



APFISIO

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE FISIOTERAPEUTAS

DOCUMENTO DE APOIO À INTEGRAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS EM CUIDADOS CONTINUADOS

São Domingos de Rana, 09 de Outubro de 2019



APPFISIO
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE FISIOTERAPEUTAS

Membro da:

- Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT)
- Região Europeia – WCPT

Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas em Cuidados Continuados

São Domingos de Rana, 09 de Outubro de 2019

Ficha Técnica

Título: Documento de Apoio à Integração dos Fisioterapeutas em Cuidados Continuados
Editor: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
Data de elaboração: 2008
Local: São Domingos de Rana
Páginas: 43
Data da 1ª revisão: 09 de Outubro de 2019

Coordenação geral: Grupo de Interesse de Fisioterapia em Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos

Equipas de desenvolvimento e edição do documento

	Data	Autores
Publicação do documento	2008	Ana Júlia Monteiro Carla Moreira Cláudia Maia Moura Conceição <i>Bettencourt</i> Irene <i>Higgs</i> Isabel de Souza Guerra Sandra Alves Sílvia Salvador
1ª Revisão	2019	Alexandra Paulo Ana Menezes Ana Oliveira Ana Semedo Carina Paulo Cláudia Maia e Moura Inês Anacleto Isabel Souza Guerra Leonor Marques Raquel Bouça Sofia Flores

Índice

1. Introdução.....	5
2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	8
2.1. Suporte Legislativo.....	8
2.2. RNCCI e os seus serviços.....	11
3. Papel do Fisioterapeuta integrado na Rede	14
3.1. Registos em Fisioterapia	19
3.1.1. Instrumentos de medida	21
4. Indicadores de Atividade.....	22
5. Nota Final	23
6. Bibliografia.....	24
7. Legislação	28
8. Glossário	30

1. Introdução

O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2017). As pessoas vivem mais tempo mas a qualidade de vida relacionada com a saúde nem sempre conheceu melhorias, em especial após os 65 anos. Segundo os indicadores socio-demográficos, Portugal segue a tendência Europeia, com um envelhecimento populacional generalizado e um decréscimo da fecundidade. Segundo dados PORDATA (2019) (ver quadro 1), nas últimas décadas, a esperança média de vida, aos 65 anos, tem aumentado significativamente mas, infelizmente, os anos de vida não saudável também têm aumentado de uma forma bastante marcada, pelo que o paradigma da saúde altera-se, bem como as necessidades de respostas.

Quadro 1 - Esperança de vida aos 65 anos (dados de 2017)

	Esperança média de vida	Anos de vida saudável	Anos de vida não saudável
Masculino	18,3	7,9	10,4
Feminino	22,1	6,7	15,4

Este contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população tem reflexos no estado da saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas e para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável. A par disto, sabemos, hoje, que na origem da maioria das doenças que provoca a morte ou a perda de qualidade de vida estão fatores de risco passíveis de ser modificados e, conseqüentemente, evitados. A aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é uma prioridade (Ministério da Saúde, 2018).

Os problemas emergentes desta realidade exigem a implementação de novas políticas de saúde e sociais. Assim, são necessárias respostas diversificadas e capazes de promover a autonomia da pessoa e da família, estando presentes nas alterações legislativas no âmbito da orgânica das unidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como nos enquadramentos previstos relativamente aos cuidados de saúde primários e continuados.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006, pelo Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho, pretende implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. A RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde como charneira do Serviço Nacional de Saúde (SNS), apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país. Dirige-se a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que precisem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados através de unidades de internamento e de ambulatório, e de equipas hospitalares e domiciliárias.

A RNCCI baseia-se nos seguintes princípios:

- Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;
- Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- Participação das pessoas em situação de dependência e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Apresenta como principais objetivos:

- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados

A criação da RNCCI tem enfatizado uma realidade que progressivamente tem vindo a demonstrar o reconhecimento interventivo de vários profissionais de saúde, como é o caso dos fisioterapeutas. Assim, ganha relevo o papel do fisioterapeuta, integrado numa equipa interdisciplinar, sendo previsto por lei em todas as tipologias de unidades de internamento e ambulatório da RNCCI e contribuindo com um corpo de saberes específico inerente à profissão fundamentais para atingir em pleno os objetivos propostos pela RNCCI.

Neste sentido, e apesar da constante reforma e atualização da RNCCI, o Grupo de Interesse de Fisioterapia em Cuidados Continuados e Cuidados Paliativos (GIFCC/CP) realizou um documento de apoio aos fisioterapeutas/estudantes de Fisioterapia que intervêm (ou que venham a intervir) no contexto de cuidados continuados. Importa referir que este documento tem como objetivo dar a conhecer o papel atual do fisioterapeuta, enquanto elemento indispensável das equipas prestadoras de cuidados de saúde continuados, não se debruçando sobre as competências do fisioterapeuta uma vez que estas são as necessárias nas mais diversas áreas de atuação profissional (e.g. neuromuscular, cardiorrespiratória, músculo-esqueléticas, envelhecimento, saúde mental,

etc.). Trata-se de um documento de reflexão, em atualização, e suficientemente flexível para receber novos contributos em função dos modelos que estão a ser implementados e dos profissionais que se encontram no campo.

2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

2.1. Suporte Legislativo

Este capítulo remete à legislação, constituição e funcionamento da RNCCI, bem como ao papel do fisioterapeuta na mesma, com base na legislação e outros documentos esclarecedores.

Os cuidados continuados começaram a ser desenvolvidos, em termos legislativos, antes de 2000, altura em que foram identificadas e valorizadas carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e/ou incapacitantes. Contudo, e apesar de algumas tentativas para minimizar a problemática, só em 2003 foi criada a Rede de Cuidados Continuados de Saúde (RCCS), pelo Decreto-lei nº 281/2003, de 8 de Novembro, à semelhança daquilo que já havia sido feito para os Cuidados de Saúde Primários com a criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários (RCSP), pelo Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril.

Em 2005, surgiu como necessária uma reestruturação desta rede que começou com a criação da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, pelo Despacho nº 345/2005, de 27 de Abril e o estabelecimento da definição das diferenças na abordagem entre cuidados curativos e cuidados continuados ou de longa duração, pela Resolução de Conselho de Ministros nº 84/2005, de 27 de Abril. Posteriormente, pelo Despacho nº 16 234/2005 (2ª série), de 26 de Junho, foram estabelecidas as articulações e funções da comissão acima referida.

A RCCS tinha como objetivo contribuir para a melhoria do acesso da pessoa com perda da funcionalidade, a cuidados técnicos e humanos adequados, visando uma articulação com a prestação de cuidados primários e a rede de prestação de cuidados de saúde.

Reconhecendo que as componentes de saúde e sociais são interdependentes para o sucesso das respostas a pessoas dependentes, surge a necessidade de um sistema integrado de serviços de saúde e apoio social, é criada e regulamentada em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, a RNCCI, no âmbito dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade Social. Esta é a legislação atualmente vigente e que define a Rede, esclarecedora dos seus objectivos, composição, princípios, direitos, modelos, coordenação, tipologia, acesso, ingresso, mobilidade, organização, recursos humanos, instalações, funcionamento, qualidade, avaliação, fiscalização, licenciamento e financiamento.

Para testar a resposta que a Rede pretendia dar às populações foram criados projetos piloto pelo Despacho nº 17 516/2006, de 29 de Agosto que, com a criação da UMCCI (Resolução de Conselho de Ministros nº 168/2006, de 18 de Dezembro), foi atualizado pelo Despacho nº 1281/2007, de 26 de Janeiro.

A UMCCI apresenta, conforme a resolução de Conselho de Ministros acima referida, a função de condução, lançamento e acompanhamento da estratégia de implementação da RNCCI tendo, por isso, funções de coordenação da Rede. A RNCCI passou a ser coordenada pela Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Despacho 4663/2016, de 5 de Abril).

Em 2014 é criada a Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro que:

- Define as condições de instalação e funcionamento das unidades de internamento e de ambulatório, bem como das equipas de gestão de altas e das equipas de cuidados continuados integrados da RNCCI;
- Regula também os vários níveis de coordenação da RNCCI;
- Regula os procedimentos relativos às adesões dos serviços e estabelecimentos integrados no SNS e das instituições do setor social e do setor privado que adiram à RNCCI.

Com esta Portaria é também definido o número mínimo de recursos humanos a afetar ao funcionamento das diferentes tipologias da RNCCI, considerando a lotação de 30 camas/lugares. Pela Portaria 50/2017 de 2 de fevereiro estes recursos humanos passaram de mínimos a recomendados:

FISIOTERAPEUTA	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidades Cuidados Paliativos (Considera a lotação de 15 camas)	Unidade de Dia e Promoção da Autonomia
Horas semanais (As horas semanais correspondem ao mínimo recomendado de horas contratadas por grupo profissional, sendo possível a flexibilidade das equipas no caso de existir mais do que uma tipologia na mesma instalação)	80	80	20	10	20
Frequência da presença	Diária	Diária	Diária	Diária	Dias úteis

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, criada em 2012 (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro), onde é criada a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), retira esta tipologia da RNCCI, através do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, mencionando que “as unidades e equipas em cuidados paliativos deixam de estar integradas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)”. Neste mesmo Decreto-Lei é previsto ainda que “a Rede Nacional de Cuidados Integrados pode integrar as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e que as unidades e serviços da RNCCI, em função das necessidades, podem prestar ações paliativas, como parte da promoção do bem-estar dos utentes”.

No que respeita às unidades e equipas de continuados integrados de saúde mental, anteriormente a funcionar em articulação com a RNCCI (Decreto-Lei 8/2010 de 28 de janeiro e Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de fevereiro), atualmente “estão integradas na RNCCI, sendo coordenadas pelas mesmas estruturas” (Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho). Em janeiro de 2017, foi divulgado o “Guia de referenciação para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados”, com referência às tipologias que integram os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM).

Mais recentemente, por necessidade de alterar o processo de referenciação, com vista, à sua agilização e desmaterialização, é criada a Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro.

Pretende-se, através da presente alteração, introduzir desde o momento da referenciação e ao longo de toda a trajetória do utente na Rede, a classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conferindo assim racionalidade clínica a todo o processo, centrando a intervenção na potencialização da capacidade funcional dos utentes segundo uma perspetiva biopsicossocial e possibilitando a avaliação dos resultados da intervenção (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro).

Nesta Portaria mantém-se o número mínimo de recursos humanos afetos às diferentes tipologias da RNCCI referidas na Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro.

Existe documentação relevante para os profissionais de saúde e utentes que pretendam estar informados sobre do desenvolvimento da RNCCI. Estes documentos são visíveis em Legislação, Diretivas Técnicas, Orientações Gerais, entre outros, que podem ser consultados no sítio da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/continuados/> nos separadores “Documentação” e “Legislação”.

2.2. RNCCI e os seus serviços

A RNCCI é coordenada pela Comissão Nacional de Coordenação da ACSS (Núcleo Funcional da RNCCI) à qual compete promover a articulação com os organismos

competentes dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, do Emprego e da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P./ Departamento de Desenvolvimento Social e Programas).

A RNCCI atualmente é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, de cuidados e ações paliativas com origem nos serviços comunitários da proximidade, tendo por base uma filosofia de ação diferente que se prende com o respeito pelo utente e sua família, bem como, a preservação de todos os seus direitos.

As 5 Equipas de Coordenação Regional (ECR) existentes são constituídas de modo multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um médico, um enfermeiro e um assistente técnico e, da área social, um técnico superior podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem. As ECR estão sediadas nas instalações das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

A coordenação a nível local, é assegurada pelas Equipas de Coordenação Local (ECL), constituídas de modo multidisciplinar, integrando, no mínimo, da área da saúde, um/a médico/a e um/a enfermeiro/a, e, da área social, um técnico superior e, sempre que necessário, um/a técnico/a das autarquias locais, designado pelo(s) presidente(s) de Câmara Municipal, podendo ainda integrar outros profissionais sempre que o volume e a complexidade da atividade o justifiquem. As ECL estão sediadas nas instalações dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

A admissão de utentes nas unidades e equipas é precedida de proposta de referência dos profissionais de saúde dos hospitais e dos cuidados de saúde primários. A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar (médico, enfermeiro e assistente social), sediada em hospital integrado no SNS, que avalia e confirma a proposta de referência dos utentes para as unidades e equipas da RNCCI. Em situações em que o utente é proveniente da comunidade/domicílio, a referência é efetuada, com as devidas adaptações, pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar (USF) e das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e após validação da ECL.

A ECR determina, no prazo de um dia útil, a alocação de vaga do utente em unidade ou equipa da RNCCI, na medida dos recursos e vagas existentes.

De acordo com a tipologia da rede, a prestação de cuidados continuados de saúde é assegurada por:

- Unidades de Internamento: Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Unidades de ambulatório: Unidade de dia e de promoção da autonomia;
- Equipas hospitalares: EGA;
- Equipas domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A legislação determina que o fisioterapeuta integre todas estas unidades ou equipas sendo facultativa a necessidade da sua presença nas ECR, ECL e EGA.

A RNCCI engloba parcerias com instituições públicas (centros de saúde e hospitais), a Santa Casa da Misericórdia (SCM), Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e instituições privadas. As equipas domiciliárias são asseguradas pelos centros de saúde, Centros Distritais de Segurança Social e Autarquias sob coordenação local e regional. Atualmente designam-se ECCI, correspondendo às anteriores Equipas de Cuidados Continuados (ECC) já existentes e a funcionar somente em alguns centros de saúde.

3. Papel do Fisioterapeuta integrado na Rede

É importante lembrar que a Fisioterapia é parte essencial dos sistemas de saúde. Os fisioterapeutas são profissionais autónomos que podem praticar a sua atividade de forma integrada em equipas multidisciplinares, constituindo uma área de atuação específica e relevante no contexto de programas e projetos interdisciplinares de habilitação/reabilitação. Os fisioterapeutas devem guiar-se pelos princípios éticos da Confederação Mundial de Fisioterapia (WCPT), aos quais a Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APFISIO) está vinculada.

Quanto à participação dos fisioterapeutas na RNCCI, a legislação é clara quanto à sua integração nas equipas interdisciplinares, numa verdadeira articulação com as instituições de saúde e de apoio social.

O objetivo da Fisioterapia em cuidados continuados é alcançar a autonomia funcional possível, mediante os défices da(s) estrutura(s) e função(ões), limitações na atividade e restrições na participação, pesando os fatores ambientais e pessoas inerentes a cada utente e minimizar o grau de dependência através de um plano de intervenção planeado com o utente e/ou família.

A Fisioterapia em Cuidados Continuados pretende explorar ao máximo o potencial de reabilitação de cada utente, aumentando os níveis de independência funcional, selecionando, otimizando e capacitando as atividades e funções de modo a que estas se tornem as mais autónomas e seguras possíveis. Procura de igual forma em que intervém numa linha de reabilitação, prevenir os riscos inerente à condição clínica, psicológica e social do utente (e.g. risco de quedas, risco de síndrome da fragilidade, imobilidade, depressão, isolamento social, etc.).

O modelo de avaliação e intervenção do fisioterapeuta encontra na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) um importante quadro de referência, até pela introdução desta Classificação na RNCCI pela Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro, como referido anteriormente. A intervenção e o estabelecimento de resultados centrados no utente devem refletir-se na sua funcionalidade, pelo controlo dos sintomas, a capacidade de realizar atividades diárias, e a performance para o exercício e melhoria da qualidade de vida.

Nestas unidades, e equipas, o fisioterapeuta atua junto de utentes (e muitas vezes cuidadores/familiares) com diversas comorbilidades desenvolvendo o seu exercício clínico num processo sequencial de várias etapas:

- 1) Exame e Avaliação;
- 2) Diagnóstico e Prognóstico em Fisioterapia;
- 3) Planeamento e implementação do plano de intervenção;
- 4) Avaliação de efetividade;
- 5) Reformulação ou conclusão e, em consonância com o plano individual de intervenção delineado pela equipa multidisciplinar.

Este é um processo interativo de raciocínio clínico combinando diversos modelos para a tomada de decisão, para o qual se sugere a leitura do documento “O Perfil do Fisioterapeuta” (Rebelo et al., 2018).

A RNCCI pressupõe a continuidade de cuidados articulados estando descrita a tipologia dos serviços. A nível de unidades de Internamento estão previstos cinco tipos de Unidades. Apresenta-se a finalidade de cada tipologia de unidade:

As UC são unidades de internamento, independentes, integradas num hospital de agudos ou noutra instituição. Estão articuladas com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

Têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita

de cuidados hospitalares de agudos. É a tipologia indicada para pessoas que requeiram reabilitação funcional intensiva.

Destinam-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão/ episódio de cuidados.

Asseguram, sob a direção de um médico, designadamente:

- Cuidados médicos permanentes;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

As UMDR são unidades de internamento, com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. É a tipologia indicada para pessoas que requeiram reabilitação funcional.

Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa que se encontre na situação prevista no número anterior. O período de internamento na unidade de média duração e reabilitação tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão. Esta unidade pode coexistir com a unidade de convalescença ou com a unidade de longa duração.

Pode diferenciar-se na prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e sociais a pessoas com patologias específicas. É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- Cuidados médicos diários;

- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

As ULDM são unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio.

Tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. É a tipologia indicada para pessoas que requeiram reabilitação funcional de manutenção.

Pode proporcionar o internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano.

É gerida por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e assegura, designadamente:

- Atividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados médicos regulares;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Controlo fisiátrico periódico;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Animação sociocultural;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais da vida diária.

Nestas unidades torna-se importante a participação na gestão de doença crónica e da incapacidade. Assim, são objetivos:

- Otimizar a capacidade funcional contribuindo para a diminuição das readmissões hospitalares;
- Facilitar a autonomia e a qualidade de vida, através de estratégias de intervenção envolvendo cada pessoa.

As ECCI são equipas multidisciplinares contratualizados no âmbito da Rede providenciando os meios e os recursos para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma.

Apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada ACES, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais. Assegura, designadamente:

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

A maior vantagem do atendimento no domicílio é o facto de o fisioterapeuta poder recomendar, quando adequado, formas simples e seguras de atividades que podem ser desempenhadas pelo cliente e minimizar problemas relacionados com a mobilidade ou independência dentro do seu próprio ambiente, evitando os custos e problemas da sua deslocação. Outra vantagem da visita domiciliária é a oportunidade de contacto com os

familiares/cuidadores e seu aconselhamento e responsabilização por determinadas atividades.

Através da nossa intervenção, temos como objetivo contribuir para o bem-estar e qualidade de vida do utente privilegiando uma intervenção dirigida à prevenção, aconselhamento e orientação, educação para a saúde, tendo em vista os seus valores e expectativas, objetivos a curto, médio e longo prazo e a obtenção dos melhores resultados.

3.1. Registos em Fisioterapia

Relativamente ao registo em Fisioterapia, este descreve a condição de saúde do indivíduo, considerando os aspetos positivos e negativos da funcionalidade, numa perspetiva holística. Ao definir as competências motoras, o perfil funcional do utente e o seu prognóstico de funcionalidade, o fisioterapeuta poderá partilhar com a equipa, informações que contribuem para o correto acompanhamento e/ou encaminhamento do utente pelas várias respostas da RNCCI, refletindo-se numa diminuição dos custos para o SNS e no aumento de ganhos em saúde para o utente (Oliveira & Jorge, 2017, p. 2).

A capacidade de avaliação da condição de saúde do utente e da influência dos diferentes fatores na sua funcionalidade, expressa nos registos que efetua no processo clínico, são demonstrativos da competência do fisioterapeuta na determinação de critérios de alta e da necessidade de assistência pela Rede.

Os registos tornam-se, assim, reveladores da presença do fisioterapeuta, dando a toda a equipa uma visibilidade constante do que constitui o foco da intervenção do fisioterapeuta, ao longo de todo o episódio de cuidados e em particular no planeamento da alta dos utentes. A potencial comunicação daí resultante é um facto decisivo para a clareza e reconhecimento do papel da Fisioterapia e para a qualidade e sucesso dos próprios sistemas de saúde (Atwal & Caldwell, 2002; Sulch, Evans, Melbourn & Kalra, 2002).

Nesse sentido, há que promover entre os fisioterapeutas a efetivação de registos de qualidade, que denotem a sua adequação como instrumentos de relação interprofissional, capazes de refletir a mais-valia de todo o ciclo de intervenção da Fisioterapia. Como tal, a

conceção do próprio registo deverá privilegiar uma linguagem universal, inteligível pelos diferentes membros da equipa, de forma a facilitar uma participação multisectorial pela abertura de canais de comunicação efetivos.

A utilização da CIF (WHO 2001) parece ser a via que associa essas características de universalidade aos modelos de raciocínio clínico do fisioterapeuta, enquanto esquema conceptual. Se a sua adoção entre os fisioterapeutas parece estar, por essa razão, aparentemente facilitada, falta então desenvolver uma maior destreza na sua operacionalização enquanto sistema de categorização, codificação e registo. A sua implementação generalizada, já preconizada pelas deliberações dos órgãos de decisão política, virá conferir maior protagonismo a quem detiver o domínio do seu uso e se identifique com os seus princípios.

A presença no conteúdo mínimo da documentação mais pertinente no funcionamento da Rede, designadamente no processo clínico dos utentes e nos relatórios de alta, implica que os registos de fisioterapia constem de, pelo menos:

- Consentimento informado do utente;
- Identificação dos principais problemas / necessidades do ponto de vista da funcionalidade, com impacto na qualidade de vida do utente, que justifiquem a intervenção específica de Fisioterapia, a partir de uma avaliação inicial;
- Um plano de intervenção, com um período estimado de duração necessária para alcançar os objetivos estabelecidos e a calendarização da sua frequência, bem como das reavaliações e planeamento previsto para a alta;
- Registo das intervenções específicas de Fisioterapia, prestadas ao utente ao longo do episódio de cuidados, que denote a implementação sequencial do plano de intervenção proposto, incluindo todas as orientações, ensino e informações dadas (verbais ou escritas), ou ajudas técnicas e equipamentos utilizados;
- Análise do progresso do utente e alterações efetuadas ao plano, com base nas reavaliações e nos resultados obtidos, relacionados com os problemas/ necessidades identificados e os objetivos propostos;
- Critérios que definiram a cessação dos cuidados, especificados na situação de saúde do utente à data de alta, e as providências tomadas, incluindo as precauções e as recomendações ao utente, familiares ou cuidadores, programas domiciliários,

ajudas técnicas fornecidas, ou treino efetuado à família ou cuidadores (Oliveira & Jorge, 2017).

A RNCCI utiliza uma plataforma de registo e monitorização de cada episódio iniciado para um cliente - *GestCare CCI*. É uma plataforma *online* que responde às necessidades dos diferentes níveis da RNCCI (EGA, ECR; ECL; Prestadores - Unidades e Equipas), em que é possível o acesso à avaliação e acompanhamento por parte da equipa interdisciplinar, além da informação de identificação do cliente e do motivo do episódio. Nesta plataforma, o fisioterapeuta tem igualmente responsabilidade em registar atualizações, de acordo com a temporização definida para cada tipologia.

3.1.1. Instrumentos de medida

Um processo de avaliação adequado e rigoroso é um dos requisitos essenciais no exercício clínico, permitindo identificar os principais problemas do utente, de modo a delinear estratégias e elaborar planos de intervenção adequados a cada condição.

A medida é parte integrante do processo de avaliação assumindo, o seu registo, um importante papel na prática clínica, uma vez que permite, por um lado, aferir a dimensão dos efeitos da intervenção e, por outro, responder a terceiros (utente, entidade empregadora) acerca da efetividade dos cuidados prestados.

O fisioterapeuta deve selecionar um instrumento de medida que seja, não só adequado à condição/ população a avaliar, mas também, ao contexto sociocultural em que se pretende avaliar. Assim, o uso de todos os instrumentos deverá ser prudente, assegurando que princípios como a validade, fiabilidade, reprodutibilidade, a adequação do instrumento à população portuguesa, entre outros, deverá ser respeitados. Importa acrescentar que o fisioterapeuta deve estar familiarizado com o instrumento que pretende utilizar.

Neste tema sugere-se a leitura de dois documentos: “Registos de Fisioterapia na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Manual e tabelas com categorias da CIF relevantes para o fisioterapeuta na intervenção na Criança, Adulto e Idoso” (Oliveira & Jorge, 2017) e ““Registo, logo existo!” - Registo Clínico de Fisioterapia – APFISIO 2018” (Vital et al., 2018).

4. Indicadores de Atividade

Os indicadores de atividade vêm reforçar a mais-valia e importância da Fisioterapia como profissão integrante e essencial nos vários níveis de serviços da RNCCI.

São os indicadores que determinam de forma simples se o fisioterapeuta está a atingir os objetivos a que se propôs no seu plano anual de trabalho. Este deverá incluir os objetivos da Fisioterapia de acordo com o contexto concreto da organização, formas de operacionalizar esses objetivos, metas a atingir e indicadores de atividade. O plano de trabalho deverá ser entregue anualmente à entidade patronal, para seu escrutínio. Só assim caminharemos no sentido da responsabilidade e autonomia profissional.

Apresentar os indicadores, é demonstrar o porquê de existirmos, o porquê da necessidade de continuarmos a existir e a importância e relevância para o desenvolvimento do processo de gestão do caso. Considerando que é a partir dos registos que são analisados os indicadores e ratios em Fisioterapia, a existência de registos torna-se fulcral para o desenvolvimento do valor profissional, sobretudo em contexto multidisciplinar.

Uma análise cuidada dos indicadores de fisioterapia permitirá não só avaliar e determinar ratios, como aferir a pertinência e importância da Fisioterapia no contexto dos Cuidados continuados. Neste tema sugere-se a leitura do documento “Indicadores de desempenho de Fisioterapia em Cuidados Continuados Integrados” (Oliveira et al., 2012).

5. Nota Final

Este é um documento orientador que pretende facilitar a integração e intervenção dos fisioterapeutas no contexto dos Cuidados Continuados.

Não é um produto acabado, vive de contributos que venham a ser realizados quer por fisioterapeutas atuando no terreno, de estudos realizados sobre a temática, quer de desenvolvimentos que se venham a dar ao nível da própria RNCCI.

Teve a colaboração de vários colegas e está disponível para discussão na área de acesso reservado aos sócios da APFISIO. Trata-se de um documento flexível pelo que agradecemos sugestões e contributos.

Esperamos que seja útil para os que o consultarem.

6. Bibliografia

- Administração central do sistema de saúde, IP (2017). *Guia de referência para as unidades e equipas de saúde mental da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guia_Referenciacao_Final.pdf
- Atwal, A., & Caldwell, K. (2002). Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 360-367.
- Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Consultado em ... através de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). State of Health in the EU - Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264285385-pt.pdf?expires=1574203536&id=id&accname=quest&checksum=74769D02E2C19710A0244E2EFCA11D56>
- Oliveira, A., Paulo, C., Moreira, C., Moura, C. M., Guerra, I. S., Leão, J., Jorge, P. C., Salvador, S., & Oliveira, S. (2012). *Indicadores de Desempenho de Fisioterapia em Cuidados Continuados Integrados*. São Domingos de Rana: Associação Portuguesa de Fisioterapeutas.
- Oliveira, A., & Jorge, P. (2017). *Registos de Fisioterapia na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Manual e tabelas com categorias da CIF relevantes para o fisioterapeuta na intervenção na Criança, Adulto e Idoso*. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/RLE_2018_008_31_Apendice_2.pdf

- PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo. Esperança de vida ao 65 anos: por sexo. Consultado em 20 de Novembro de 2019 através de <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+por+sexo-1262>
- PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo. Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo feminino: total e por anos de vida saudável e não saudável. Consultado em 20 de Novembro de 2019 através de <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+da+popula%C3%A7%C3%A3o+do+sexo+feminino+total+e+por+anos+de+vida+saud%C3%A1vel+e+n%C3%A3o+saud%C3%A1vel-2808>
- PORDATA – Base de dados Portugal Contemporâneo. Esperança de vida aos 65 anos da população do sexo masculino: total e por anos de vida saudável e não saudável. Consultado em 20 de Novembro de 2019 através de <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+da+popula%C3%A7%C3%A3o+do+sexo+masculino+total+e+por+anos+de+vida+saud%C3%A1vel+e+n%C3%A3o+saud%C3%A1vel-2804>
- Rebelo, P., Rocha, A., Silva, E., Jorge, P. C., Veríssimo, C., Pina, N., Gonçalves R. S., Macedo, R., Carvalho, P., Tomás, T., Lopes, A. F., Torres, R., Barata, S., Silva, A., Cordeiro, N., Carrão, L., Alves, S., Pereira, A., Ferreira, G., Esteves, J., Rodrigues, I. R., Oliveira, R., Melo, C. A., GIFA, GIFCCCP, GIFD, GIFE, GIFN, GIFP, GIFPA, GIFSM, GIFM, GIFCR, GTQ & GIMJF (2018). *O Perfil do Fisioterapeuta*. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/APFisio_Perfil_Competencias_Fisio_2018_009_02.pdf
- Sulch, D., Evans, A., Melbourn, A., & Kalra, L. (2002). Does an integrated care pathway improve processes of care in stroke rehabilitation? A randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 175-179.

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Manual-do-Prestador-RNCCI20-03-2015.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2006a). Manual de planeamento e gestão de altas da RNCCI - Directiva Técnica para as Experiência-Piloto n.º 2/CNSPICSD/2006 de 28/11/2006. Consultado através de <http://www.rncci.min-saude.pt>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2006b). Conteúdo mínimo do processo individual do utente da RNCCI - Directiva Técnica para as Experiência-Piloto n.º 4/CNSPICSD/2006 de 28/11/2006. Consultado através de <http://www.rncci.min-saude.pt>
- Vital, E., Santo, T., Silva, A. L., Almeida, P., Martins, D., Jorge, P. C., Casaca, A. C., Barbosa, P. M., Costa, C., Tomás, D., Saramago, A. R., Santos, A., Sá, C., Marques, V., Rosado, M. L., Jardim, M., Pires, D., Murta, H., Graça, M. C., Ferreira, G., Deus, F., Sardinha, S., Silva, E., Paulo, A., Coelho, A., Martins, A. C., Pereira, C. S. & Pereira, P. (2018). "Registo, logo existo!" *Registo Clínico de Fisioterapia - APFISIO 2018*. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de http://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/RLE_2018_008_31_Registo_logo_existo.pdf
- World Health Organization (2001). ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Consultado em 09 de Outubro de 2019 através de <https://www.who.int/classifications/icf/en/>

Outras

Administração Central do Sistema de Saúde - <http://www.acss.min-saude.pt/>

ICF Research Branch - <http://www.icf-research-branch.org/>

WCPT / ICF Resources - <http://www.wcpt.org/programmes/icf/resources.php#keynote>

WCPT / Ethical Principles - https://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-DoP-Ethical_Principles-Aug07.pdf

WCPT / Policy Statement - <http://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>

WHO / ICF - <http://www.who.int/classifications/icf/site/>

World Organization of Family Doctors - <http://www.globalfamilydoctor.com/>

7. Legislação

Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de novembro, cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde (RCCS).

Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril, Cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários (RCSP).

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência.

Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, clarifica os termos da responsabilidade civil das unidades, equipas e pessoal da rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, procedendo à primeira alteração e à republicação do Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de Janeiro, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro.

Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho, procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e à segunda alteração ao Decreto-lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011, de 10 de fevereiro, que cria o conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

Despacho n.º 345/2005, de 27 de abril, cria a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência.

Despacho n.º 16234/2005 (2.ª série), de 26 de junho, estabelece as articulações e funções da Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência.

Despacho n.º 17516/2006, de 29 de agosto, aprovação de experiências piloto da Rede de

Cuidados Continuados Integrados.

Despacho n.º 1281/2007, de 26 de janeiro, adapta e atualiza o elenco das experiências piloto, incluindo novas tipologias, de modo que as mesmas possam, de forma mais adequada, funcionar como modelo da RNCCI.

Despacho n.º 4663/2016, de 5 de abril, dos Gabinetes dos Ministros do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e da Saúde, despacho que cria, na dependência dos Secretários de Estado da Segurança Social e Adjunto e da Saúde, a Comissão Nacional de Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, portaria que procede à segunda alteração à Portaria n.º 174/2014, de 10 de setembro, alterada pela Portaria n.º 289-A/2015, de 17 de setembro.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, de 18 de dezembro, cria a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril, aprova os princípios fundamentais orientadores da estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência.

8. Glossário

Ações Paliativas: Medidas terapêuticas sem intuito curativo que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença irreversível ou crónica progressiva.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Alta: Conclusão da permanência de um indivíduo num programa de saúde ou num estabelecimento de saúde na sequência do fim de um episódio clínico.

Fonte - DGS, 2017; *Semântica da Informação em Saúde*

Alta de Internamento de um Estabelecimento de Saúde: Fim da permanência do doente num estabelecimento de saúde com internamento, resultante de uma das seguintes situações: saída com parecer médico favorável, óbito e saída contra parecer médico. A saída com parecer médico favorável abarca a saída para o domicílio, ambulatório do estabelecimento de saúde ou transferência para outra instituição.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”.

Alta de Internamento num Serviço de Especialidade / Valência do Internamento de um Hospital: Fim da permanência do doente num serviço de especialidade / valência do internamento de um hospital, resultante de uma das seguintes situações: saída com parecer médico favorável; óbito e saída contra parecer médico. A saída com parecer médico favorável abrange a saída para o domicílio, ambulatório do hospital, transferência para outro serviço de especialidade / valência do internamento do hospital ou transferência para outra instituição.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”.

Alta por Transferência Externa de um Doente: Saída de um doente de um estabelecimento de saúde com internamento, transitando para outro estabelecimento de saúde.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”

Alta por Transferência Interna de um Doente: Saída de um doente e um serviço de especialidade / valência do internamento de um hospital, transitando para outro serviço de especialidade / valência do internamento desse hospital.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”.

Ambulatório: Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”.

Avaliação: Um julgamento ou juízo baseado na medida. Processo de atribuição de significado baseado na inter-relação entre os dados. Terminologia em Inglês - *Evaluate*

Fonte - Grupo de Trabalho; “Padrões de Prática”, APFISIO, 2002.

Capacidade: Qualificador da CIF que descreve a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou uma ação. Este constructo visa indicar o nível máximo provável de funcionalidade que a pessoa pode atingir num dado domínio num dado momento. Para avaliar a capacidade plena do indivíduo, é necessário ter um ambiente "padronizado" para neutralizar o impacto variável dos diferentes ambientes sobre a capacidade do indivíduo. Esse ambiente padronizado pode ser: (a) um ambiente real, utilizado geralmente, para avaliação da capacidade em situações de teste; ou (b) nos casos em que isto não é

possível, um ambiente que possa ser considerado como tendo um impacto uniforme. Este ambiente pode ser chamado de ambiente “uniforme “ ou “ padrão”. Assim, a capacidade reflete a aptidão do indivíduo ajustada ao ambiente. Este ajustamento deve ser o mesmo para todas as pessoas em todos os países para permitir comparações internacionais. As características do ambiente uniforme ou padrão podem ser codificadas utilizando-se a classificação dos Fatores Ambientais. A diferença entre a capacidade e o desempenho reflete a diferença entre os impactos do ambiente atual e os do ambiente uniforme, proporcionando assim uma orientação útil sobre o que pode ser feito no ambiente do indivíduo para melhorar seu desempenho.

Fonte - Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde, 2014;

Classificação Internacional de Funcionalidade: É um modelo para a organização e documentação de informações sobre funcionalidade e incapacidade (OMS 2001). Oferece uma linguagem padronizada e uma base conceitual para a definição e mensuração da incapacidade, através de classificações e códigos. Integra os principais modelos de incapacidade - o modelo médico e o modelo social - como uma “ síntese biopsicossocial”. Reconhece o papel dos fatores ambientais na criação da incapacidade, além do papel das condições de saúde (Üstün et al., 2003).

Fonte - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS(2004)
Tradução por Amélia Leitão.

Comorbilidade: Coexistência de um problema de saúde com o diagnóstico principal de um doente.

Fonte - CSE/SPCE, Task-Force revisão dos conceitos para fins estatísticos, Saúde e Incapacidades, 2013-2015

Continuidade dos Cuidados: A sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Critério: Componente mensurável de um padrão.

Fonte - WCPT, 2001; *“Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice”*.

Cuidado de Saúde: Prestação por profissional de saúde, consistindo em avaliação, manutenção, terapia reeducação, promoção da saúde, prevenção dos problemas de saúde e todas as actividades com ela relacionadas, para manter ou melhorar o estado de saúde.

Fonte - *The World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians (Gps / Fps), short the World Organization of Family Doctors – WONCA*.

Cuidados Continuados: Conjunto de intervenções de saúde que implicam uma relação de continuidade entre o destinatário de cuidados e uma determinada equipa de cuidados primários ou de uma rede de serviços, através de uma referenciação e de um sistema de feedback, assente na comunicação entre os serviços.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; *“Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira de Serviços”*.

Cuidado de Saúde domiciliários: Cuidados prestados de forma continuada, orientados para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica, as impede de se deslocarem ao Centro de Saúde. Este conceito distingue-se do de ***hospitalização domiciliária***.

Estão subjacentes à prestação de cuidados de saúde domiciliários os seguintes pressupostos:

- a) É um processo de apoio longitudinal, transversal e continuado aos diferentes níveis de cuidados;
- b) Realiza-se no domicílio do cidadão;
- c) Realiza-se com base numa conceção holística;
- d) O “alvo de cuidados” é a pessoa doente/dependente e a sua família, ou outros cuidadores informais;

- e) O enquadramento das necessidades e as respostas devem ser olhadas na perspetiva da intervenção interdisciplinar e em rede;
- f) Os recursos necessários para a resolução dos problemas detetados são facilmente mobilizáveis para e no domicílio.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; “*Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários- Carteira de Serviços*”.

Cuidador: Pessoa que toma conta de familiares ou amigos (embora nem sempre vivam na mesma casa) que, devido à incapacidade, doença ou idade avançada não conseguem estar em casa sem ajuda.

Fonte - WCPT, 2001;” *Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”.

Cuidados Continuados Integrados: Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Cuidados Paliativos: Cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação de sofrimento decorrente de doença severa e ou incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, com o principal objectivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Dependência: A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em

fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Desempenho: O qualificador da CIF descreve o que o indivíduo faz no seu ambiente de vida habitual. Como este ambiente inclui um contexto social, o desempenho também pode ser entendido como "envolvimento numa situação de vida", ou "a experiência vivida" as pessoas no contexto real em que vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais – todos os aspetos do mundo físico, social e atitudinal que podem ser codificados através do componente Fatores Ambientais.

Fonte - Organização Mundial de Saúde, Direcção Geral de Saúde, 2014.

Diagnóstico em Fisioterapia: O diagnóstico em fisioterapia é o resultado de um processo de raciocínio clínico que resulta na identificação de deficiências existentes ou potenciais, limitações de atividades, restrições de participação, influências ambientais ou habilidades / incapacidades. O objetivo do diagnóstico é orientar os fisioterapeutas na determinação do prognóstico e estratégias de intervenção / tratamento mais adequada e na partilha de informação com os mesmos. Ao realizar o processo de diagnóstico, os fisioterapeutas podem precisar obter informações adicionais de outros profissionais. Se o processo de diagnóstico revelar problemas que não estejam dentro das competências ou área de atuação, experiência ou especialidade do fisioterapeuta, este encaminhará o utente para o profissional apropriado.

Fonte - WCPT, 2017; *Policy statement: Description of physical therapy.*

Diagnóstico Médico: É uma decisão clínica obtida como o resultado da avaliação dos sinais e sintomas dos doentes. Geralmente rotula a patologia presente mas não contempla o efeito que a patologia tem na função.

Fonte - Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Doença Crónica: A doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Doença Terminal: Quando a pessoa doente apresenta marcada perda de autonomia condicionada por doença grave (oncológica ou não), avançada, incurável e progressiva, sem resposta aos tratamentos dirigidos à doença de base e com um prognóstico de vida estimado de meses a semanas (Nota: esta evolução temporal poderá alongar-se no caso de situações pediátricas e não oncológicas).

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; “*Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários- Carteira de Serviços*”.

Doença Paliativa: Quando o doente se encontra em situação de sofrimento decorrente de doença severa e/ou incurável em fase avançada e progressiva (mas cuja duração pode ultrapassar meses), a carecer de cuidados de saúde e outros cujo principal objetivo é o de promover o seu bem-estar e qualidade de vida.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; “*Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira de Serviços*”.

Domicílio: A residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos: Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro. Tem por finalidade prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção. Assegura, sob a direção de um médico, designadamente:

- a) A formação em cuidados paliativos, dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários;
- b) A avaliação integral do doente;
- c) Os tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos;
- d) A gestão e controlo dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais;
- e) A assessoria e apoio às equipas de cuidados continuados integrados;
- f) A assessoria aos familiares e ou cuidadores.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. A avaliação integral é efetuada em articulação com o centro de saúde e a entidade que presta apoio social.

Apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, nomeadamente as autarquias locais. Assegura, designadamente:

- a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa;
- b) Cuidados de Fisioterapia;

- c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- e) Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária;
- g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária; Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Equipa de Gestão de Altas: Equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar.

Encontra-se sediada em hospital de agudos e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um assistente social. Assegura, designadamente:

- a) A articulação com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para a programação de altas hospitalares;
- b) A articulação com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede;
- c) A articulação com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde do seu âmbito de abrangência.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos: Equipa multidisciplinar do hospital de agudos com formação em cuidados paliativos, devendo ter espaço físico próprio para a coordenação das suas actividades e deve integrar, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um psicólogo.

Tem por finalidade prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado ou terminal para os quais seja solicitada a sua atuação. Assegura, designadamente:

- a) Formação em cuidados paliativos dirigida às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados;
- b) Cuidados médicos e de enfermagem continuados;
- c) Tratamentos paliativos complexos;
- d) Consulta e acompanhamento de doentes internados;
- e) Assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares;
- f) Cuidados de fisioterapia;
- g) Apoio psico-emocional ao doente e familiares e ou cuidadores, incluindo no período do luto.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Fatores Ambientais: Constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida.

Fonte - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS(2004)
Tradução por Amélia Leitão.

Fatores Pessoais: Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade de cada pessoa. Podem ser facilitadores ou barreiras.

Fonte - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS(2004)
Tradução por Amélia Leitão.

Funcionalidade: A capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente. Interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais.

Engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI); Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS(2004) Tradução por Amélia Leitão.

Gestor de Caso: À luz dos modernos conceitos de Gestão da Doença Crónica e da Dependência, este será aquele profissional que, por formação específica e disponibilidade, está em melhores condições de fazer uma deteção das principais necessidades do doente e da natureza das mesmas, de planear e implementar as principais respostas específicas de que o doente crónico carece nesse momento, e de se articular com outros profissionais que dêem um contributo necessário na resolução dos problemas encontrados.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; “*Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira de Serviços*”.

Segundo as Recomendações para Melhoria Contínua – Manual do Prestador (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, agosto 2011) o gestor de caso é o “*Elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitando a comunicação e a coordenação entre a equipa prestadora de cuidados e o utente/família. É o responsável pela atualização e acompanhamento do Plano Individual de Intervenção, consubstanciando-se num interlocutor privilegiado*”.

Responsabilidades:

1. Promover ensinamentos ao cliente/cuidador;
2. Participar nas reuniões de preparação de alta;
3. Articular com a família/serviços relativamente a assuntos do cliente (consultas, exames, transportes, situação clínica ...);
4. Organizar as reuniões mensais com cliente e cuidador para dar conhecimento do Plano Individual de Intervenção;
5. Assegurar que na alta o cliente leva consigo todos os bens pessoais e documentos relativos ao seu internamento;
6. Organizar o processo clínico do cliente.

Hospitalização Domiciliária: Entende-se como o apoio transversal no domicílio – num dado momento da vida do doente e relacionado com uma situação concreta e temporária de doença – a um problema de saúde de um nível de complexidade que requer a deslocação de recursos hospitalares ao domicílio.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; “*Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários- Carteira de Serviços*”.

Indicadores: Elementos específicos dos cuidados selecionados para avaliação numa análise do desempenho e entre os quais existe uma hierarquia e uma relação estreita.

Fonte - Comissão de Classificações da WONCA. *Glossário para Medicina Geral e Familiar*. Lisboa: APMCG – Departamento Editorial; 1997

Incapacidade: Ausência ou limitação da capacidade para funcionar estando comprometida a realização sem ajuda de determinadas funções e actividades pessoais relacionadas com a vida diária, afetando a auto-suficiência e originando uma desvantagem para funcionar em sociedade face a outros.

Fonte - WCPT, 2001;” *Proposal of Core Standards of Physical Therapy Practice*”

Integração de Cuidados: A conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Interdisciplinaridade: A definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Multidisciplinaridade: A complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Prestador de cuidados: Estabelecimento ou serviço que contribui para a prevenção, o diagnóstico, tratamento e reabilitação de situações de doença.

Fonte - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, a partir de WHO, 1996.

Plano Individual de Intervenção: O conjunto dos objectivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Processo Individual de Cuidados Continuados: O conjunto de informação respeitante à pessoa em situação de dependência que recebe cuidados continuados integrados.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Prognóstico em Fisioterapia: É o nível ótimo previsto de melhoria na função e a quantidade de tempo necessária para atingir esse nível, definido pelo fisioterapeuta.

Fonte - American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice. Second Edition. Physical Therapy 2001: 81:1;9-744

Referenciação: O processo através do qual a responsabilidade parcial ou total pelos cuidados prestados a um doente são transferidos, temporariamente, para outro prestador de cuidados de saúde. Os doentes podem ser remetidos para um serviço específico, para um exame geral/opinião global, ou por quaisquer outras razões.

Fonte - Comissão de Classificações da WONCA. *Glossário para Medicina Geral e Familiar*. Lisboa: APMCG – Departamento Editorial; 1997

Registos do Utente: Refere-se ao documento que contém informações (em qualquer formato) destinadas a documentar ações, eventos ou fatos. A *International Organization for*

Standardization define registos como informações criadas, recebidas e mantidas como evidência e informações por uma organização ou pessoa, em cumprimento de obrigações legais ou na transação de negócios.

Fonte - WCPT, 2013; *WCPT Glossary*.

Relatório de Alta: Um resumo de um episódio de cuidados, que geralmente descreve o tratamento e os cuidados continuados necessários.

Fonte - Direcção-Geral de Saúde, 2001. Circular Informativa, nº 19/DSIA de 17/09/01. Glossário de Conceitos para Produção de Estatística em Saúde.

Serviço Comunitário de Proximidade: A estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituída pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir.

Fonte - Decreto-Lei n.º 101/2006 (RNCCI).

Serviço Domiciliário: Conjunto de recursos destinados a prestar cuidados de saúde, a pessoas doentes ou inválidas, no seu domicílio, em lares ou instituições afins.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística (INE).

Transferência: Transferência de cuidados entre profissionais, hospitais, centros de reabilitação, residências protegidas e outros, assim como à transferência de cuidados para outros cuidadores ou equipas de reabilitação na comunidade.

Fonte - Instituto Nacional de Estatística, 2007; “*Conceitos para fins estatísticos na área temática da saúde*”.

Visitas Domiciliárias: Consultas realizadas por qualquer membro da equipa de saúde (equipa de CCI ou da USF) ou apoio social, no domicílio dos doentes. Deverá ter sempre subjacente a necessidade de se proceder a uma avaliação global e sistemática das necessidades, com respostas concertadas dos vários grupos profissionais envolvidos e decorrendo de um plano de cuidados consensualizado pela equipa. Nem sempre se justificará a visitação conjunta/simultânea por vários membros da equipa, mas tal, deverá ser possível e desejável quando as necessidades assim o justificarem.

Fonte - Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007; *“Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários- Carteira de Serviços*