phys Ther*. 42(7):601-614.
48. Logerstedt DS, Snyder-Mackler L, Ritter RC, Axe MJ, Godges JJ. (2010). Knee Stability and Movement Coordination Impairments: Knee Ligament Sprain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 40(4):A1-A37.
49. Meuffels DE, Poldervaart MT, Diercks Ron L. (2012). Guideline on anterior cruciate ligament injury. A multidisciplinary review by the Dutch Orthopaedic Association. *Acta Orthopaedica*. 83 (4):379–386
50. American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2015). Consensus Statements to the Management of ACL Injuries: Clinical Practice Guideline from the AAOS.

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 2 Fibromialgia**

51. Hassett AL, Williams DA (2011). Non-pharmacological treatment of chronic widespread musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 25(2):299–309. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2011.01.005>.
52. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 76:318-328.

53. van Koulil S, van Lankveld W, Kraaimaat FW, van Helmond T, Vedder A, van Hoorn H, et al. (2008). Tailored cognitive-behavioral therapy for fibromyalgia: Two case studies. *Patient Educ Couns.* 71(2):308–14.
54. Häuser W, Thieme K, Turk DC. (2010). Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome - a systematic review. *Eur J Pain.* 14(1):5–10.

### **Referências Bibliográficas – Grupo 2 Artrite Idiopática Juvenil**

55. Bueno, et al (2007). Reabilitação em Artrite Idiopática Juvenil. *Revista Brasileira Reumatologia*, v. 47, n.3, p. 197-203.
56. Rottermund, J., Knapik, A., Warmuz-Wancisiewicz, A. (2015). Physiotherapy and occupational therapy in the treatment of juvenile idiopathic arthritis. p. 1-12
57. Cavallo, Sabrina et al. (2016). Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Structured Physical Activity in the Management of Juvenile Idiopathic Arthritis. *Archives of Phys Med and Rehabilitation*, 2016 Dec 6. pii: S0003-9993(16)31290-4.

### **Referências Bibliográficas – Grupo 3 AVC**

58. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, van der Wees PJ, Hendriks E, et al. (2014) What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 9(2): e87987
59. The Value of Physiotherapy (2012). Canadian Physiotherapy Association.
60. Mahler MP, Zuger K, Kaspar K, Haefeli An, Jenni W, Leniger T, Beer JH. A cost analysis of the first year after stroke-early triage and inpatient rehabilitation may reduce long term costs. *Swiss Med. Wkly.* 2008;138(31-32):459-65.
61. Aprile D, Di Stasio E, Romitelli F, Lancellotti S, Caliandro P, Tonali P, Gilardi A, Ladua L. Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. *Brain Injury.* 2008;22(6):451-56.
62. Salter K, Jutai J, Hartley M, Foely N, Bhogal S, Bayona N, Teasell R. Impact of early vs delayed admission to rehabilitation on functional outcomes in persons with stroke. *Journal of Rehabil Med.* 2006;38(2):113-7.
63. Tay-Teo K, Moodie M, Bernhardt J, Thrift AG, Collier Km, Donnann G, Dewey H. Economic evaluation alongside a phase II, multi-centre randomized controlled trial of very early rehabilitation after stroke (AVERT). *Cerebrovascular disease.* 2008; 26:475-481.
64. Langhorne P, Widen-Holmqvist L. Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2007;39(2):103-108.
65. Chan B. Effect of Increased Intensity of Physiotherapy on Patient Outcomes After Stroke: An Economic Literature Review and Cost-Effectiveness Analysis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2015; 15(7): 1–43
66. Stroke Rehabilitation Long term rehabilitation after stroke Clinical guideline - Methods, evidence and recommendations - May 2013 NHS Trust UK
67. Tummers J and Schrijvers A. Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *International Journal of Integrated Care – Volume 12, 1 October.*

### Referências Bibliográficas – Grupo 3 Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)

68. Christina Morawietz, Fiona Moffat. Effects of Locomotor Training After Incomplete Spinal Cord Injury: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013; 94:2297-308.
69. Harvey LA (2016) Physiotherapy rehabilitation for people with spinal cord injuries. *Journal of Physiotherapy* 62: 4–11].
70. Natàlia Gómara-Toldrà, Martha Sliwinski, Marcel P. Dijkers (2014) Physical therapy after spinal cord injury: A systematic review of treatments focused on participation. *The Journal of Spinal Cord Medicine* VOL. 37 NO. 4
71. Consortium for Spinal Cord Medicine (2008). Early Acute Management in Adults with Spinal Cord Injury: A Clinical Practice Guideline for Health-Care Professionals. *The Journal of Spinal Cord Medicine*. Vol. 31 (4):403-479.
72. Jonviea D. Chamberlain, Sonja Meier, Luzius Mader, Per M. von Groote, Martin W.G. Brinkhof (2015) Mortality and Longevity after a Spinal Cord Injury: Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuroepidemiology*. 44:182–198.
73. Nas K, Yazmalar L, Şah V, Aydın A, Öneş K. Rehabilitation of spinal cord injuries. *World J Orthop* 2015; 6(1): 8-16.
74. Nic Vipond (2008). EBH Researcher, Evidence-based healthcare team
75. Intensive Exercise Programmes for Spinal-Cord-Injured Individuals Clinical Guideline for Standing Following SCI Spinal Cord Injury Centre Physiotherapy Lead Clinicians (2013).
76. Spinal Cord Injury Centre Physiotherapy Lead Standards of proficiency (2007), Assurance Quality Standards for physiotherapy service delivery Physiotherapists (2012) and Professional Values of Members' Code and Behaviour (2011). The Health and Care Professions Council's standards of proficiency for physiotherapists.
77. Miller and Herbert (2016). Health and economic benefits of physical activity for patients with spinal cord injury. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*. Vol. 8: 551–558

### Referências Bibliográficas – Grupo 3 LVM

78. Hellweg S, Johannes S. Physiotherapy after traumatic brain injury: A systematic review of the literature. *Brain Injury*. 2008; 22(5):365-73.
79. Marshall S, Bayley M, Mccullagh S, Velikonja D, Berrigan L, Ouchterlony D, et al. Updated clinical practice guidelines for concussion/mild traumatic brain injury and persistent symptoms. *Brain Injury*. 2015;29(6):688-700.
80. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 130: Brain injury rehabilitation in adults. Edinburgh: SIGN; 2013.
81. Greenwood RJ, Strens LH, Watkin J, Losseff N, Brown MM. (2004). A study of acute rehabilitation after head injury. *Br J Neurosurg* 18,462-466.
82. Turner-Stokes L, Bavikatte G, Williams H, Bill A, Sephton K. Cost-efficiency of specialist hyperacute in-patient rehabilitation services for medically unstable patients with complex rehabilitation needs: a prospective cohort analysis. *BMJ Open*. 2016; 6(9).
83. Sorbo A, Rydenhag B, Sunnerhagen KS, Blomqvist M, Svensson S, Emanuelson I. (2005). Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Inj*. 19:493-503.

84. Steiner E, Murg-Argeny M, Steltzer H. The severe traumatic brain injury in Austria: early rehabilitative treatment and outcome. *Journal of Trauma Management & Outcomes*. 2016;10(1).
85. Andelic N, Ye J, Tornas S, Roe C, Lu J, Bautz-Holter E, et al. Cost-Effectiveness Analysis of an Early-Initiated, Continuous Chain of Rehabilitation after Severe Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*. 2014; 31(14):1313–20.
86. Turner-Stokes L, Williams H, Bill A, Bassett P, Sephton K. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical data set. *BMJ Open*. 2016;6(2)
87. Cooney MT, Carroll A. Cost effectiveness of inpatient rehabilitation in patients with brain injury. *Clinical Medicine*. 2016Jan;16(2):109–13.
88. Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 4 Lesão Plexo Braquial**

89. Storment, M. Guidelines for therapists: Treating Children with Brachial Plexus Injuries: Table of guidelines and fact sheets. (Updated jan2015) WCPT- IOPTP
90. Susan, V. [et al] The Clinical Assessment of the Infant and Child Following Perinatal Brachial Plexus Injury. *JJ Hand Ther* (2015); 28(2): 126–134.
91. Semel-Concepcion, J. [et al] Neonatal Brachial Plexus Palsies Treatment & Management. *Medscape*. (2016)

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 5 Reabilitação Respiratória**

92. Spruit, M. A., Singh, S. J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., . Wouters, E. F. M. (2013). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 188(8), e13-e64.
93. European Respiratory Society. (2013). Allied Respiratory Professionals. In G. Gibson, R. Loddenkemper, Y. Sibille & B. Lundbäck (Eds.), *The European Lung White Book* (pp. 382-391). Sheffield: European Respiratory Society.
94. European Respiratory Society. (2013). Pulmonary rehabilitation. In G. Gibson, R. Loddenkemper, Y. Sibille & B. Lundbäck (Eds.), *The European Lung White Book* (pp. 340-347). Sheffield: European Respiratory Society.
95. DD Marciniuk, D Brooks, S Butcher, et al; The Canadian Thoracic Society COPD Committee Expert Working Group. Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease – practical issues: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Can Respir J* 2010;17(4):159-168.
96. Frith P. A manual for pulmonary rehabilitation in Australia: Evidence base and standards. Australian Lung Foundation; 2008.
97. PG Camp, P Hernandez, J Bourbeau, et al. Pulmonary rehabilitation in Canada: A report from the Canadian Thoracic Society COPD Clinical Assembly. *Can Respir J* 2015;22(3):147-152.

98. Spruit, M. et al., An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation, *AJRCCM* Vol. 188, No.8, 2013.
99. Bott J, Blumenthal S, Buxton M, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax* 2009; 64: Suppl. 1, i1-51.
100. Gosselink R, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med* 2008; 34: 1188–1199.
101. Langer D, et al. A clinical practice guideline for physiotherapists treating patients with chronic obstructive pulmonary disease based on a systematic review of available evidence. *Clin Rehabil* 2009; 23: 445–462.
102. Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet* 2009; 373: 1874–1882.
103. Troosters T, et al. Pulmonary Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Clin Chest Med*. 2014 Mar;35(1):241-9. Review.
104. Gonçalves, M. et al. Effects of mechanical insufflation-exsufflation in preventing respiratory failure after extubation: a randomized controlled trial. *Crit Care*. 2012; 16(2): R48.
105. Bolton CE, Bevan-Smith EF, et al, British Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults. British Thoracic Society Pulmonary Rehabilitation Guideline Development Group; British Thoracic Society Standards of Care Committee. *Thorax*. 2013 Sep;68 Suppl 2:ii1-30.
106. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE.: Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014. 94(1):14-30.
107. McCarthy B, et al., Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 2. Art. No.: CD003793.
108. Castro, Antonio A.M. et al. Chest physiotherapy effectiveness to reduce hospitalization and mechanical ventilation length of stay, pulmonary infection rate and mortality in ICU patients *Respiratory Medicine*, Volume 107 , Issue 1 , 68 – 74.
109. Martins et al., Effect of Slow Expiration With Glottis Opened in Lateral Posture (ELTGOL) on Mucus Clearance in Stable Patients With Chronic Bronchitis, *Respiratory Care* Mar 2012, 57 (3) 420-426.
110. Gomes EL, et al. Chest physical therapy is effective in reducing the clinical score in bronchiolitis: randomized controlled trial. *Rev Bras Fisioter*. 2012 Jun;16(3):241-7.
111. Postiaux G, Louis J, Labasse HC, Gerroldt J, Kotik AC, Lemuhot A, Patte C. Evaluation of an alternative chest physiotherapy method in infants with respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Respir Care*. 2011 Jul;56(7):989-94.
112. Ninot G, Moullec G, Picot MC, Jausseant A, Hayot M, Desplan M, Brun JF, Mercier J, Prefaut C. Cost-saving effect of supervised exercise associated to COPD self-management education program. *Respir Med*. 2011 Mar;105(3):377-85.
113. Rubí M1, Renom F, Ramis F, Medinas M, Centeno MJ, Górriz M, Crespí E, Martín B, Soriano JB. Effectiveness of pulmonary rehabilitation in reducing health resources use

- in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010 Mar;91(3):364-8.
114. Kendall F, Oliveira J, Peleteiro B, Pinho P, Bastos PT. Inspiratory muscle training is effective to reduce postoperative pulmonary complications and length of hospital stay: a systematic review and meta-analysis. *Disabil Rehabil.* 2017 Jan 17:1-22. doi: 10.1080/09638288.2016.1277396.
115. Lee AL, Burge AT, Holland AE. Airway clearance techniques for bronchiectasis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 23;(11):CD008351. doi: 10.1002/14651858.CD008351.pub3.
116. Hill K, Patman S, Brooks D. Effect of airway clearance techniques in patients experiencing an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Chron Respir Dis.* 2010;7(1):9-17. doi: 10.1177/1479972309348659. Epub 2009 Oct 9.

### Referências Bibliográficas – Grupo 6 Reabilitação Cardíaca

117. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24029295> Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. *Phys Ther.* 2014 Jan;94(1):14-30.
118. Achttien, R. J., Staal, J. B., van der Voort, S., Kemps, H. M., Koers, H., Jongert, M. W. A., On behalf of the Practice Recommendations Development Group. (2015). Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with chronic heart failure: a Dutch practice guideline. *Netherlands Heart Journal*, 23(1), 6–17
119. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J.* 2011 Oct;162(4):571-584.e2. doi: 10.1016/j.ahj.2011.07.017. Epub 2011 Sep 3.
120. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Dec 12;(12):CD011273.
121. Buckingham SA, Taylor RS, Jolly K, Zawada A, Dean SG, Cowie A, Norton RJ, Dalal HM. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Open Heart.* 2016 Sep 14; 3(2): e000463.
122. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2016 Jan 5;67(1):1-12. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.044.
123. Price K, Gordon B, Bird S, Benson A. A review of guidelines for cardiac rehabilitation exercise programmes: Is there an international consensus? *European Journal of Preventive Cardiology* 2016, Vol. 23(16) 1715–1733.
124. Lavie C, Thomas R, Squires R, Allison T, Milani R. Exercise Training and Cardiac Rehabilitation in Primary and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. *Mayo Clin Proc.* 2009 Apr; 84(4): 373–383.
125. Leggett L, Hauer T, Martin B, Manns B, Aggarwal S, Arena R, Austford L, Meldrum D, Ghali W, Knudtson M, Norris C, Stone J, Clement F. Optimizing value from cardiac

rehabilitation: A cost-utility analysis comparing age, sex, and clinical subgroups. *Mayo Clin Proc.* 2015;1-10.

126. Papadakis S, Oldridge NB, Coyle D, Mayhew A, Reid RD, Beaton L, Dafoe WA, Angus D. Economic evaluation of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2005 Dec; 12(6):513-20.

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 8 Amputação**

127. Ham RO, Regan JM, Roberts VC (1987) Evaluation of Introducing the team approach to the care of the amputee: the Dulwich study. *Prosthet&Orthot Int*, 11, 25-30
128. Evidence Based Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Adults with Lower Limb Protheses - Chartered Society of Physiotherapy (CSP), British Association of Physiotherapists in Amputee Rehabilitation (BACPAR), November 2012.
129. Clinical Practice Guideline For Rehabilitation Of Lower Limb Amputation- Department of Veterans Affairs Department of Defense-2008
130. Government of South Australia-Model of Amputee Rehabilitation in South Australia (2012)

#### **Referências Bibliográficas – Grupo 8 Diabetes**

131. American Diabetes Association (ADA), Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, Volume 38, Supplement 1, January 2015.
132. Australian Physiotherapy Association (2009) Position Statement - Chronic disease and Physiotherapy, in [www.physiotherapy.asn.au](http://www.physiotherapy.asn.au)
133. Courtney M. Edwards H. Chang A. Parker, F. K. Hamilton, K (2009) Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital re-admission: a randomized controlled trial to determine effectiveness of a 24 week exercise and telephone follow-up program. *Journal of the American Geriatric Society.* 57(3):395-402.
134. DGS (2008). *Patologias a integrar, prioritariamente, em projetos da gestão integrada da doença.* Direção Geral de Saúde. Lisboa.
135. Hayashino, Y. Jackson, J. Fukumori, N. Nakamura, F. & Fukuhara, S. (2012). Effects of Supervised Exercise on Lipid Profiles and Blood Pressure Control in People with Type 2 Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98, 349-360. doi.org/10.1016/j.diabres.2012.10.004
136. Hoffmann et al. (2016) Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. Review. *CMAJ* DOI:10.1503/cmaj.150684
137. Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) (2015) *Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.* Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 11/2015
138. Mendes, R. Dias, E. Gama, A. Castelo-Branco, M. & Themudo-Barata, J. L. (2015). Prática de Exercício Físico e Níveis de Atividade Física Habitual em Doentes com Diabetes Tipo 2 - Estudo Piloto em Portugal. *Revista Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo*, 8(1), 9-15. doi:10.1016/j.rpedm.2012.05.001

139. National Health and Medical Research Council. National evidence based guideline for the primary prevention of type 2 diabetes. Canberra: NHMRC, 2009.
140. NICE (2015) Type 2 diabetes in adults: management. NICE Guideline. Published: 2 December 2015 nice.org.uk/guidance/ng28.
141. Ozdirenc M, Kocak G, Guntekin R (2004). The acute effects of in-patient physiotherapy program on functional capacity in type II diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2004;64(3):167-72
142. Plano Nacional de Saúde (2016) - extensão 2020. Lisboa, DGS.
143. Qiu, S, Cai, X, Schumann, U, Velders, M, Sun, Z, & Steinacker, J. (2014). Impact of Walking on Glycemic Control and Other Cardiovascular Risk Factors in Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. *Plos One*, 9(10): e109767.

### **Referências Bibliográficas – Grupo 9 Incontinência Urinária**

144. Boyle R, Hay-Smith EJC, Cody June D, et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(10).
145. Imamura M, Abrams P, Bain C, et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and cost-effectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*. 2010 Aug;14(40):1-188, iii-iv.
146. Lamb S, Pepper J, Lall R, et al. Group treatments for sensitive health care problems: a randomised controlled trial of group versus individual physiotherapy sessions for female urinary incontinence. *BMC Womens Health*. 2009; 9:26.
147. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guide to the methods of technology appraisal. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2015.
148. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary incontinence: the management of urinary incontinence in women. CG171. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2013. <http://guidance.nice.org.uk/CG171>.
149. Grotkamp , S., Cibis , W., Nuchtern , E., von Mittelstaedt , G., & Seger , W. (2012). Personal Factors in the International Classification of Functioning, Disability and Health: Prospective Evidence . *Australian Journal of Rehabilitation Counselling* , 18(1), 1-24.
150. Hammel , J., Magasi , S., Heinemann , A., Gray , D., Stark , S., Kisala , P., Hahn , E. (2015). Environmental Barriers and Supports to Everyday Participation: A Qualitative Insider Perspective From People With Disabilities. *rchives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 578-88.
151. Martins, A. C. (2015). Using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to address facilitators and barriers to participation at work. *Work* 50 , 585-593.
152. Randström , K., Asplund , K., & Svedlund , M. (2012). Impact of environmental factors in home rehabilitation – a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers . *Disability & Rehabilitation* , 34(9), 779-787.
153. Rimmer, J. H. (2006). Use of the ICF in identifying factors that impact participation in physical activity/rehabilitation among people with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 28, 1087-1095.

154. Schneidert, M., Hurst, R., Miller, J. & Ustun, B. (2003). The role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 25(11-12), 588-595.
155. Serviço de Higiene e Epidemiologia Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2008, 03 7). Associação Portuguesa de Urologia. Retrieved 02 28, 2017, from <http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf>
156. World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: Classification, Assessment, Surveys and Terminology Team.

### **Referências Bibliográficas – Grupo 11 Saúde Mental**

157. Alzheimer's Society (2007). *Dementia UK, The Full Report*. <http://tinyurl.com/krcyhg>
158. Alzheimer's Society (2011). *Support, stay, save. Care and support of people with dementia in their own home*. London: Alzheimer's Society.
159. Cerga-Pashoja A, Lowery D, Bhattacharya R, et al. (2010). Evaluation of exercise on individuals with dementia and their carers: A randomised controlled trial. *Trials*. 2010; 11(53).
160. Christofolletti G, Oliani MM, Gobbi S, et al. (2008). A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*. 2008; 22(7):618-26.
161. Department of Health (2009). *Living well with dementia: A National Dementia Strategy*.
162. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S (2015). *Exercise programs for people with dementia (Review)* The Cochrane Library 2015, Issue 4
163. Marshall M. (2005) *Perspectives on rehabilitation and dementia*. London: Jessica Kingsley Pub.
164. Royal College of Psychiatrists (2010). *National Audit of Dementia: (Care in General Hospitals)*. [Interim Report]. London: Royal College of Psychiatrists; 2010.
165. Verghese J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *New England Journal of Medicine*. 2003; 348(25):2508-16.
166. World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.