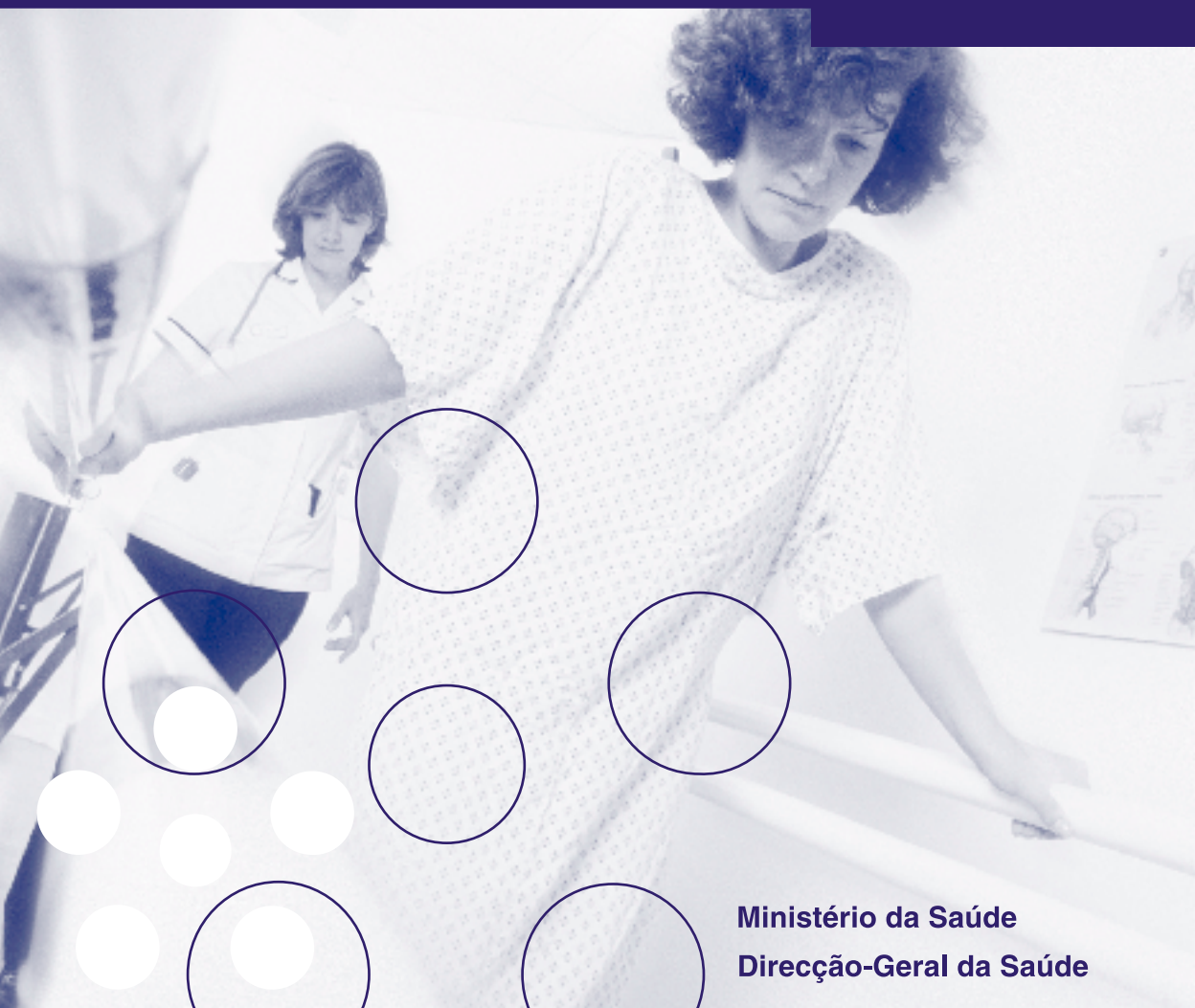


Rede de Referenciação Hospitalar
de **Medicina Física
e de Reabilitação**



Ministério da Saúde
Direcção-Geral da Saúde

Rede de Referenciação Hospitalar de **Medicina Física e de Reabilitação**

A Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação foi aprovada por Despacho de Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, Dr^a Carmen Pignatelli, em 26 de Março de 2002

Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento



PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento
Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. – Lisboa: Direcção-Geral
da Saúde, 2003 – 68 p.

ISBN: 972-675-093-8

Medicina Física / Unidades hospitalares / Hospitais / Referência e Consulta – organização e
administração / Acesso aos cuidados de saúde / Garantia de qualidade dos cuidados de saúde /
/ Reabilitação / Portugal

Grupo de Trabalho

- Dr. José Mendes Nunes, Subdirector-Geral da Saúde
(Coordenador)
- Dr. Adriano Natário, Director da Direcção de Serviços de
Planeamento da Direcção-Geral da Saúde
- Dr. António Manuel Delgado da Rocha, Especialista de
Medicina Física e Reabilitação, Director do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Santo
António dos Capuchos
- Dr. Luís Joaquim Lopes André Rodrigues, Especialista de
Medicina Física e de Reabilitação, Director do Serviço de
Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da
Universidade de Coimbra.
- Dr.^a Maria Helena Azevedo dos Santos Teixeira da Silva,
Especialista de Medicina Física e de Reabilitação,
Directora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação
do Hospital Espírito Santo, Évora.
- Dr.^a Maria João Novais de Sousa Andrade, Especialista de
Medicina Física e de Reabilitação do Serviço de Medicina
Física e de Reabilitação do Hospital de Santo António.
- Dr.^a Maria Helena Ribeiro de Moraes Caldas Portela*,
Especialista de Medicina Física e de Reabilitação,
Direcção-Geral da Saúde.
- Dr.^a. Ana Maria Soudo*, Assistente Graduada de Medicina
Física e Reabilitação do Hospital Materno-Infantil de
D. Estefânia, Lisboa
- Prof. Doutor Fernando Martins*, Chefe de Serviço de
Medicina Física e Reabilitação e Director do Serviço de
Medicina Física e Reabilitação do Hospital dos Covões,
Coimbra
- Dr.^a. Maria de Lurdes Palhau*, Assistente Graduada de
Medicina Física e Reabilitação do Hospital do Santo
António, Porto
- Dr.^a. Maria Teresa Gaia*, Chefe de Serviço de Medicina Física
e Reabilitação do Hospital Garcia de Orta, Almada.
- Dr.^a Maria José Proença, Técnica da Direcção de Serviços de
Planeamento da Direcção-Geral da Saúde

Editor: Direcção-Geral da Saúde

Design: Gráfica Maiadouro

Impressão/Acabamento: Gráfica Maiadouro

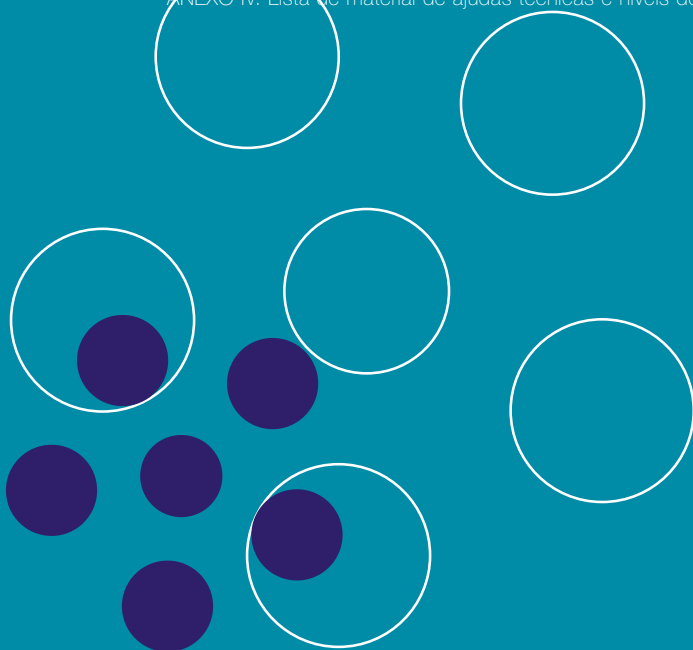
Tiragem: 1000 exemplares

Dep. Legal: 176 690/02

┌ * Participou no Grupo para a Definição da Rede
para adultos e coordenou o Subgrupo da
Reabilitação Pediátrica
* Colaborou especificamente na definição
da Rede de Referência Hospitalar de
Reabilitação Pediátrica

Índice

1. CONCEITO DE REDES DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR	5
2. INTRODUÇÃO À REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO	5
3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	7
4. PRESSUPOSTOS PARA A RRH DE MFR	8
5. REDE DE CUIDADOS DE MFR	10
5.1. Centros de Saúde e Hospitais de Nível I	10
6. REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR	11
6.1. Hospitais Distritais e alguns Centrais da Plataforma B	11
6.2. Hospitais Centrais, Especializados e Distritais da Plataforma A	12
6.3. Centros de Reabilitação	15
6.4. RRH de MFR Pediátrica	17
6.4.1. Conceito	17
6.4.2. Situação Actual	17
6.4.3. Necessidades	17
6.4.4. Propostas para o Futuro	19
7. FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE	23
8. NÍVEIS DE PRESCRIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS	23
8.1. 1º nível de prescrição de ajudas técnicas	24
8.2. 2º nível de prescrição de ajudas técnicas	24
8.3. 3º nível de prescrição de ajudas técnicas	24
BIBLIOGRAFIA	26
9. ARQUITECTURA DA REDE DE MFR	27
ANEXO I. Instituições públicas com Fisioterapia	39
ANEXO II. Internamentos em 1999	45
ANEXO III. Listas de equipamentos específicos de MF&R	59
ANEXO IV. Lista de material de ajudas técnicas e níveis de prescrição	63





1. Conceito de redes de referenciação hospitalar

As Redes de Referência Hospitalar (RRH) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso dos doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional.

Uma Rede de Referência Hospitalar traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que permitem:

- Articulação em rede. Variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão;
- Exploração de complementaridades, de modo a aproveitar sinergias, concentrar experiências, propiciando o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados;
- Concentração de recursos, no sentido da maximização da sua rentabilidade;

Como princípio orientador, as redes devem ser construídas numa lógica CENTRADA NA POPULAÇÃO e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

2. Introdução à rede de referenciação hospitalar de medicina física e reabilitação

Nas sociedades modernas a melhoria das condições de vida, os avanços médico-cirúrgicos e a promoção e generalização dos cuidados de saúde têm permitido o aumento da longevidade das pessoas, havendo um progressivo crescimento do número de idosos. Em muitos países europeus, as pessoas vivem hoje, em média, cerca de 20 anos mais do que em relação a um passado não muito longínquo. Como é sabido, a esse aumento de esperança de vida tem correspondido um aumento de doenças crónicas, frequentemente incapacitantes.

Graças aos grandes progressos na protecção materna e infantil, é possível hoje prevenir muitas doenças e situações causadoras de malformações e deficiências. No entanto, essa mesma melhoria de cuidados assistenciais tem também permitido salvar crianças que sobrevivem com graves sequelas neurológicas ou com outras lesões.

O crescimento e desenvolvimento tecnológico verificados nas últimas décadas, a par das alterações do ritmo e modo de vida, têm levado ao aparecimento de um elevado número de deficientes, vítimas de acidentes de trânsito, de trabalho e de acidentes

cardiovasculares em idades cada vez mais jovens e produtivas.

A reabilitação como processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social, teve grande impulso e desenvolvimento no século XX, sobretudo nos períodos subsequentes às grandes catástrofes mundiais, como foram as guerras, tendo sido imputados aos governos os custos económicos, familiares e sociais decorrentes das lesões e sequelas dos seus cidadãos e exigidas medidas de reparação e integração.

Na procura de novas soluções de manutenção e promoção da saúde e vida de muitos deficientes, foram-se criando e reestruturando serviços de saúde, bem como instituições dirigidas à sua readaptação e reintegração socioprofissional.

O conhecimento actual dos fenómenos envolvidos nos processos mórbidos permite-nos aceitar e compreender melhor o conceito mais lato que é atribuído à saúde como bem-estar físico, psíquico e social a que todos os seres humanos têm direito.

É neste novo conceito abrangente que a Reabilitação se desenvolve e tem a sua razão de ser.

Para uma plena realização, as suas acções devem abranger campos diversos, que vão desde a saúde à educação e formação, ao emprego, à segurança social, ao controlo ambiental, ao lazer, etc.

O seu êxito está intimamente relacionado com a existência de políticas que



não só promovam aquelas acções, mas que também facilitem os processos de integração e de complementaridade existente entre as diferentes áreas.

Na área da saúde é de destacar o desenvolvimento que se tem verificado nos últimos anos das valências ligadas à reabilitação, sendo cada vez mais sentida a necessidade de um maior número de profissionais de saúde especializados na matéria.

Profundamente imbuída de um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, a reabilitação, para atingir as metas que se propõe alcançar, deve assentar num trabalho integrado de diferentes profissionais, onde as acções desenvolvidas deverão ser convergentes e sinérgicas, segundo uma estratégia com objectivos comuns.

Um objectivo da Medicina Física e de Reabilitação, como área de especialização médica, é procurar contribuir, de modo científico, para a reabilitação/ recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo.

A reabilitação interessa à maioria das áreas médicas, particularmente quando estão em causa situações potencialmente incapacitantes.

Por outro lado, a Medicina Física e de Reabilitação tem uma abordagem própria no exame médico e na avaliação da funcionalidade.

Neste contexto, a reabilitação médica exige uma formação autónoma e uma organização que lhe permita apoiar as várias especialidades de forma global ou diferenciada.

3. Diagnóstico da situação

Actualmente, existem unidades ou serviços de Medicina Física e de Reabilitação com quadros próprios em alguns hospitais, nos Institutos de Oncologia e em algumas estâncias termais.

No anexo I estão descritas as várias instituições públicas que têm Fisioterapia, o número de camas que lhes estão atribuídas e o número de médicos.

O quadro I descreve, por Região, o número de entidades de Medicina Física e de Reabilitação convencionadas.

ARS NORTE	80
ARS Centro	42
ARS Lisboa e Vale do Tejo	116
ARS Alentejo	6
ARS Algarve	13
Total	257*

* Inclui acordos com Hospitais e Misericórdias
Fonte: DGS-DSAC, 2000.

No anexo II encontram-se descritos os internamentos, em 1999, por:

- Lesão medular sem envolvimento ósseo (CID9 952)
- Lesão medular com envolvimento ósseo (CID9 806)
- Paralisia cerebral infantil (CID9 343)
- Efeitos tardios de doença cerebrovascular (CID9 438)
- Hemiplegia (CID 342) e Anóxia cerebral (CID9 348.1)
- Abscesso intracraniano (CID9 324.0)
- Quadriplegia (CID 344.0)

Os internamentos estão descritos por hospital e distrito de residência do doente.

Conforme se verifica, a generalidade dos hospitais internou doentes oriundos do mesmo distrito.

A incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais no Continente era de 181,7% 000, em 1998, enquanto que, em 1992, se verificava uma mortalidade de 154,2%⁰⁰⁰.

De acordo com dados revelados pelo Relatório do ONSA³, publicado em Dezembro de 2000, verificaram-se, em 1999, 70 414 internamentos hospitalares por AVC, correspondendo este número a 3,8% do total.

A duração média de internamento, para todos os escalões etários, tem vindo a diminuir nos últimos anos: 11,4 dias em 1993 e 9,6 em 1999.

Por outro lado, segundo o Inquérito Nacional de Saúde, em 1999, previa-se a existência de cerca de 34 348 indivíduos com limitação grave consequente a AVC.

Ainda segundo o mesmo relatório, e com base nos dados colhidos pelos "médicos sentinela", foram hospitalizados 67,7% dos casos registados em 1999, com uma taxa de mortalidade de 17%, não se tendo observado diferença de taxas de mortalidade entre hospitalizados e não hospitalizados.

4. Pressupostos para a RRH de MFR

A criação dos serviços de reabilitação deverá estar dependente das características da população a que se destina e dos objectivos da estrutura em que está inserido, podendo, no entanto, organizar-se segundo os níveis de intervenção:

- Serviços predominantemente dirigidos ao apoio em regime ambulatório e domiciliário;
- Serviços hospitalares;
- Centros mono ou pluriespecializados dirigidos ao apoio aos grandes deficientes.

Sendo os Hospitais as unidades de saúde onde são prestados os cuidados assistenciais mais diferenciados, é neles que surgem e são assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações potencialmente mais incapacitantes (AVC, TCE, lesões medulares e outros politraumatismos, amputações, etc.), sendo por isso natural que neles devam existir cuidados de MFR.

A acção principal será essencialmente dirigida para os seguintes objectivos:

- 1- Diagnosticar e definir as diferentes patologias, deficiências e incapacidades existentes;
- 2- Definir o prognóstico e avaliar o potencial de reabilitação;
- 3- Planear e prescrever o tratamento;
- 4- Coadjuvar e apoiar as diferentes acções médico-cirúrgicas;
- 5- Prevenir o descondicionamento físico e psicológico, bem como todas as sequelas decorrentes do imobi-

lismo e isolamento dos doentes internados;

- 6- Facilitar e estimular os processos de recuperação e regeneração natural;
- 7- Estimular, maximizar e compensar as capacidades residuais;
- 8- Promover a integração socioprofissional.

Para se atingirem os propósitos enunciados, os serviços de reabilitação necessitam de estar devidamente equipados e contar, em número suficiente, com os elementos que compõem a equipa de reabilitação (médicos fisiatras, enfermeiros de reabilitação, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, assistentes sociais, pessoal administrativo e de apoio).

A duração longa do processo de reabilitação, relativamente às restantes especialidades hospitalares, prolongando-se ou iniciando-se após o termo destas, a ausência de resposta pronta e actual por parte de centros especializados na matéria, praticamente inexistentes em Portugal (apenas o Centro de Reabilitação do Alcoitão), torna imperiosa a criação de camas a nível hospitalar, destinadas à reabilitação médica.

O princípio da diferenciação dos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, de acordo com as patologias de vocação do Hospital em que estão inseridos, é desejável nos Hospitais Especializados e em alguns dos Centrais, enquanto que nos restantes deve ser global.

É imprescindível a existência de camas de internamento de Medicina Física e de Reabilitação nos Centros de Reabilitação, podendo ser considerada a sua necessidade na maioria dos hospitais centrais e alguns distritais gerais.

Os Hospitais Distritais Gerais deverão, progressivamente, ser dotados de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, devidamente equipados com recursos físicos e humanos que lhes permitam receber os doentes transferidos dos Hospitais de nível superior, onde deverão apenas permanecer enquanto necessitem de cuidados mais diferenciados. Nos hospitais de nível 1 deverão existir protocolos de assistência desta área com os Serviços de MFR do hospital de referência.

Em termos gerais, considera-se como adequado 1 Fisiatra e 3 Fisioterapeutas, por cada 30000 habitantes, e 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Terapeuta da Fala, por cada 60000 habitantes.

Por cada unidade hospitalar com a especialidade de MFR, considera-se como adequado, por cada 50000 habitantes, 1 Fisiatra, respeitando os mesmos valores relativos entre os diferentes técnicos.

As necessidades em recursos humanos aumentam nos Serviços de MFR com responsabilidades adicionais, como diferenciação, ensino, etc.

Os serviços/unidades de MFR devem ser providos de enfermeiros com formação em reabilitação.

Os Serviços Hospitalares, para além dos cuidados em internamento, prestam também cuidados a doentes do ambulatório do respectivo hospital.

Segundo o Despacho N.º 32/86, de 26/08/86, deveriam ser criadas camas de hospitalização para reabilitação nos hospitais centrais e distritais gerais, e a Carta de Equipamentos de Saúde

prevê também camas para internamento em alguns hospitais centrais.

Em França, o Jornal Oficial de 17/12/1988 estabelece como necessário um rácio de 0,3 a 0,5 camas de hospitalização por 1000, sendo a taxa existente de 0,67, contando ainda aquele País com camas de estadia prolongada, o que também é praticamente inexistente em Portugal.

A Sociedade Espanhola de Reabilitação e Medicina Física⁵ preconiza 0,22 camas de reabilitação por 1000 habitantes.

Em Portugal, em 1998, existiam 279 camas (públicas e privadas), a que corresponde um rácio de 0,028 camas de reabilitação por 1000 habitantes.

Assim, considerando a realidade nacional, preconizam-se 0,2 camas de reabilitação por 1000 habitantes, isto é, 2000 camas, incluindo as dos hospitais e dos centros de reabilitação (públicos e privados).

5. Rede de cuidados de MFR

No doente internado, a Medicina Física e de Reabilitação deve intervir numa fase evolutiva da doença tão precoce quanto possível, a fim de evitar ou minimizar a instalação de sequelas e consequente deficiência ou incapacidade.

É da responsabilidade das Unidades e dos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação a definição e aplicação do programa de MFR (diagnóstico, trata-

mento e eventual reintegração) dos doentes internados e em ambulatório do hospital e que careçam de cuidados especializados do foro da Medicina Física e de Reabilitação.

A rede de MFR compreende quatro níveis de actuação:

- Centros de Saúde e Hospitais de Nível I
- Hospitais Distritais Gerais e Centrais da plataforma B
- Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados da plataforma A
- Centros de Reabilitação.

As três primeiras distinguem-se pelo crescendo de diferenciação técnico-profissional e da sofisticação do equipamento utilizado. A quarta, pelo tempo de intervenção subsequente.

5.1. Centros de saúde e hospitais de nível I

Os Centros de Saúde são, por excelência, os responsáveis pela prevenção da incapacidade e pela orientação adequada do doente.

Não estando previstos fisiatras para estas instituições, cada um dos serviços hospitalares de MFR da sua área de influência deve designar um Fisiatra para funcionar como consultor na zona geográfica da responsabilidade do respectivo hospital. Este médico assume-se como elemento interlocutor com os respectivos centros de saúde e hospitais de nível I. Para além disso, tem responsabilidades na formação dos técnicos da sua área de intervenção e na orientação das actividades a desenvolver nos espaços de promoção do movimento existentes nos Centros de Saúde.

6. Rede de referenciação hospitalar

6.1. Hospitais distritais gerais e alguns centrais da plataforma B

Esta plataforma define-se como a área de diagnóstico e tratamento da Medicina Física e de Reabilitação Geral que responde às necessidades da maioria das situações clínicas que exijam a intervenção da MFR na fase aguda.

É constituída por todos os hospitais distritais gerais e alguns centrais (para efeitos práticos designados de “plataforma B”) que não preenchem os requisitos definidos para os da plataforma A, de nível mais diferenciado, e que, sendo a maioria, constituem a estrutura fundamental da rede.

As unidades e serviços de Medicina Física e de Reabilitação destes Hospitais assistirão:

- Doentes internados.
- Doentes do ambulatório que exijam cuidados diferenciados de MFR, de acordo com protocolos pré-definidos com os centros de saúde e hospitais de nível I, da sua área de referência.
- Sempre que as necessidades o exijam e as circunstâncias o permitam, devem funcionar também em regime de Hospital de Dia.

Devem também:

- Dar apoio técnico e de consultadoria aos hospitais de nível I e Centros de Saúde



- Prescrever e controlar as ajudas técnicas definidas para estes hospitais (ver ponto 8: “Níveis de Prescrição de Ajudas Técnicas”).

Na determinação das necessidades de recursos, devem-se considerar os seguintes pressupostos apresentados pela OMS e pela Sociedade Espanhola de Reabilitação e Medicina Física (SERMEF)³:

Estima-se que 25% dos doentes internados num hospital geral carecem de cuidados de reabilitação e que cerca de 5% das camas estarão ocupadas por doentes que, fundamentalmente, necessitam de reabilitação.

Como base de planificação, considera-se que por cada 100 camas de internamento hospitalar deve haver:

- Um quadro com um médico fisiatra, três fisioterapeutas, um terapeuta da fala e um terapeuta ocupacional;
- Uma área mínima para terapêutica de 200m²;
- Sectores clássicos de Medicina Física e de Reabilitação, com os respectivos equipamentos discriminados no anexo 3.

O aproveitamento de algumas camas dos hospitais distritais gerais que, embora pertencentes a outros serviços, são partilhadas pela Medicina Física e de Reabilitação desses Hospitais, sempre que necessário, será a forma mais eficiente de colmatar as necessidades.

6.2. Hospitais centrais, especializados e distritais da plataforma A

Correspondem à plataforma diferenciada do diagnóstico e do tratamento da Medicina Física e de Reabilitação.

Os hospitais deste nível de cuidados de MFR (para efeitos práticos designados de "plataforma A") devem ter, cumulativamente, as seguintes condições:

- Zona de atracção superior a 400 000 habitantes;
- Casuística anual superior a 300 AVCs;
- Estarem integrados na rede de urgência como hospitais polivalentes.

Estes hospitais prestam cuidados em áreas diferenciadas de MFR e acumulam os cuidados inerentes à plataforma anterior para a sua área de atracção.

Devem ter, ainda, responsabilidades de prescrição e controlo de ajudas técnicas definidas para estes hospitais (ver ponto 8: "Níveis de Prescrição de Ajudas Técnicas").

Os hospitais desta plataforma terão, obrigatoriamente, internamento próprio de MFR, que se destina, preferencialmente, a lesões encefálicas e outras patologias que, pela co-morbilidade ou limitação da autonomia, exigem cuidados diferenciados desta especialidade.

O Internamento de Medicina Física e de Reabilitação tem as seguintes vantagens:

- Maior eficácia no tratamento de doentes cuja patologia seja, predominantemente, do foro da Medicina Física e de Reabilitação, dado que

permite um desenvolvimento do desempenho técnico e uma uniformização de procedimentos;

- Possibilidade de prestar cuidados especializados de Medicina Física e de Reabilitação nas 24 horas;
- Libertação das camas de outros serviços cujo âmbito de actuação não seja o mais indicado para os doentes em causa.

Como base de referência, considera-se que um hospital com 400 a 500 camas deve atribuir 1000 m², como área mínima, a um Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Para um hospital com estas dimensões é aconselhável ter 12 a 15 camas atribuídas à MFR, correspondendo a cerca de 3% das camas totais e prevendo um internamento médio de 30 dias. Este tempo médio de internamento pressupõe a existência de centros de reabilitação, em estreita articulação com os serviços hospitalares, dedicados a situações clínicas que exigem intervenções mais prolongadas da reabilitação.

Os recursos humanos que devem integrar um serviço num hospital com 400 a 500 camas, nesta plataforma, encontram-se descritos no quadro II.

Quadro II. Recursos humanos recomendados para um Serviço de MFR em hospital com 400-500 camas

nº	Recursos humanos
7*	Fisiatras
15	Enfermeiros (8 de reabilitação)
15	Fisioterapeutas
4	Terapeutas ocupacionais
2	Terapeutas da fala
3	Secretárias Clínicas
12	Auxiliares de acção médica
2	Assistentes sociais
2	Psicólogos

* Ver texto seguinte

Os 7 fisiatras, propostos no Quadro II resultam do pressuposto de que dois se destinam ao internamento do próprio serviço, com uma taxa de ocupação de 85%, dois à consulta externa, numa base de 5 000 consultas por ano, dois ao apoio às restantes enfermeiras do hospital e um às funções de coordenação.

Os restantes hospitais, com maior ou menor dimensão, devem ter quadros de profissionais em proporções idênticas e de acordo com as suas dimensões e as características da população a que se destinam.

Alguns serviços de MFR, pelo tipo de patologias a que predominantemente se dedicam, devem garantir cuidados nas 24 horas, o que pressupõe o funcionamento por turnos e recursos humanos suficientes.

Os Serviços com áreas diferenciadas devem prever o reforço destes quadros.

Um Serviço de Medicina Física e de Reabilitação integrado num hospital desta plataforma poderá diferenciar-se segundo a vocação do próprio Serviço e as necessidades da região onde se insere, dando resposta, por exemplo, a:

- Lesões Cerebrais (AVC,TCE)
- Lesões Vertebro-Medulares
- Amputações
- Patologia músculo-esquelética
- Alguma patologia cardíaca,
- Dor
- Patologia pediátrica,
- etc....

Para esta Plataforma prevê-se um total de 240 camas, a nível continental, segundo o cálculo e os pressupostos expressos no Quadro III.

Quadro III. Cálculo de necessidades em camas da Plataforma A		
Patologias	Pressupostos	N.º de Camas
AVC	Incidência: 20 000/ano Sobreviventes:17 000, dos quais 10% (1 700) necessitam de cuidados da Plataforma A. Internamento médio: 30 dias	140
TCE	Incidência: 8.000/ano 10% (800) necessitam de cuidados da Plataforma A. Duração média de internamento: 30 dias	70
Lesões musculoesqueléticas	Incidência: 7.500/ano. 10% (750) necessitam de cuidados da Plataforma A. Duração média de internamento: 10 dias	20
Outras		10
Total		240

Para além disso, devem ser previstas mais 35 camas destinadas às lesões medulares agudas, distribuídas por três hospitais desta plataforma, segundo as regiões de saúde, do seguinte modo:

- para a Região Norte: 12 camas
- para a Região Centro: 8 camas
- para as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve: 15 camas



A base de cálculo das necessidades em camas, para as lesões medulares agudas, encontra-se descrita no quadro IV.

Quadro IV. Cálculo de necessidades em camas para lesões medulares agudas	
Traumatismos vertebro-medulares	Lesões medulares não traumáticas
<ul style="list-style-type: none"> • Incidência anual: 25/milhão de habitantes * • Nº de casos previstos por ano e por região: <ul style="list-style-type: none"> - Região Norte (com 3,5 milhões): 88 casos - Região Centro (com 2,0 milhões): 50 casos - Região Sul (com 4,5 milhões): 112 casos • Nº de camas necessárias, por região (prevendo um tempo médio de internamento de 1 mês) <ul style="list-style-type: none"> - Região Norte: 7,3 camas - Região Centro: 4,2 camas - Região Sul: 9,3 camas 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidência anual: 6,3/milhão de habitantes • Nº de casos previstos, por ano e por região: <ul style="list-style-type: none"> - Região Norte (com 3,5 milhões): 22 casos - Região Centro (com 2,0 milhões): 13 casos - Região Sul (com 4,5 milhões): 34 casos • Nº de camas necessárias por região (prevendo um tempo médio de internamento de 1 mês): <ul style="list-style-type: none"> - Região Norte: 1,8 - Região Centro: 1,0 - Região Sul: 2,8
<p>Considerando que são necessários mais 10% de camas para reinternamentos, e adicionando 2 camas para compensar eventuais erros por estimativa e flutuações de tempos de internamento, obtêm-se estes números</p> <ul style="list-style-type: none"> • Região Norte: 12 camas • Região Centro: 8 camas • Região Sul: 15 camas 	

* Este valor representa o número de sobreviventes de uma incidência estimada em 58 / 100 000, morrendo cerca de 370 durante o transporte.

6.3. Centros de reabilitação

Pela necessidade de tempos de intervenção mais prolongada, nomeadamente em regime de internamento, e pela complexidade de muitas das situações obrigando à intervenção de uma equipa de reabilitação multidisciplinar, justifica-se para os casos mais graves, mas com potencial de recuperação e reabilitação, a existência de Centros de Reabilitação (por exemplo: graves perturbações secundárias, traumatismos e doenças do foro neurológico, reumatológico, ortopédico, cardiovascular e pneumológico).

Estas estruturas são viradas para uma reabilitação activa, dinâmica e intensiva, com vista a uma reintegração socioprofissional plena, sempre que possível.

A assistência será, de acordo com a situação clínica do doente, feita em regime de internamento, hospital de dia e ambulatório, com as consultas externas essencialmente dirigidas ao acompanhamento da evolução dos doentes anteriormente internados.

A única estrutura com características semelhantes existente no nosso País, o Centro de Reabilitação de Alcoitão, encontra-se permanentemente saturada e há muito que deixou de poder responder em tempo útil às várias solicitações que surgem de diferentes pontos do País.

Devem ser criados, além de unidades ou serviços de reabilitação a nível das estruturas hospitalares ou outras estruturas não hospitalares, para situa-

ções menos graves ou com menor necessidade de intervenção intensiva e diferenciada de reabilitação, quatro Centros de Reabilitação: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

Os Centros de Reabilitação devem funcionar em perfeita articulação com os Serviços de Medicina Física e de Reabilitação dos Hospitais da Região e com as diferentes Unidades integrantes dos cuidados extra-hospitalares.

Os doentes a internar nos Centros de Reabilitação devem ser obrigatoriamente referenciados pelos Hospitais que compõem a Rede de Referência de Medicina Física e de Reabilitação.

Os Centros a criar devem ser estruturas diferenciadas, com equipas especializadas em Medicina Física e de Reabilitação, com polivalência nas diferentes áreas de reabilitação e com um número mínimo de 240 doentes internados por ano.

As camas destes Centros, no total de cerca de 600, destinam-se aos doentes transferidos das “Unidades de Agudos” dos hospitais; A distribuição das camas dos Centros de Reabilitação, que terão um internamento médio de 3 meses, será feita, em cada Região de Saúde, do seguinte modo:

- Região Norte: 190 camas
- Região Centro: 140 camas
- Região LVT e Alto Alentejo: 190 camas
- Região Algarve e Baixo Alentejo: 80 camas

O cálculo deste número de camas baseia-se nos pressupostos insertos no quadro V.

Quadro V. Cálculo de necessidades de camas em Centros de Reabilitação

Patologias	Pressupostos	Doentes/ano
Lesões medulares		400
TCE	Incidência: +/- 8000 doentes /ano dos quais cerca de 12% necessita de cuidados deste nível.	1 000
AVC	Cerca de 17 000 sobreviventes por ano, dos quais cerca de 6% necessita de cuidados a este nível.	1 000
	TOTAL	2 400

Com internamento médio de 3 meses, serão necessárias cerca de 600 camas.

É desejável que estes Centros de Reabilitação sejam instalados na proximidade de um hospital da Plataforma A e, neste caso, integrados num departamento deste hospital.

A fim de favorecer a continuidade e a qualidade do seguimento dos doentes, é necessária uma comunicação funcional entre as diferentes estruturas e os seus profissionais, devendo ser estimulado o intercâmbio de profissionais para um desenvolvimento profissional contínuo e maior complementaridade e coesão entre as diferentes unidades.

Estes Centros, para além das condições exigidas para os Serviços de MFR dos hospitais de Plataforma A, devem dispor de um Sector/Unidade de Reintegração Socioprofissional, Sector de Próteses e Ortóteses, um Sector de adaptação/treino ao esforço, desporto adaptado e Sectores de readaptação à vida domiciliária, exterior e profissional.

Os Centros de MFR têm, ainda, responsabilidades de prescrição e controlo de ajudas técnicas (ver ponto 8: "Níveis de Prescrição de Ajudas Técnicas"), devendo também manter actividades de formação de fisiatras e outros técnicos.

Como recursos humanos, por cada 80 doentes internados e 40 em hospital-dia, os Centros de Medicina Física e de Reabilitação devem dispor (no pressuposto de estarem a tempo inteiro) dos descritos no quadro VI.

Quadro VI. Recursos humanos recomendados para os Centros de Reabilitação

"n"	Profissionais
8	Fisiatras
32	Enfermeiros (50% de Reabilitação)
18	Fisioterapeutas
5	Terapeutas Ocupacionais
2	Terapeutas da fala
1	Ortoprotésico (ou c/apoio)
1	Dietista
2	Psicólogos
2	Assistentes sociais

Para além daqueles profissionais e da indispensável consultadoria de todas as especialidades médico-cirúrgicas, será desejável assegurar o apoio nas seguintes áreas:

Desporto – 1 Monitor
Emprego e/ou Ergónomo – 1 Técnico
Electromedicina – 1 Técnico
Recreativa/Cultura – 1
Apoio Escolar/Animador

O Centro deverá contar ainda com Auxiliares de Acção Médica, de serviços gerais e de apoio técnico.

Junto dos Centros de Reabilitação, deverão funcionar outras estruturas não medicalizadas, como seja, residências para deficientes e acamados, bem como estruturas de readaptação e reabilitação profissional e de desporto adaptado, que, embora não dependentes do Ministério da Saúde, poderão beneficiar do apoio do Centro e com o qual terão de efectuar protocolos de articulação.

6.4. RRH de MFR pediátrica

6.4.1. Conceito

A necessidade de diferenciação da Reabilitação Pediátrica nos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação prende-se com as seguintes considerações:

- A criança é um ser com características próprias, ligadas ao seu desenvolvimento, e cujas especificidades devem ser ponderadas no seu processo de reabilitação, não podendo ser considerada um adulto em miniatura.
- A intervenção da Reabilitação Pediátrica é centrada na criança e na família, prevenindo, habilitando e reabilitando no âmbito da saúde, educação e acção social.

A unidade de trabalho desta rede é a célula familiar da criança com deficiência, em torno da qual vão agir, de modo sequencial e evolutivo, os dife-

rentes actores da reabilitação enquadrados em equipa.

As equipas hospitalares da Rede de Reabilitação Pediátrica deverão articular-se com os Centros de Desenvolvimento e com os Centros de Saúde, de acordo com a dinâmica destes.

Cabe à equipa de reabilitação pediátrica estabelecer um plano de reabilitação, que contemple as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança – motor, sensitivo, sensorial, socioafectivo e familiar, sendo responsável pela adequada execução do mesmo.

6.4.2. Situação actual

O espaço actualmente dedicado à Reabilitação Pediátrica é ainda exíguo no nosso País, mesmo nos hospitais materno-infantis. Apenas alguns hospitais gerais dispõem de unidades especiais dedicadas a esta problemática. Outros Hospitais dispõem apenas de serviços de Reabilitação para adultos, dando algum apoio na área da Reabilitação Pediátrica, apesar das muitas limitações técnicas em termos de formação e de espaço.

6.4.3. Necessidades

Estudos epidemiológicos

É premente a necessidade de informação no que respeita ao conhecimento quantitativo das patologias incapacitantes na criança, pelo que a informação epidemiológica baseada em registos nacionais é fundamental. Deve implementar-se a instalação de

registos nacionais de patologias graves incapacitantes na criança, tais como:

- Paralisia cerebral e doenças neurológicas afins
- Lesão medular (congénita ou adquirida)
- Traumatismo crânio-encefálico
- Queimaduras
- Malformações congénitas
- Doenças neuromusculares

Formação

Há grande carência de técnicos (médicos, terapeutas e outros) especializados na área da Reabilitação Pediátrica, pelo que urge promover a sua formação escolar, académica ou pós-graduada e institucional, alargada a médicos de família, médicos hospitalares, enfermeiros e técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

Instalações e Equipamentos

Há necessidade nos Serviços de Medicina de Reabilitação, de todos os hospitais da Plataforma A, de cativar espaço próprio para consultas e tratamentos na área da reabilitação pediátrica, com equipamento adequado à respectiva faixa etária.

Como princípios gerais sugerem-se:

- Espaço físico, aberto, com um mínimo de 200 m², que facilite o bem-estar, a deslocação da criança deficiente acompanhada de familiares e o material ortoprotésico.
- Gabinete de consulta – área mínima de 14 m², dois gabinetes.
- Ginásios para fisioterapia, terapia ocupacional e cinesioterapia respiratória, com uma área de 40 m² cada, e área de terapia da fala com 16m², no mínimo.

Ajudas Técnicas

Na criança podemos considerar duas funções distintas na utilização de ajudas técnicas:

- Ajudas técnicas para treino e estimulação do desenvolvimento, que são parte imprescindível do tratamento, como por exemplo, talas de estabilização dos membros inferiores para estimulação do desenvolvimento da marcha.
- Ajudas técnicas de manutenção e de suporte.

Devem ser definidas normas adequadas e eficazes à atribuição atempada e justa de ajudas técnicas (a atribuição duplicada de algumas ajudas técnicas pode ser uma necessidade), quer na escola, quer na residência.

Devem ser criados centros de avaliação, experimentação e adaptação de diferentes ajudas técnicas, junto das Unidades de Reabilitação Pediátrica nos hospitais da Plataforma A.

Equipa de Reabilitação Pediátrica

Além dos médicos e terapeutas que habitualmente fazem parte da Equipa, devem ainda englobá-la enfermeiros de reabilitação, psicólogos, técnicos de psicomotricidade, assistentes sociais, educadores de infância e técnicos ortoprotésicos.

Considerar, para todos os hospitais da Plataforma A, na constituição de Equipa de Reabilitação Pediátrica os seguintes técnicos:

Fisiatra	2
Enfermeiro de Reabilitação e/ou com experiência na área	2
Fisioterapeuta	3
Terapeuta Ocupacional	3
Terapeuta Fala	3

Técnico de Psicometricidade	1
Psicólogo Clínico	2
Assistente Social	2
Educador de Infância ou afins	2
Auxiliares de Acção Médica	2 a 4

Na composição desta equipa há que ter presente a cobertura da instituição hospitalar e a articulação com a comunidade, sendo inerente a saída para o exterior da instituição: visitas domiciliárias a escolas e instituições para deficientes.

Apoio na Escola

Promover o alargamento, a nível nacional, da existência de “salas de apoio à integração de deficientes ou crianças com desvantagem” nas escolas da rede pública onde beneficiem de apoio terapêutico, *in loco*.

As carências actualmente existentes na integração escolar da criança com deficiência identificam-se a três níveis:

- Acessibilidade (rampas e elevadores);
- Espaço de circulação, em particular nas instalações sanitárias;
- Ajuda humana às técnicas terapêuticas e/ou de higiene pessoal.

Formação pré-profissional dos jovens com deficiência

Há crianças que, pelas características da sua deficiência, têm limitadas capacidades de aprendizagem escolar e beneficiariam de uma orientação pré-profissional, antes da idade prevista pela lei escolar, para entrarem numa via profissionalizante (16 anos).

Apoio à Família

Não há, a nível nacional, apoios suficientes às famílias e associações nos âmbitos psicológico, jurídico, socioeco-

nómico e laboral, pelo que é imprescindível o seu desenvolvimento.

Há ainda necessidade de fomentar locais que recebam os deficientes e permitam um descanso familiar temporário em situações adversas, aproveitando as estruturas e planos de apoio hospitalares já existentes ou a organizar.

Continuidade de Cuidados

Há necessidade de dar continuidade no apoio às crianças com deficiência, após um diagnóstico ou alta hospitalar, através dos circuitos de cuidados de saúde primários ou circuitos escolares, que permita um seguimento longitudinal das mesmas, prevenindo o agravamento das deformações e mantendo o potencial remanescente.

6.4.4. Propostas para o futuro

Unidades Funcionais de Reabilitação Pediátrica*

Considerar a criação deste tipo de Unidades em todos os hospitais da Plataforma A. Quando as características populacionais e geográficas justificarem, deverão, ainda, ser criadas nos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação de alguns dos hospitais da Plataforma B, contemplando espaço físico e quadro de recursos humanos (fisiatras, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, assistentes sociais e outros), como citado anteriormente e nos anexos n.ºs 3 e 4 (equipamentos).

* Entende-se por Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica conjunto dos recursos humanos e o espaço físico dedicado à reabilitação pediátrica.

- **Unidades de Hospitalização**

Estas unidades (internamento com mínimo de 6 camas) seriam especificamente orientadas para a reabilitação pediátrica, integrando hospitais materno-infantis e hospitais gerais da Plataforma A de maior dimensão populacional, segundo a orientação da Rede de Referência de Medicina Física e de Reabilitação de adultos.

- **Centros de Medicina de Reabilitação**

Nos Centros de Medicina de Reabilitação, já mencionados na Rede de Referência Hospitalar, considera-se a necessidade de uma enfermaria de reabilitação pediátrica com 30 camas, abrangendo a 1^a. e 2^a. Infância e a Adolescência.

- **Hospitais de menor dimensão**

Nos Hospitais de menor dimensão deverá ser promovida a articulação funcional entre o Serviço de Medicina de Reabilitação e o Serviço de Pediatria ou outros, no que respeita à utilização das camas existentes e às necessidades, seguindo a linha de orientação da Rede de Referência Hospitalar de adultos.

- **Instalações e Equipamento**

Melhorar as existências, em termos de espaço e de meios humanos especificamente dedicados à Reabilitação Pediátrica, promovendo o maior equilíbrio nas diferentes áreas geográficas actualmente desprotegidas, tal como foi citado anteriormente, quer em instalações, quer em equipamentos, como foi citado anteriormente e nos anexos n.ºs 3 e 4 (equipamento) da Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação de adultos.

- **Nível de Responsabilidade Regional**

Clarificar o papel de cada um dos potenciais actores da rede e definir as hierarquias funcionais a respeitar no terreno.

Seria desejável a criação de um Nível de Responsabilidade Regional, dirigido por um médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação, responsável pela coordenação dos meios existentes, públicos ou privados, localizado na respectiva Administração Regional de Saúde.

- **A Rede de Referência Hospitalar de Reabilitação Pediátrica**

deve assegurar os cuidados médicos aos Centros de Paralisia Cerebral existentes. Estes cuidados devem ser prestados pelas Unidades de Reabilitação Pediátrica do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do hospital de referência da Plataforma A. Esta medida justifica-se, pelas seguintes razões:

* Nos Centros de Paralisia Cerebral são atendidos, na vertente da Saúde, crianças e jovens com situação neurológica de paralisia cerebral, doenças degenerativas e multideficiciência

* Na situação actual, há uma transição de algumas competências entre vários ministérios que têm responsabilidades na prestação de cuidados nos Centros de Paralisia Cerebral, os quais têm estatutos diversos nas zonas Norte, Centro e Sul. Há que uniformizar o processo de atendimento e tratamento na vertente da saúde, nomeadamente da reabilitação pediátrica. Acresce ainda estar estipulado que os lugares de carreira médica existentes no Ministério do

Trabalho e da Solidariedade são a extinguir.

- * A coordenação destas equipas de cuidados de reabilitação pediátrica deve ser realizada, pelo menos, por dois médicos fisiatras, com experiência nesta área.

- **Continuidade de Cuidados**

Assegurar a existência de uma rede de cuidados destinada às vítimas de lesões traumáticas e graves do Sistema Nervoso Central, de multideficiência e de doenças neuro-musculares. Neste contexto, o apoio na escola, no meio social e no domicílio deverá ser garantido por equipas móveis multidisciplinares dependentes dos hospitais de referência.

- **Parceiros Sociais**

Colaborar com os restantes parceiros sociais, médicos de família, outros especialistas, enfermeiros, técnicos auxiliares de diagnóstico e terapêutica e familiares, na preparação do futuro da criança com deficiência, no âmbito da sua formação escolar, pós-graduada e institucional.

- **Centros prescritores e financiadores de ajudas técnicas**

Criar centros prescritores e financiadores de ajudas técnicas para reabilitação pediátrica nos hospitais designados de plataforma A e B (níveis 2 e 3)

- **Centros de actividade ou ocupacionais ou lares**

Preparar o futuro da criança com deficiência, no âmbito da sua formação escolar, pré-profissional e profissional, na perspectiva da sua integração profissional e ou comunitária (centros de actividades ocupacionais ou lares).



Em Conclusão

É fulcral a definição de Unidade de Reabilitação Pediátrica. A sua constituição em recursos humanos, espaço físico, equipamentos e necessidades básicas é referida anteriormente e nos anexos n.ºs 3 e 4.

A Rede de Referenciação da Reabilitação Pediátrica deverá funcionar a vários níveis e com diferentes organismos governamentais:

- Ministério do Trabalho e da Solidariedade, através da caracterização socioeconómica da família e da criança, do levantamento das eventuais necessidades de reinserção habitacional, do acolhimento familiar e de outros meios, conforme o despacho conjunto n.º 138/99 e, ainda, da intervenção a nível profissional dos jovens.
- Ministério da Educação, através do Programa de Intervenção Precoce (despacho conjunto n.º 891/99), em colaboração com a rede pré-escolar e escolar, apoios educativos e educação especial.
- Autarquias
- Estruturas da Sociedade Civil, articulando com IPSS, ONG, Clínicas de Reabilitação e outras.

A existência de protocolos entre diferentes organismos estatais, sustentados em despachos conjuntos, têm permitido uma melhor utilização dos recursos existentes, pelo que se preconiza que esta metodologia seja estendida a outras áreas de intervenção.



7. Funcionamento das unidades de saúde

A fim de rentabilizar ao máximo os ganhos em saúde e em eficiência, é imprescindível e premente implementar a correcta articulação entre Hospitais e Centros de Saúde.

Para atingir este objectivo, os serviços/unidades de Fisioterapia, pertencentes ao Hospital da respectiva Unidade de Saúde, devem prestar apoio de consultadoria junto dos Médicos de Família dos Centros de Saúde. Nos casos em que se justifique, deverão ser, igualmente, destacados outros técnicos de reabilitação (Enfermeiros de Reabilitação, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, etc.), que desenvolverão nos Centros de Saúde programas de reeducação, essencialmente de carácter preventivo, ou actividades domiciliárias, previamente planeados e coordenados pelo médico fisiatra consultor.

Pretende-se, assim, que os fisiatras assumam as seguintes funções:

1. Responsabilização pela continuidade da Medicina Física e de Reabilitação a prestar aos doentes após a alta hospitalar, assegurando, se necessário, a sua transferência para outras Unidades Hospitalares ou Centros de Reabilitação e ainda o tratamento no domicílio;
2. Definição de patologias e quantitativo de doentes a tratar nas instalações do Serviço Hospitalar;
3. Aconselhamento dos Médicos de Família, sempre que seja julgado pertinente.

4. Coordenação e orientação técnica das actividades prestadas pelos restantes técnicos de reabilitação do Hospital e dos Centros de Saúde da área de influência.

A articulação entre os Hospitais e Centros de Saúde deverá facilitar a circulação da informação referente ao doente, evitar a duplicação de Consultas, anular os tempos de espera entre as várias fases do processo de reabilitação, orientar e aconselhar o doente na prossecução da sua reabilitação. Deverá ainda contribuir para uma economia dos recursos existentes, através de uma correcta gestão dos mesmos.

Finalmente, é necessário que esta articulação funcione como um elemento facilitador e não como um aumento da burocracia, complicando o desenvolvimento do processo.

8. Níveis de prescrição de ajudas técnicas

O fornecimento de ajudas técnicas a doentes com deficiência tem sido realizado de modo disperso, com múltiplas instituições actuando de modo diverso, sem coordenação adequada, com prejuízo para os doentes e desperdício de recursos.

Alguns doentes ou deficientes pagam a ajuda técnica de que carecem, negociando com a casa fornecedora ou farmácia. Outros, através de conhecimentos, obtêm participações de diversas entidades, recorrendo mesmo a peditórios e campanhas nos media para obterem a ajuda técnica que, segundo "ouvirem dizer", é a melhor, por ser feita no estrangeiro. Quando a recebem, ao fim de um tempo variável, deixam de a usar ou usam-na de modo incorrecto. As causas são atribuíveis a desinformação, ausência de prescrição por técnico especializado e falta de treino do utente feito por profissionais especializados.

Neste contexto, é imprescindível implementar uma política coordenada de fornecimento de ajudas técnicas, segundo as seguintes linhas gerais:

- Definição de três níveis de prescrição e fornecimento de ajudas técnicas, de acordo com a sua complexidade;
- Definição para cada material de ajuda técnica do respectivo nível de prescrição (Tabela no anexo 4);

8.1. 1.º Nível de prescrição de ajudas técnicas

É o nível correspondente à prescrição e fornecimento de material mais usual, fabricado em série e normalizado (Tabela no anexo 4). São exemplos de material deste nível: muletas, bengalas, material para ostomizados, algálias, meias elásticas e ligaduras elásticas, etc.

Os centros prescritores são os Centros de Saúde, sendo a prescrição e o controlo da competência dos clínicos gerais e, quando os houver, dos cirurgiões.

8.2. 2.º Nível de prescrição de ajudas técnicas

Corresponde aos serviços de MFR dos Hospitais das plataformas A e B.

São exemplos de ajudas técnicas deste nível: cadeiras de rodas de diversos tipos, cintas, andarilhos diversos, colares cervicais, próteses auditivas, aparelhos para apoio a surdos, próteses oculares e aparelhos para apoio a amauróticos e amblíopes.

8.3. 3.º Nível de prescrição de ajudas técnicas

Este nível é limitado a alguns Hospitais da plataforma A e aos Centros de Reabilitação, sendo a pres-

criação e o controlo da competência de fisiatras e outro pessoal de reabilitação, com formação e experiência reconhecidas na prescrição e na preparação dos deficientes, para a melhor utilização da ajuda técnica. A prótese deverá ser adaptada individualmente e fabricada por ortoprotésicos credenciados.

Estes centros prescritores deverão ser em número reduzido e estar localizados em pontos estratégicos do território nacional, de forma a permitirem uma adequada cobertura do País.

A sua existência deve ser baseada nos seguintes critérios:

- Densidade populacional.
- Quantidade de casos com patologias passíveis de beneficiar com o uso de ajudas técnicas.
- Existência ou criação de serviços com experiência nesta área.
- Existência ou promoção de facilidades para a instalação de casas fornecedoras de material ortoprotésico credenciado.
- Boas acessibilidades viárias para as regiões vizinhas.

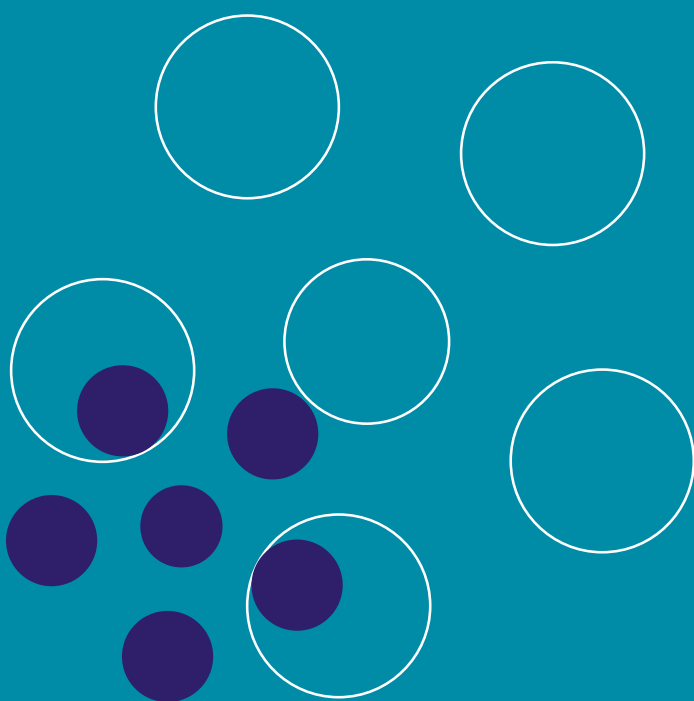
Assim, devem existir Centros prescritores deste tipo (Centro de prescrição de ajudas técnicas de nível 3) em:

- Braga – 1
- Porto – 2
- Coimbra – 1
- Viseu – 1
- Covilhã/C. Branco – 1
- Lisboa – 2
- Évora – 1
- Faro – 1
- Vila Real – 1

Bibliografia

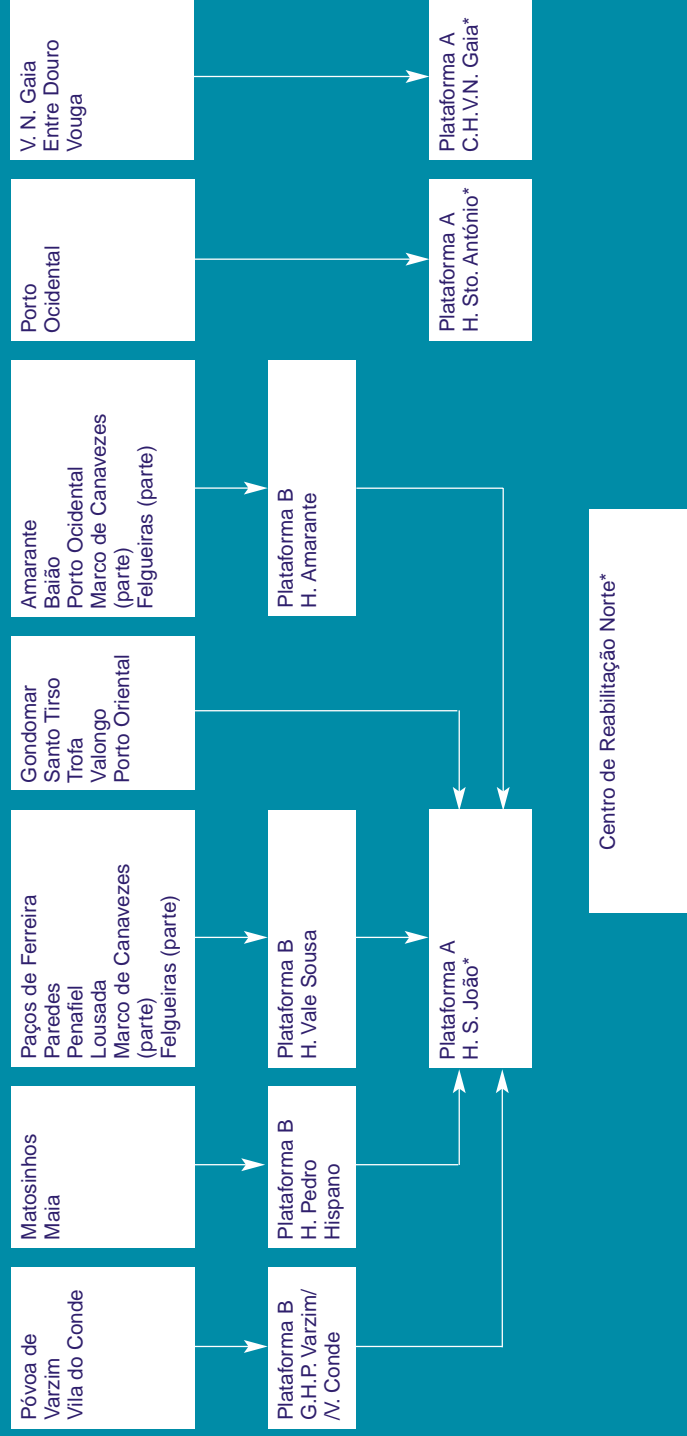
1. Divisão de Estatística. Portugal Saúde 1998. Direcção-Geral da Saúde, Dezembro 2000.
2. Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia. Risco de Morrer em Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 1999.
3. Cordeiro, M. Stroke in Portugal. An Approach to Health Indicators (Preliminary Report). ONSA, Lisboa, 2000.
4. Ministério da Saúde. Despacho nº 32/86, de 26/8/1986. Diário da República, II Série, 1986, (204):8322.
5. Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF). Presente y Futuro de la Rehabilitación en España, s/data.

Arquitectura da rede



Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

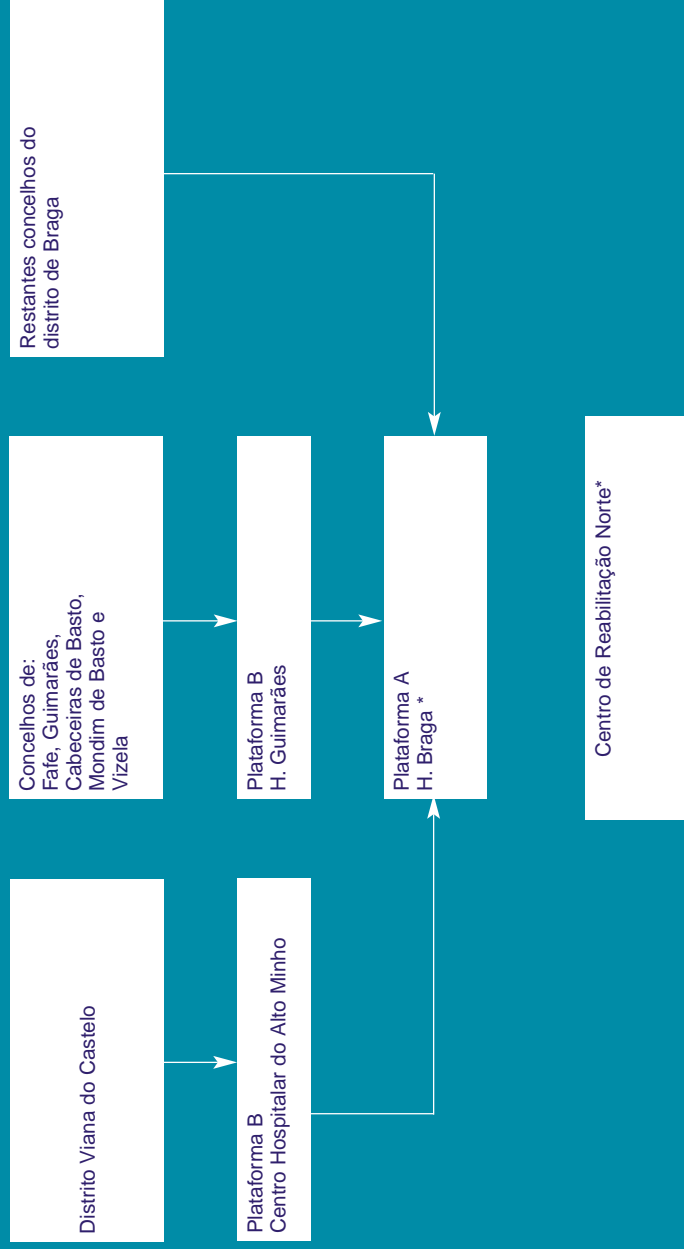
Região de Saúde do Norte – Distrito do Porto



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

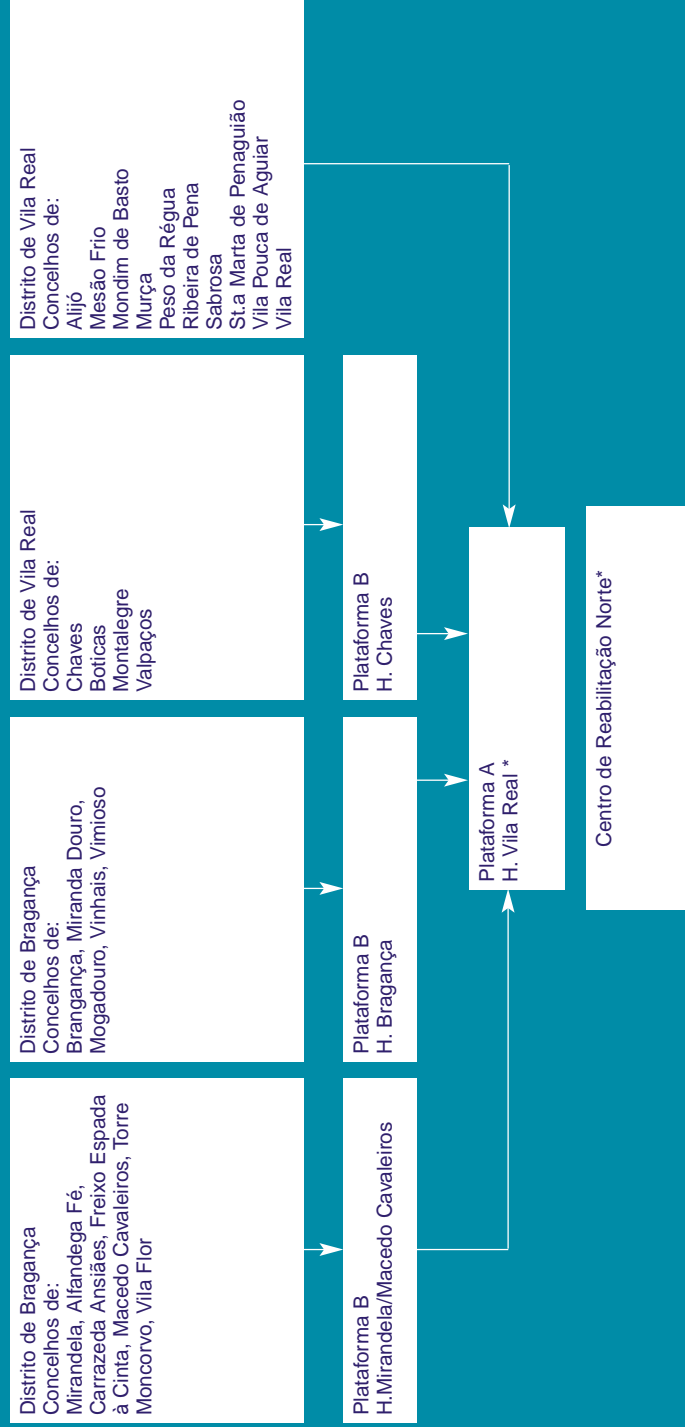
Região de Saúde do Norte – Distritos de Braga e Viana do Castelo



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

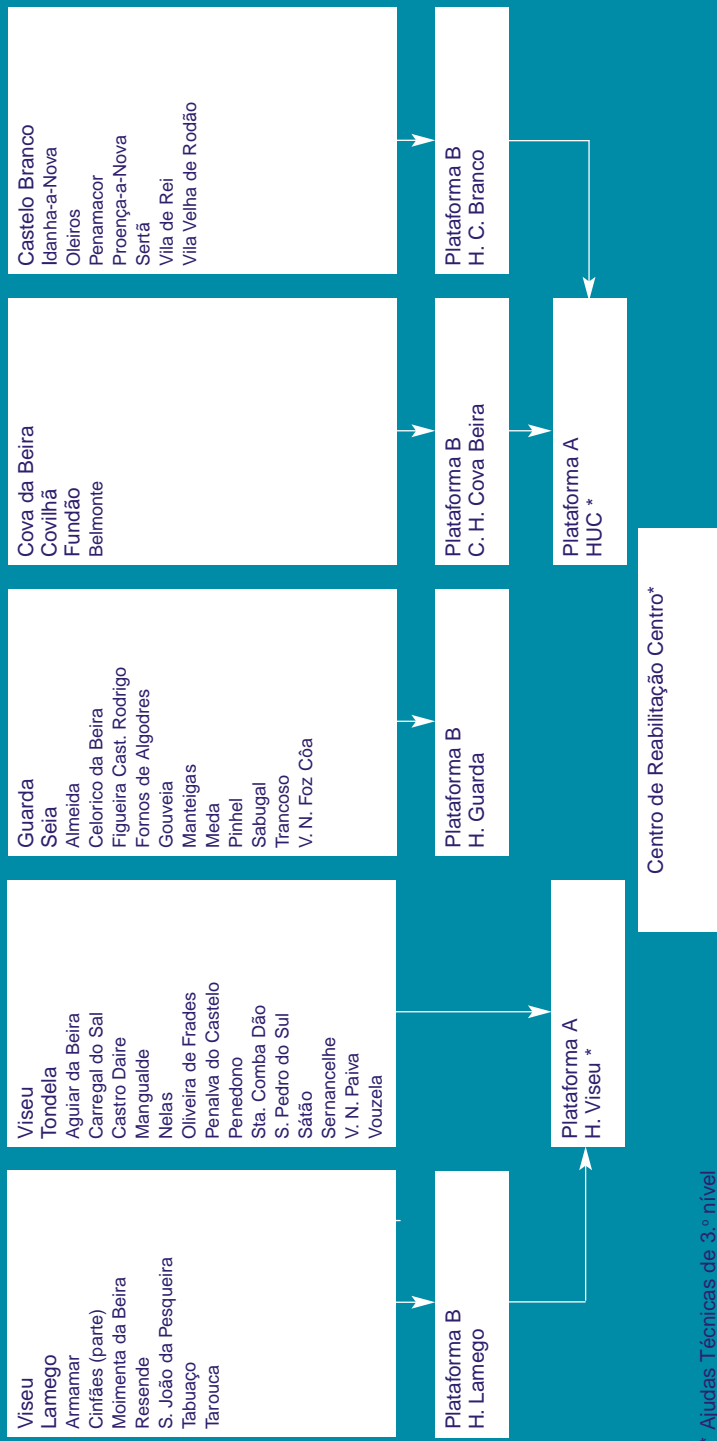
Região de Saúde do Norte – Distritos de Bragança e Vila Real



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

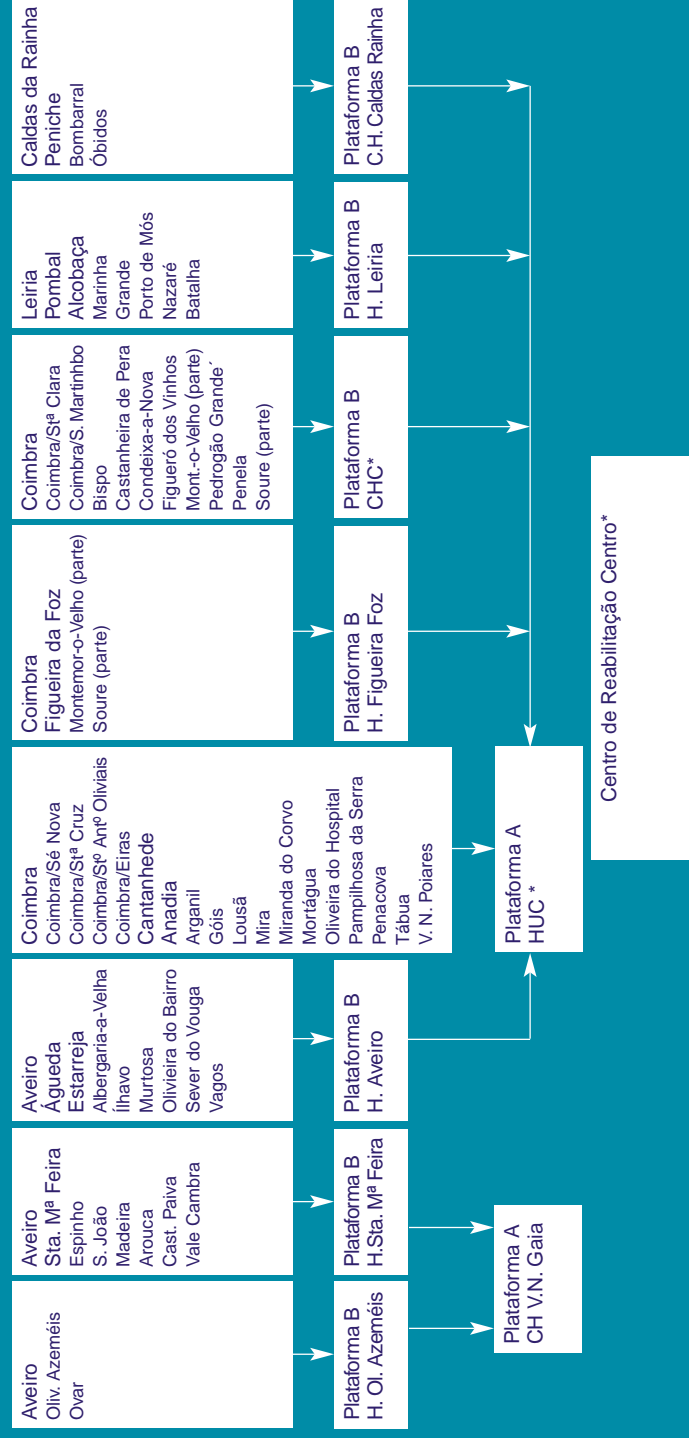
Região de Saúde do Centro – Distritos Viseu, Guarda e Castelo Branco



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

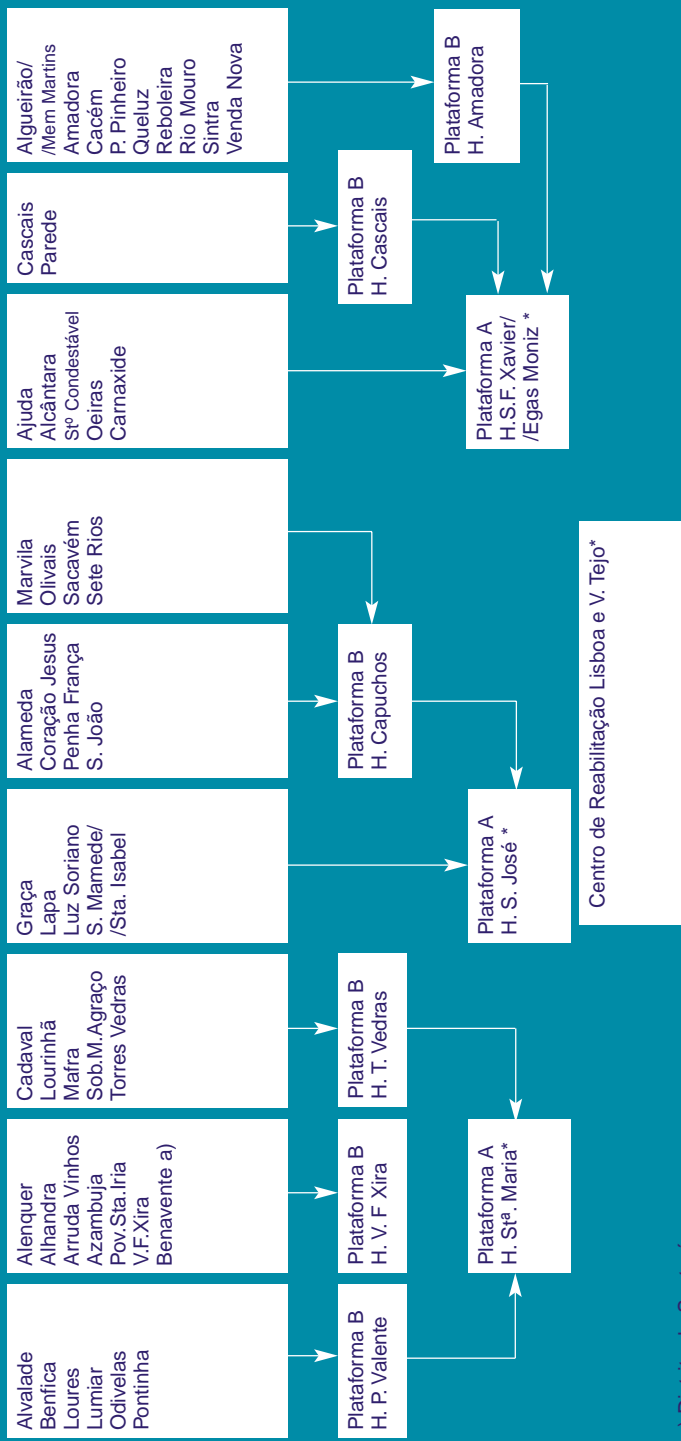
Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Lisboa

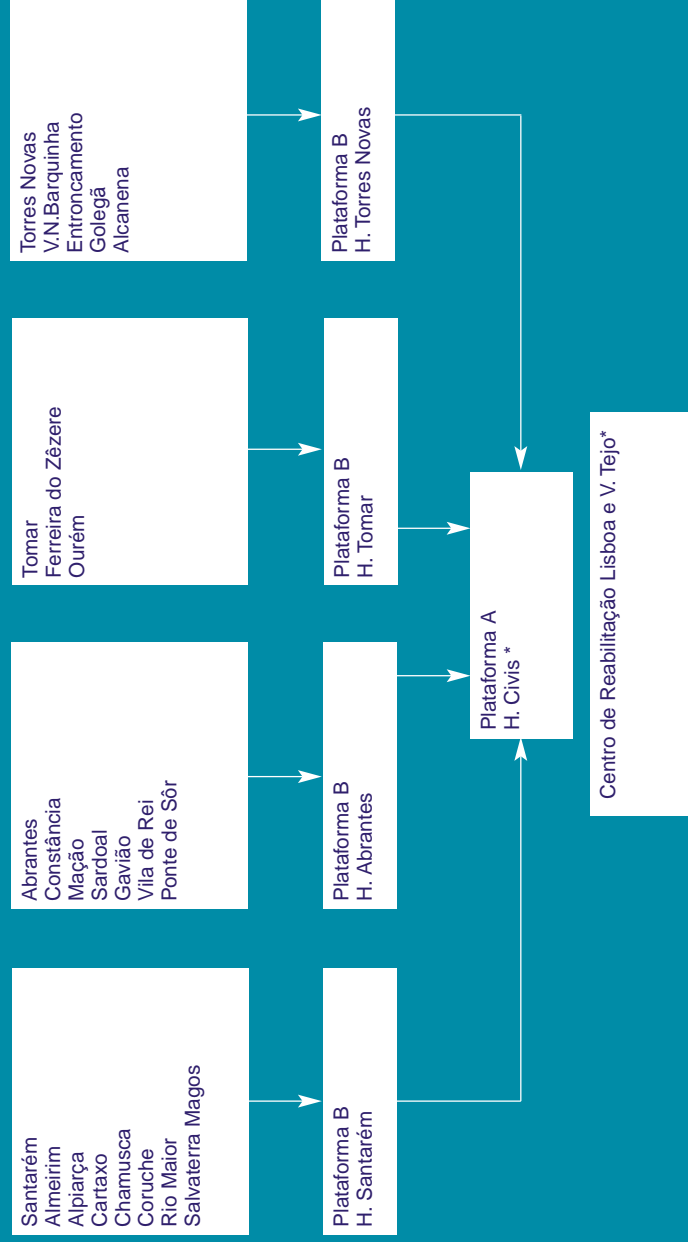


a) Distrito de Santarém

* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

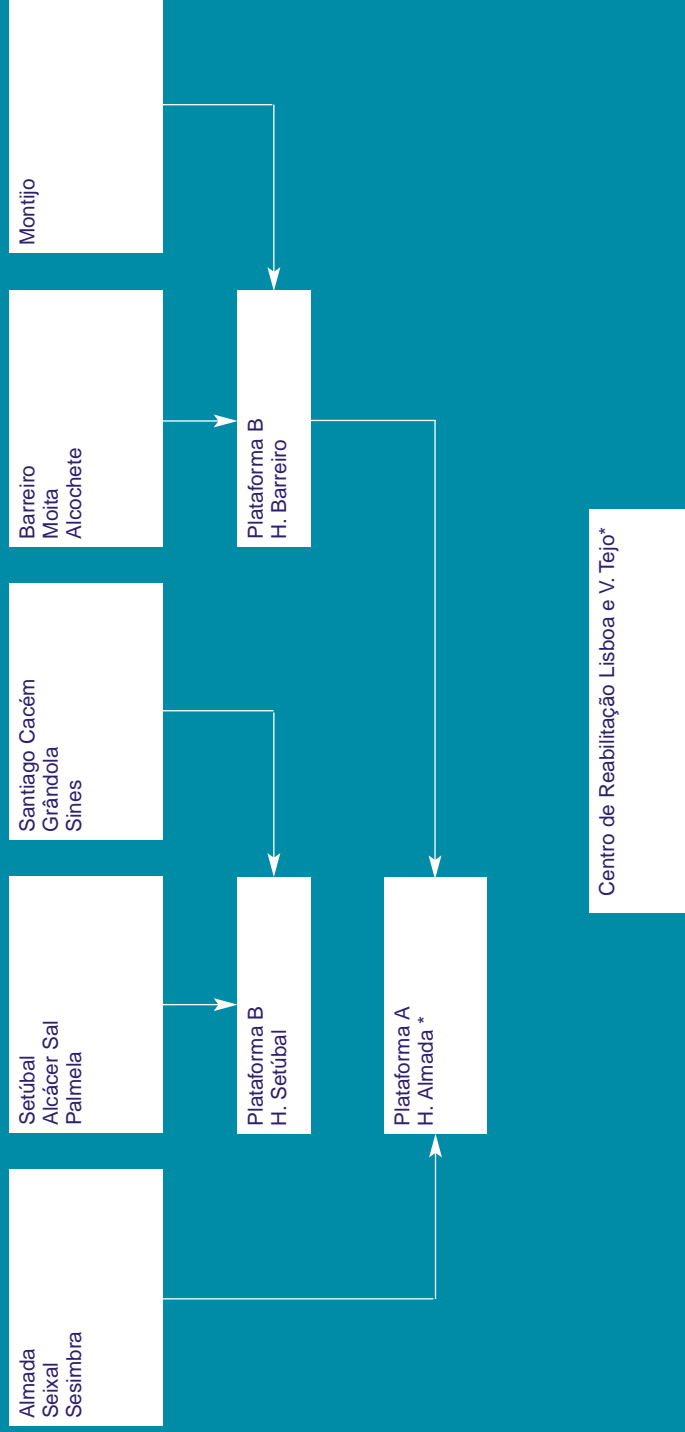
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Santarém



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

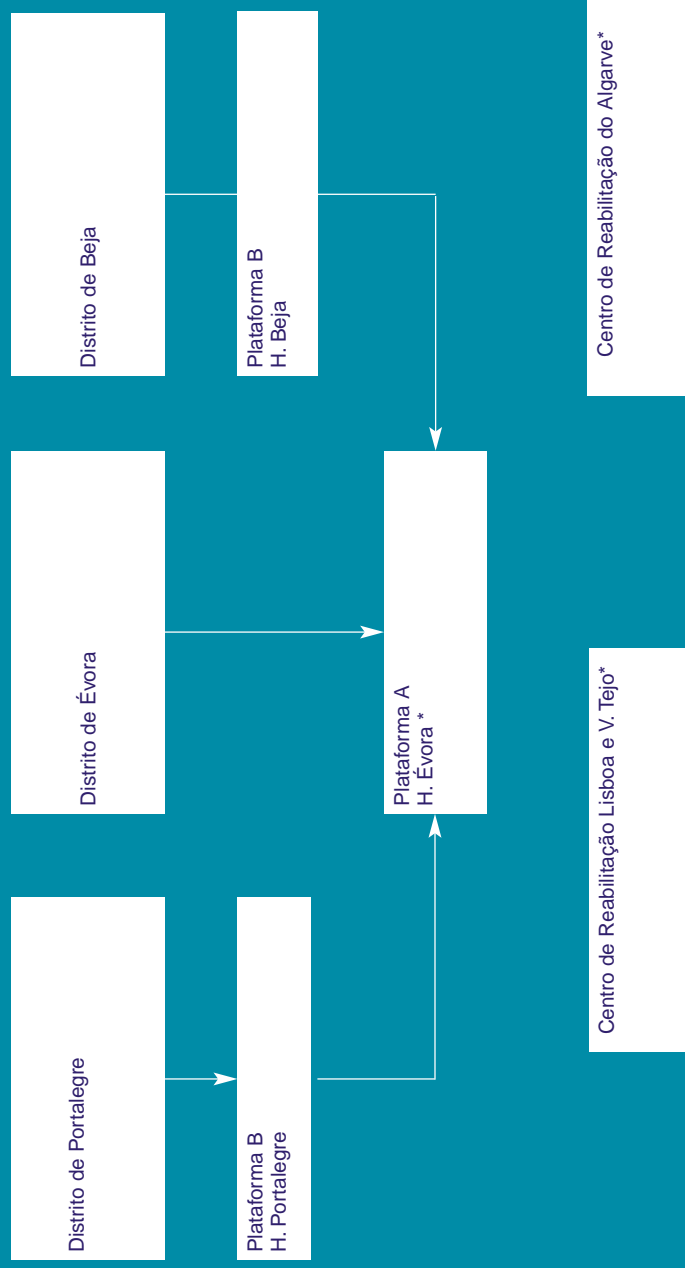
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Distrito de Setúbal



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

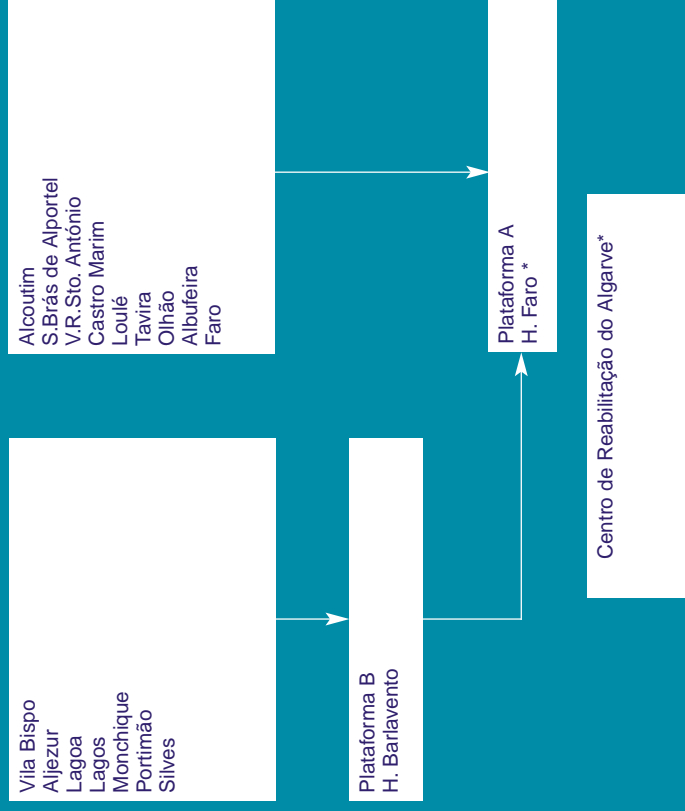
Região de Saúde do Alentejo



* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Rede de Referência Hospitalar - Medicina Física e Reabilitação

Região de Saúde do Algarve

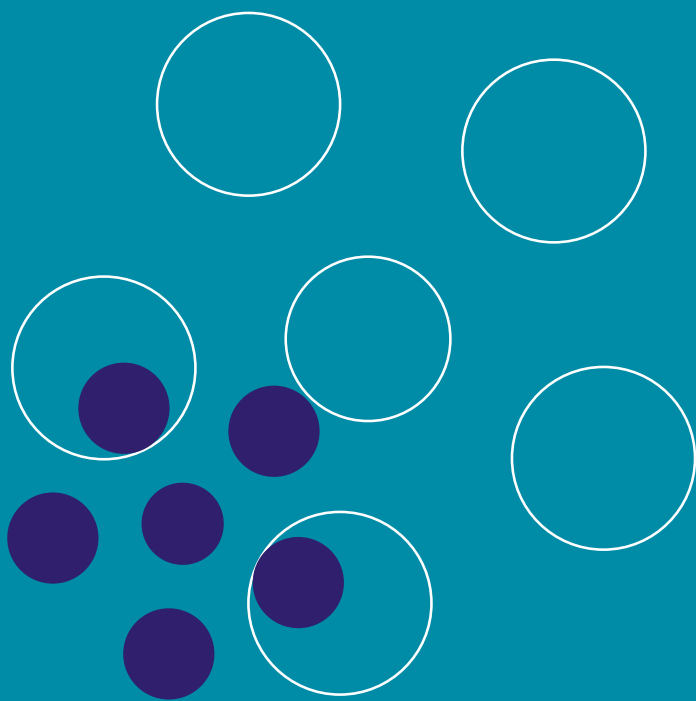


* Ajudas Técnicas de 3.º nível

Apexo I

Instituições Públicas com Fisiatria

Descrição do número de camas e de médicos



Instituições	Médicos Quadro		Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos		
REGIÃO NORTE	15	67	8	74	29	63	
- HD Macedo Cavaleiros	1	3	VAGO	2	0	2	
- H. S. Pedro – Vila Real	1	4	VAGO	4	0	-	
- HD Chaves	-	3	-	3	0	-	
- H. S. Marcos	1	11	1	9	5	34 (a)	(a) fisioterapia; ortopedia.
- H. V. Nova de Famalicão	-	3	-	3	-	-	
- H. N.ª S.ª da Oliveira - Guimarães	-	6	-	6	2	-	
- CH.vila Nova de Gaia	4	6	4	6 (2eventuais)	1	-	
- H. Santo António – Porto	2	6	-	19 (4 eventuais)	9	22	
- H. S. João – Porto	2	7	2	7	12	-	
- H. Maria Pia – Porto	-	2	-	2	-	2 (e)	(e) na medicina geral
- H. Padre Américo – Vale do Sousa	-	2	-	2	-	3	
- H. S. Gonçalo – Amarante	1	3	-	1	-	-	
- H. Pedro Hispano – Matosinhos	-	4	-	4	-	-	
- H. S. Pedro Pescador – Póvoa de Varzim	1	2	1	2	-	-	
- H. Conde S. Bento – Santo Tirso	1	2	-	1(b)	-	-	(b) só podem prover 2 lugares
- H. S.ª Luzia – Viana do Castelo	1	3	-	3	-	-	

Fonte: D.G. da Saúde / DSP (informação recolhida directamente junto dos hospitais)

Instituições	Médicos Quadro		Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos		
REGIÃO CENTRO	12	41	3	36	6	13	
- HD Águeda	-	1	-	1	-	-	
- H. José Luciano de Castro - Anadia	-	-	-	-	-	-	
- HD de Aveiro	-	4	-	4	-	-	
- H. Visconde de Salreu – Estarreja	-	-	-	1 (avença)	-	-	
- HD de Oliveira de Azeitões	0	-	-	1 (avença)	-	-	
- H. S. João da Madeira	1	2	-	2	-	-	
- H. Amato Lusitano – Castelo Branco	1	3	1	1	-	-	
- HD da Covilhã + H. Fundação	1	2	-	1	-	-	
- CH de Coimbra	1	2	1	2	1	-	
- HUCoimbra	4	8	-	8	5	-	
- HD da Figueira da Foz	-	3	-	3	-	-	
- CH das Caldas da Rainha	1	3	-	4	-	12	
- H. S. Pedro Gonçalves Telmo – Peniche	-	2	-	1	-	-	
- HD de Pombal	1	-	-	1	-	-	acumulação com os HUC
- H. Sp André – Leiria	-	5	-	3	-	1(a)	(a) na medicina
- H. S. Teotónio – Viseu	2	6	1	3	-	-	

Fonte: D.G. da Saúde / DSP (informação recolhida directamente junto dos hospitais)

Instituições	Médicos Quadro			Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos			
REGIÃO LxVT	21	100	16	98	23	20		
- H.S.José – Lisboa	2	8 (a)	2	8 (a)	2	-	2 foram acrescidos por força do DL n.º 36/99 de 5 de Fevereiro a extinguir quando vagarem.	
- H.S.º António dos Capuchos – Lx	1	9	1	9	-	-		
- H. Curry Cabral – Lisboa	1	18	1	18 (1 contratado)	5	20		
- H.D. Estefânia – Lisboa	2	9	2	9 (1 é eventual)	1	-		
- H.S.ª Marta – Lisboa	2	7	2	7	1	-		
- H.Egas Moniz – Lisboa	-	3	-	4 (1 averença)	4	-		
- H.Pulido Valente – Lisboa	-	-	-	1	-	-	(4h/sem)	
- H.S.ª Maria – Lisboa	1	7	1	7	5	-		
- H.S. Francisco Xavier - Lisboa	1	3	1	3	-	-		
- H. Ortopédico Dr. José d'Almeida	1	1	1	1	-	-		
- H. Cascais	-	3	-	3	-	-		
- HD D. Afonso III – Torres Vedras	-	2	-	1	-	-		
- H.Dr JMA – Torres Vedras	-	2	-	1	-	-		
- HD– Vila Franca de Xira	1	2	-	1	-	-	Só um lugar pode estar provido	
- HD – Abrantes	1	1	1	1	-	-		
- HD de Santarém	1	3	1	3 (2 eventuais)	-	-		
- HD N.º S.ª Da Graça – Tomar	-	3*	-	1	-	-	Só pode prover 2	
- HD de Torres Novas	-	3	-	1	-	-		
- H. Garcia de Orta – Almada	3	7	2	6	5	-		
- HD do Barreiro	1	5	1	5	-	-		

* Dados atualizados em Fevereiro de 2001

Fonte: D.G. da Saúde / DSP (informação recolhida directamente junto dos hospitais)

Continua

Continuação

Instituições	Médicos Quadro		Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos		
- HD do Montijo	-	2	-	2	-	-	
- HD de S. Bernardo – Setúbal	2	3	1	4	-	-	
- H. Ortopédico do Outão	1	2	1	3 (1 eventual)	-	-	

Instituições	Médicos Quadro		Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos		
REGIÃO DO ALENTEJO	3	11	2	5	-	-	
- H. Joaquim Fernandes – Beja	1	2	-	1	-	-	
- H. S.Paulo – Serpa	-	1	-	1	-	-	
- H. do Espírito Santo - Évora	1	4	1	-	-	-	
- H. Sª Luzia – Elvas	1	2	1	1	-	-	
- H. Dr. José Maria Grande – Portalegre	-	2	-	2	-	-	

Fonte: D.G. da Saúde / DSP (informação recolhida directamente junto dos hospitais)

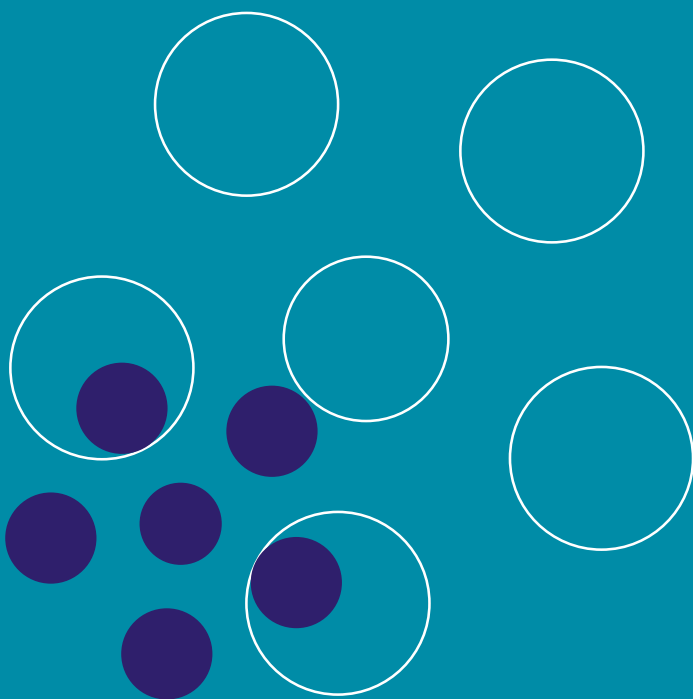
Instituições	Médicos Quadro		Médicos Existentes			Camas Existentes	Observações
	Chefe serviço	Assistentes	Chefes Serviços	Assistentes	Internos		
REGIÃO DO ALGARVE	5	16	1	7		-	
- HD de Faro	4	14	1	4	-	-	Portaria 1048/2000, de 30.10.2000
- HD de Lagos	-	-	-	1	-	—	
- HD de Portimão	1	2	-	2	-	-	O lugar de chefe de serviço vago

Fonte: D.G. da Saúde / DSP (informação recolhida directamente junto dos hospitais)

Apexo II

Internamentos em 1999 por:

- Lesão Medular sem Envolvimento Ósseo (Cid9: 952)
- Lesão Medular com Envolvimento Ósseo (Cid9: 806)
- Paralisia Cerebral Infantil (Cid9: 343)
- Efeitos Tardios de Doença Cerebrovascular (Cid9: 438)
- Hemiplegia (Cid9: 342) e Anóxia Cerebral (Cid9: 348.1)
- Abscesso Intracraneario (Cid9: 324.0)
- Quadriplegia (Cid9: 344.0)



Internamento Hospitalar 1999

Códigos de Lesão Medular / Encefálica e outras lesões neurológicas		Total Doentes saídos	
		N.º	%
952 - incluindo todos os códigos de 4 e 5 dígitos - lesão medular sem envolvimento ósseo		109	5,7%
806 - incluindo todos os códigos de 4 e 5 dígitos - lesão medular com envolvimento ósseo		332	17,5%
721.41 - espondilose torácica com mielopatia		8	0,4%
721.42 - espondilose lombar com mielopatia		51	2,7%
721.91 - espondilose não especificada com mielopatia		15	0,8%
742.59 - mielodisplasia		9	0,5%
237.70 - neurofibromatose		12	0,6%
237.71 - neurofibromatose tipo 1		15	0,8%
324.1 - abscesso intraespinal		27	1,4%
767.4 - lesão medular devido a trauma de nascimento		0	0,0%
340 - esclerose múltipla		625	33,0%
330.0 - leucodistrofia		21	1,1%
742.9 - anomalia congénita inespecífica do cérebro, sistema nervoso e medula		8	0,4%
324.0 - abscesso intracraniano		64	3,4%
224.9 - abscesso subdural ou extradural de sítio inespecífico		1	0,1%
342 - incluindo todos os códigos de 4 dígitos - hemiplegia		73	3,9%
438 - incluindo todos os códigos de 4 e 5 dígitos - efeitos tardios de doença cerebro-vascular		86	4,5%
343.4 - hemiplegia infantil		2	0,1%
343 - incluindo todos os códigos de 4 dígitos - paralisia cerebral infantil		115	6,1%
344.0 - incluindo todos os códigos de 5 dígitos - quadriplegia		57	3,0%
344.1 - paraplegia		88	4,6%
344.2 - diplegia membros superiores		1	0,1%
344.3 - incluindo todos os códigos de 4 dígitos - monoplegia dos membros inferiores		8	0,4%

Continua

Continuação

Códigos de Lesão Medular / Encefálica e outras lesões neurológicas	Total Doentes saídos	
	N.º	%
344.4 - incluindo todos os códigos de 5 dígitos - monoplegia dos membros superiores	21	1,1%
344.6 - incluindo todos os códigos de 5 dígitos - síndrome de cauda equina	36	1,9%
344.9 - paralisia inespecífica	21	1,1%
344.81 - síndrome locked -in	0	0,0%
348.1 - anoxia cerebral	73	3,9%
344.82 - encefalopatia tóxica	0	0,0%
356.4 - polineuropatia progressiva ideopática	20	1,1%
TOTAL	1896	100,0%

Fonte: Base de dados dos GDHs

Hospital	Total	↕	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu	Ilha Madeira	Ilha Terceira
C. H. Caidas da Rainha	2											2			3							
C. H. Vale do Sousa	3														27							
C.H. Vila Nova de Gaia	38	2	9																	2		
CHC Hospital Geral	57		3					20				26	1			5				2		
CHC: Hospital Pediátrico	26		1			1		12			3	5	1			1				2		
HD Abrantes	8													4		4						
HD Agueda	7		7																			
HD Alcobaca	91			1								1					72					
HD Almada	1	8											10		1							
HD Amaranite	1																					
HD Anadia	1		1																			
HD Aveiro	44		43			1																
HD Barcelos	6				6																	
HD Barreiro	17		1														16					
HD Beja	6		6																			
HD Bragança	8					8																
HD Cantanhede	1	1																				
HD Cascais	8												8									
HD Castelo Branco	20					20													9			
HD Chaves	9																					
HD Covilha	26					26																
HD Elvas	3													3								
HD Espinho	1		1																			
HD Evora	12								11							1						
HD Fafe	2				2																	
HD Faro	89	1						1		87												
HD Feira	23		22												1							
HD Fundão	1					1																
HD Guarda	7									7												
HD Guimarães	48				41										7							
HD Lagos	7									7												
HD Lamego	8																		1	7		
HD Leiria	29											27			1	1						
HD Maceo de Cavaleiros	5					5																
HD Matosinhos	37														36							
HD Mirandela	4					4														1		
HD Montijo	5																5					
HD Oliveira de Azeméis	2		2																			
HD Ovar	5		5																			
HD Peso da Régua	1																					
HD Pombal	1											1							1			
HD Ponte de Lima	5																	5				
HD Portalegre	4																					
HD Portimão	10									10				4								
HD Póvoa de Varzim	4														4							

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - LESÃO MEDULAR/ENCEFÁLICA E OUTRAS LESÕES NEUROLÓGICAS (CID9 952, 806, 721.41, 721.42, 721.91, 742.59, 237.70, 237.71, 324.1, 767.4, 340, 330.0, 742.9, 324.0, 224.9, 342, 438, 343, 344.0, 344.1, 343, 344.0, 344.1, 344.2, 344.3, 344.4, 344.6, 344.9, 344.81, 348.1, 344.82, 356.4)

Hospital	Total	↕	Aveiro	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Faro	Ilha Terceira	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
C. H. Vale do Sousa	1												1					
C. H. Vila Nova de Gaia	1												1					
CHC Hospital Geral	3					1				2								
CHC: Hospital Pediátrico	1					1												
HD Almada	3										1				2			
HD Aveiro	2		1		1													
HD Barcelos	3			3														
HD Cantanhede	1	1																
HD Cascais	1										1							
HD Castelo Branco	1				1							1						
HD Elvas	1																	
HD Fafe	1			1														
HD Faro	6					1	5											
HD Feira	5		5															
HD Guimarães	2			2														
HD Lamego	2																	2
HD Leiria	3									2				1				
HD Macedo de Cavaleiros	1				1													
HD Matosinhos	2												2					
HD Portimão	1							1										
HD Santo Tirso	1												1					
HD Setúbal	2														2			
HD Viana do Castelo	1														1			
HD Vila Real	3				1											1		1
HD Viseu	1																	1
H. São Francisco Xavier	3	1									2							
H. Egas Moniz	3										3							
H. Santo António	9		1		1								2			2		3
H. Universidade Coimbra	16	15																1
Hospital de Santa Maria	4										4							
Hospital de São João	10		1	1									8					
Hospital de São José	6							1	1		4							
H. Fernando da Fonseca	3										3							
Hospital São Marcos	6			6														
TOTAL	109	17	8	13	4	1	3	7	1	4	18	1	15	1	4	1	3	8

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - Lesão medular sem envolvimento ósseo (CID9 952)

Hospital	↕	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
C.H. Vila Nova de Gaia													3					
CHC Hospital Geral					1	8				11	1							
CHC: Hospital Pediátrico														3				
HD Abrantes																		
HD Agueda		4																
HD Almada															6			
HD Anadia		1																
HD Aveiro		20																
HD Barcelos				1														
HD Barreiro															1			
HD Beja			3															
HD Bragança					1													
HD Chaves																	3	
HD Elvas												1						
HD Evora							1											
HD Faro								9										
HD Feira		8																
HD Guarda									1									
HD Guimarães				2									2					
HD Lagos								1										
HD Lamego																	1	1
HD Leiria		13								12			1					
HD Macedo de Cavaleiros					2													
HD Matosinhos													7					
HD Pombal										1								
HD Portalegre												1						
HD Portimão								4										
HD Póvoa de Varzim													1					
HD Setúbal															1			
HD Tondela																		1
HD Torres Novas		10																
HD Torres Vedras														10				
HD Valongo													1					
HD Viana do Castelo																5		
HD Vila Franca de Xira																		
HD Vila Real											1						1	1
H. Ortop. José de Almeida																		
H. São Francisco Xavier		12	4															
H. Egas Moniz		17					1											1
H. Ortopédico do Outão		3	3															
H. Santo António		36											11					11
H. Universidade Coimbra		33	29	2	3	2												2
Hospital Curry Cabral											1							

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - Lesão medular com envolvimento ósseo (CID9 806)

Hospital	Total	↕	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Coimbra	Évora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
Hospital de Santa Maria	6											3			2	1			
Hospital de São João	24		2											21			1		
Hospital de São José	29	1						1	9		1	9	2			6			
H. Fernando da Fonseca	7											7							
Hospital São Marcos	13			12								1							
TOTAL	332	37	44	3	17	7	10	3	23	1	25	52	4	48	15	16	6	16	5

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - Lesão medular com envolvimento ósseo (CID9 806)

Hospital	↕	Aveiro	Beja	Braga	Bragança	Cast. Branco	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
C.H. Vila Nova de Gaia														3					
CHC Hospital Geral							1				1								1
CHC: Hospital Pediátrico		1					4				1				1				
HD Abrantes													1		1				
HD Alcobaca											1								
HD Almada	2															12			
HD Barcelos																			
HD Beja			2																
HD Bragança					3														
HD Cascais											1								1
HD Chaves																			
HD Covilhã						1													
HD Évora	4							4											
HD Faro	6								6										
HD Guarda										1									
HD Guimarães	5			5															
HD Lamego	2																		2
HD Matosinhos	4													4					
HD Povoas de Varzim	1													1					
HD Santo Tirso	1													1					
HD Setúbal	2															2			
HD Torres Vedras	1																		
HD Viana do Castelo	1																1		
HD Vila Nova Famalicão	4			3										1					
H São Francisco Xavier	6											6							
H. Egas Moniz	16											15			1				
H. Santo António	2	1																	
H. Universidade Coimbra	1																		
Hospital de Santa Maria	4											3				1			
Hospital de São João	5													4					1
Hospital de São José	1											1							
H. Fernando da Fonseca	1										1								
Hospital Maria Pia	2																		2
Hospital São Marcos	6			6															
TOTAL	115	3	2	2	3	1	5	4	6	1	4	27	1	17	3	15	1	2	3

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - PARALISIA CEREBRAL INFANTIL (CID9 343)

Hospital	Total	Aveiro	Beja	Braga	Cast. Branco	Faro	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real
HD Abrantes	1								1					
HD Almada	3											3		
HD Aveiro	1	1												
HD Barreiro	3											3		
HD Beja	1		1											
HD Beja	8				8									
HD Fafe	1			1										
HD Faro	8					8								
HD Feira	1	1												
HD Guimarães	4			4										
HD Lagos	4				4									
HD Leiria	1					1								
HD Matosinhos	10								10					
HD Montijo	3										3			
HD Ovar	4	4												
HD Peso da Régua	1												1	
HD Ponte de Lima	3											3		
HD Santarém	1									1				
HD Santiago do Cacém	5											5		
HD Setúbal	1											1		
HD Torres Novas	3									3				
HD Torres Vedras	2							2						
HD Valongo	3								3					
HD Viana do Castelo	2												2	
H. Santo António	8									8				
Hospital de Santa Marta	1							1						
Hospital de São João	3									3				
TOTAL	86	6	1	5	8	12	1	3	1	24	4	15	5	1

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - Efeitos tardios doença cerebro-vascular(CID9 438)

Hospital	↕	Aveiro	Braga	Cast. Branco	Coimbra	Évora	Faro	Guarda	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	V. Castelo	Vila Real	Total
CHC: Hospital Pediátrico					6			3	2							11
H D Aveiro		1														1
H D Chaves															5	5
H D Évora				1												1
H D Faro						1										1
H D Feira		1														1
H D Fundão				1												1
H D Guimarães			2													2
H D Ovar		1														1
H D Póvoa de Varzim												1				1
H D Viana do Castelo																1
H D Vila Nova Famalicão			2													2
H São Francisco Xavier										3						3
H. Santo António		3										9				12
H. Universidade Coimbra		5			2											8
Hospital Cury Cabral										1						1
Hospital de São João											2					2
Hospital de São José							1			8	1		1			11
Hospital do Desteiro										1						1
Hospital Maria Pia																1
Hospital São Marcos			6													6
TOTAL		5	8	10	1	8	1	3	2	13	1	12	1	1	5	73

Hospital	Total	↕	Aveiro	Beja	Braga	Cast. Branco	Coimbra	Faro	Leiria	Lisboa	Porto	Santarém	Setúbal
C.H. Vila Nova de Gaia	4		1						1		3		
CHC Hospital Geral	2					1							
H D Águeda	1		1										
H D Almada	3												3
H D Aveiro	1		1										
H D Barreiro	4			1						2			3
H D Cascais	2					2							
H D Covilhã	2							3					
H D Faro	3												
H D Feira	4		4										
H D Guimarães	1			1									
H D Matosinhos	3									3			
H D Santarém	1											1	
H D Torres Vedras	1									1			
H Santo António Capuchos	1									1			
H São Francisco Xavier	1									1			
H. Egas Moniz	2									1		1	
H. Santo António	11		1		2						8		
H. Universidade Coimbra	2	2											
Hospital Curry Cabral	3									3			
Hospital de Santa Maria	2									2			
Hospital de São João	3										3		
Hospital de São José	10									8			2
Hospital do Desteiro	3									3			
H. Fernando da Fonseca	2									2			
Hospital Santa Cruz	1											1	
TOTAL	73	2	8	1	3	2	1	3	1	24	17	3	8

Internamento Hospitalar 1999: Doentes saídos por hospital e distrito de residência, segundo diagnóstico principal - ANOXIA CEREBRAL (C1D9 348.1)

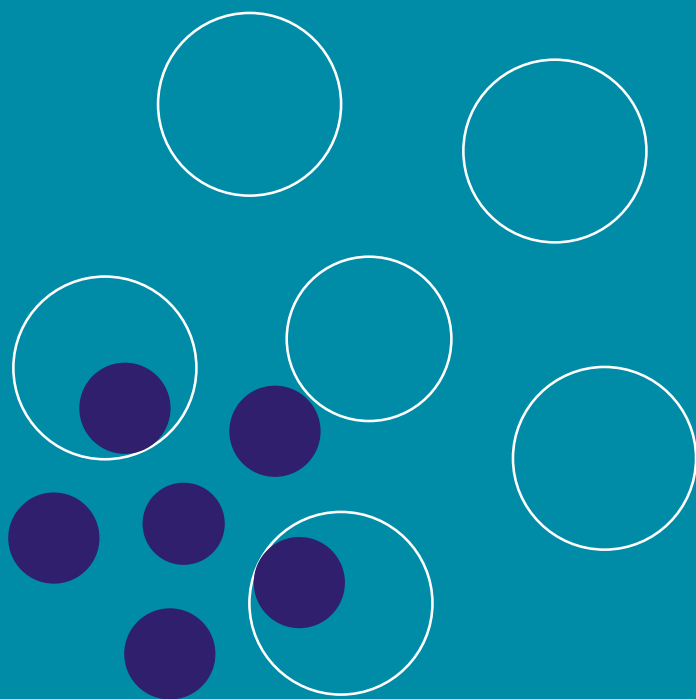
Hospital	↕	Aveiro	Braga	Coimbra	Evora	Faro	Guarda	Ilha Madeira	Leiria	Lisboa	Portalegre	Porto	Santarém	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Total
C.H. Vila Nova de Gaia												1					
OHC Hospital Geral									1								
OHC: Hospital Pediátrico									1								
H D Abrantes											2						
H D Almada										1				2			
H D Aveiro		1															
H D Faro						2											
H D Feira		1															
H D Guarda							1										
H D Guimarães			1														
H D Matosinhos												2					
H D Santarém													1				
H D Viana do Castelo															3		
H Santo António Capuchos										1							
H São Francisco Xavier										1							
H. Egas Moniz		6						1		4				1			
H. Santo António		2															1
H. Universidade Coimbra		7		1			1										
Hospital de Santa Maria		2							1	1							
Hospital de São João			2									4			2		
Hospital de São José					1					4							
H. Fernando da Fonseca										1							
Hospital São Marcos			9														1
Inst. P. Oncologia Lisboa										1							
TOTAL	64	5	3	12	1	1	2	2	3	14	2	7	1	3	6	1	

Hospital	Total	↕	Aveiro	Beja	Braga	Coimbra	Faro	Leiria	Lisboa	Porto	Setúbal	V. Castelo	Vila Real	Viseu
C.H. Vila Nova de Gaia	1									1				
CHC Hospital Geral	3					1		1						1
H D Almada	1										1			
H D Aveiro	1		1											
H D Cascais	1								1					
H D Faro	2					2								
H D Feira	1		1											
H D Guimarães	2			2			2							
H D Lagos	2													
H D Leiria	2							2						
H D Montijo	1										1			
H D Viana do Castelo	1											1		
H D Vila do Conde	1									1				
H D Vila Real	4												4	
H Santo António Capuchos	5								3		1			
H São Francisco Xavier	2								2					
H. Santo António	10		3		1					5				1
H. Universidade Coimbra	6	6												
Hospital de Santa Maria	2					1			1					
Hospital de São José	4	1				1			2					
Hospital São Marcos	5				5									
TOTAL	57	7	5	1	8	1	6	3	9	7	3	1	4	2

Apexo III

Lista de Equipamento Específicos das Áreas dos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação

Áreas e Equipamentos Específicos dos Serviços
de MFR



Área	Equipamento
<p>ELECTROLOGIA/: ELECTROTERRAPIA Aplicação de correntes eléctricas, efeito terapêutico directo ou indirecto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aparelhos de baixa e média frequência (correntes galvânicas, farádicas, progressivas/exponenciais, diadinâmicas, TENS ou outras de efeito anti-âlgico, moduladas, interferenciais bipolares e/ou tetrapolares, etc.) * Aparelho com disponibilidade de estudo das curvas I/T- (cronaxia e reobase) * Aparelhos de alta frequência - tipo ondas curtas ou micro ondas contínuas e pulsáteis * Aparelhos de estimulação eléctrica funcional e de reeducação neuro-motora de tipo Biofeedback * Aparelhos de magnetoterapia (opcional)
<p>VIBROTERRAPIA ULTRASÓNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aparelhos de ultrasonoterapia contínuos e pulsáteis (de 1 e 3 MHz de frequência)
<p>FOTOTERRAPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aparelho de Ultra violetas: UV-A e UV-B * Aparelho de Infra-vermelhos * Aparelho de LASER
<p>TERMOTERRAPIA POR CONDUÇÃO (SUPERFICIAL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aparelho de calor húmido/hot-packs * Aparelho/tina de parafinoterapia * Aparelho/tina de parafangoterapia ou similar * Aparelho de crioterapia/ cold packs
<p>MASSO E PRESSOTERRAPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Aparelhos de vibromassagem (massagem mecânica) * Mesas de massagem em cabine (boxe) individualizada * Aparelhos de pressões intermitentes podendo ser sequenciais com mangas para membro superior e inferior com variado número de camaras
<p>CINESIOTERRAPIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Tapetes de reeducação * Marquesas e plataformas de tratamento/colchão elevado de reeducação * Plano inclinado e/ou mesa de verticalização / "standing-frame" * Conjunto de auxiliares de transferência e de marcha (andarilhos, muletas axilares, canadianas, tripés e outras bengalas) * Barras paralelas * Cintos, Talas, Ortóteses/Próteses de Treino * Espelho quadriculado * Espaldar * Mangas pneumáticas para M. Superior e Inferior de tipo Margareth Johnstone * Conjunto de almofadas em espuma de diferentes formas e volumes * Bolas de tipo Bobath * Bolas medicinais de vários tamanhos * Conjunto de tábuas para reeducação proprioceptiva * Tábuas/plataformas para treino de equilíbrio * Escadas e rampas * Conjunto de pesos de diversos tipos (halteres, sacos de areia)

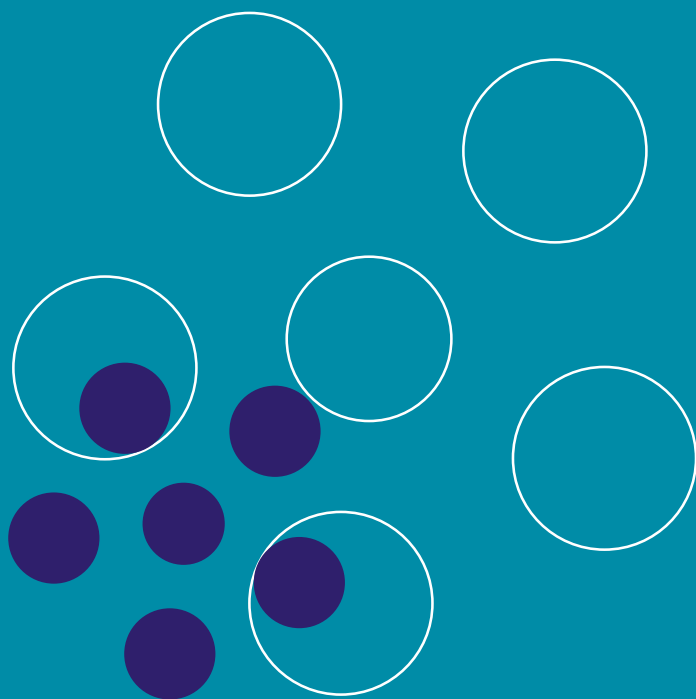
Área	Equipamento
MECANOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> * Gaiola de Rocher com acessórios * Aparelho de tracção vertebral * Bicicletas ergométricas * Pedaleira * Aparelhos de mobilização articular para membro superior e inferior * Aparelhos de fortalecimento muscular para membro superior, inferior e tronco * Tapete rolante * Aparelho de fortalecimento muscular isocinético (opcional) * Aparelho de marcha em suspensoterapia (opcional)
HIDROTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> * Tina de hidromassagem para membro superior e inferior * Tanque de Hubbard (opcional) * Manilúvios e pedilúvios para banhos de contraste * Tanque de marcha e/ou piscina terapêutica (opcional)
VENTILOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none"> * Aerossoloterapia e inaloterapia com componentes adequados: máscaras, sondas e respectivo material de consumo (descartáveis) * Nebulizadores ultra-sónicos * Mesas de tratamento para drenagem brônquica / manipulação torácica e reeducação respiratória * Espelhos para reeducação * Espirómetros e espirómetros incentivada * Aspirador de secreções * IPPB e/ou Ventiloterapia própria dita, com ventilação não invasiva como opcional em unidades vocacionadas e experientes para o tratamento de doentes com insuficiência respiratória obstrutiva e restritiva. Estas unidades devem ter igualmente disponíveis um pulso oxímetro para controlo da execução dos tratamentos.
TERAPIA OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> * Equipamento e testes de integração social * Equipamento de treino sensitivo e sensorial * Equipamento de fortalecimento e reeducação motora do membro superior/mão * Equipamento e material de treino e estimulação neuro-cognitiva * Material específico para treino de destreza manual, podendo incluir actividades artesanais e matérias para treino da escrita e outras actividades que impliquem mudança de lateralidade. * Equipamento e material, incluindo dispositivos de compensação, para actividades de vida diária * Neste sector poderá existir equipamento e material adequado à confecção de talas e ortóteses estáticas e dinâmicas (opcional). * <i>Software</i> para avaliação e treino funcional da mão
TERAPIA DA FALA	<ul style="list-style-type: none"> * Secretária com altura adaptada a cadeira de rodas * Mesa de trabalho e cadeiras para intervenção com crianças

Área	Equipamento
TERAPIA DA FALA (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> * Espelho (móvel) * Marquesa * Colchão para trabalhar no chão * Armário * Dependente das áreas de intervenção: * Crianças: Jogos, cartões com imagens de objectos, animais, acções, actividades...). Objectos reais e miniaturas de animais, frutos, etc. Palhinhas, botões, espátulas, instrumentos de sopro e percussão, marcadores, lápis de cor, material de pintura, tesouras, cola.... * Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação: PIC, SPC, outros de tecnologia mais avançada * Outras tecnologias da comunicação. * Adultos: Cartões com imagens (específicos para adultos), espátulas, luvas de borracha, objectos reais de uso comum * Gravador com boa qualidade e cassetes áudio * Cronómetro * Computador com impressora e <i>software</i> específico para intervir com adultos afásicos * Sistemas Aumentativos e Alternativos da Comunicação
OUTRAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS E/OU TERAPEUTICAS	<p>De acordo com a vocação do hospital deverá estar apetrechada com o equipamento e material necessário à realização dos exames e técnicas específicas que se propõe executar no respeito pelo que está determinado pela " legis artis" e pela Ordem dos Médicos, nomeadamente para a correcta execução dos eventuais actos complementares de diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Exame de marcha com registo gráfico * Exame muscular com registo gráfico * Raquimetria * Electrodiagnóstico de estimulação * Electromiografia * Ecotomografia das partes moles * Estudos urodinâmicos * Equipamento de estimulação e <i>biofeedback</i> para reeducação do pavimento pélvico * Provas funcionais respiratórias * Testes de psicomotricidade * Testes de avaliação do desenvolvimento * Testes de avaliação da linguagem * Matrizes de RAVEN * Pressões transcutâneas de oxigénio

Apexo IV

Lista de Material de Ajudas Técnicas e Níveis de Prescrição

Níveis de Competência para a Prescrição das Ajudas Técnicas



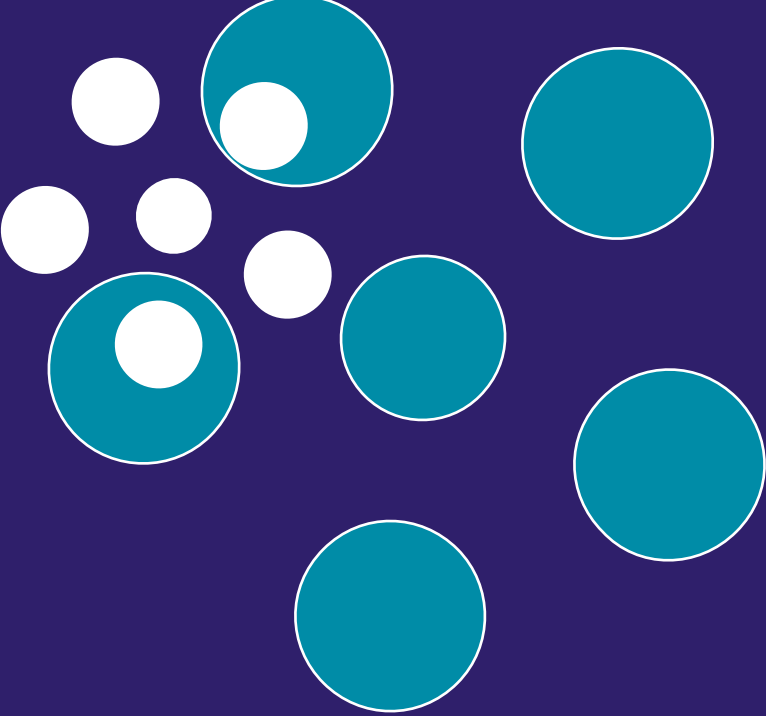
Classificação	Descrição	Níveis		
		1	2	3
ISO 03 06 06	Meias Anti – Edema	x	x	x
ISO 06 30	Outras Próteses (não dos Membros)	x	x	x
ISO 06 30 36	Dentaduras	x	x	x
ISO 09 12	Ajudas para Higiene Pessoal	x	x	x
ISO 09 18	Ajudas de Ostomia	x	x	x
ISO 09 21	Produtos para Protecção e Limpeza da Pele	x	x	x
ISO 09 24	Sistemas Colectores de Urina	x	x	x
ISO 09 27	Colectores de Urina	x	x	x
ISO 09 30	Fraldas e Pensos	x	x	x
ISO 09 33	Ajudas para Independência no Banho e no Chuveiro	x	x	x
ISO 12 03	Auxiliares de Marcha Manejados por um Braço	x	x	x
ISO 12 21	Cadeiras de Rodas	x	x	x
ISO 03 12 03	Cintas para Hérnias		x	x
ISO 03 12 06	Cintas e Fundas para Hérnias		x	x
ISO 03 33	Ajudas para Prevenção de Escaras de Decúbito		x	x
ISO 06 33	Calçado Ortopédico		x	x
ISO 09 06	Ajudas Protectoras Usadas no Corpo		x	x
ISO 09 15	Ajudas para Traqueostomia		x	x
ISO 12 06	Auxiliares de Marcha Manejados pelos dois Braços		x	x
ISO 03	Auxiliares de Tratamento e Treino			x
ISO 03 03	Auxiliares de Terapêutica Respiratória			x
ISO 03 06	Auxiliares de Terapêutica Circulatória			x
ISO 03 09	Auxiliares para Fototerapia			x
ISO 03 12	Ajudas para Tratamento de Hérnias			x
ISO 03 15	Ajudas de Diálise			x
ISO 03 18	Ajudas para Doseamento de Medicamentos			x
ISO 03 21	Materiais de Injecção			x
ISO 03 24	Materiais de Teste			x
ISO 03 27	Estimuladores			x
ISO 03 30	Ajudas para Tratamento pelo Calor e pelo Frio			x
ISO 03 36	Material para Treino Perceptivo			x
ISO 03 39	Ajudas para Treino Visual			x
ISO 03 42	Auxiliares de Comunicação			x
ISO 03 45	Material de Tração da Coluna			x
ISO 03 48	Equipamento para Treino do Movimento da Força e do Equilíbrio			x
ISO 03 51	Ajudas para Treino de Continência			x
ISO 03 54	Ajudas para a Actividade Sexual			x
ISO 06	Ortóteses e Próteses			x
ISO 06 03	Conjunto de Ortóteses da Coluna			x
ISO 06 06	Conjunto de Ortóteses do Membro Superior			x
ISO 06 09	Conjunto de Ortóteses do Membro Superior não Usado no Corpo			x
ISO 06 12	Conjunto de Ortóteses do Membro Inferior			x
ISO 06 15	Estimuladores Electricos Funcionais e Sistemas de Ortóteses Híbridas			x
ISO 06 18	Conjunto de Próteses do Membro Superior			x
ISO 06 21	Próteses Cosméticas não Funcionais do Membro Superior			x
ISO 06 24	Conjunto de Próteses do Membro Inferior			x
ISO 06 27	Próteses Cosméticas e não Funcionais do Membro Inferior			x

Classificação	Descrição	Níveis		
		1	2	3
ISO 09	Ajudas para Cuidados Pessoais e de Protecção			x
ISO 09 03	Roupas e Sapatos			x
ISO 09 09	Ajudas para Vestir e Despir			x
ISO 09 36	Ajudas para Manicure e Pedicura			x
ISO 09 39	Ajudas para Cuidar do Cabelo			x
ISO 09 42	Ajudas para Higiene Oral			x
ISO 09 45	Ajudas para Cuidados Faciais			x
ISO 09 48	Ajudas para Medição da Temperatura do Corpo e do Peso			x
ISO 09 51	Relógios			x
ISO 12	Ajudas para Mobilidade Pessoal			x
ISO 12 09	Carros Especiais			x
ISO 12 12	Adaptação para Carros			x
ISO 12 15	Bicicletas Motorizadas			x
ISO 12 18	Velocípedes			x
ISO 12 24	Acessórios de Cadeiras de Rodas			x
ISO 12 27	Veículos			x
ISO 12 30	Auxiliares de Transferência			x
ISO 12 33	Ajudas para Virar			x
ISO 12 36	Auxiliares de Elevação			x
ISO 12 39	Auxiliares de Orientação			x
ISO 15	Ajudas para Cuidados Domésticos			x
ISO 15 03	Ajudas para Preparação de Comidas e Bebidas			x
ISO 15 06	Ajudas para Lavar a Loiça			x
ISO 15 09	Ajudas para Comer e Beber			x
ISO 15 12	Ajudas para Limpar a Residência			x
ISO 15 15	Ajudas para Fazer e Conservar Roupas			x
ISO 18	Mobiliário e Adaptação para Habitação e outros Locais			x
ISO 18 03	Mesas			x
ISO 18 06	Equipamento e Iluminação			x
ISO 18 09	Mobiliário para Sentar			x
ISO 18 12	Camas			x
ISO 18 15	Ajudas para Ajustamento da Altura do Mobiliário			x
ISO 18 18	Dispositivos de Apoio			x
ISO 18 21	Portas, Janelas, Cortinas de Abrir e Fechar			x
ISO 18 24	Elementos de Construção para a Habitação			x
ISO 18 27	Escadas e Escadotes			x
ISO 18 30	Transportadores Verticais			x
ISO 18 33	Equipamento de Segurança para Habitação e outros Locais			x
ISO 18 36	Mobiliário para Armazenagem			x
ISO 21	Ajudas para Comunicação, Informação e Sinalização			x
ISO 21 06	Ajudas Electro – Ópticas			x
ISO 21 09	Unidades de Entrada e Saída para o Computador, Máquinas de Escrever e Calculadoras			x
ISO 21 12	Computadores			x
ISO 21 15	Máquinas de Escrever e Processadores de Texto			x
ISO 21 18	Calculadoras			x
ISO 21 21	Suportes Lógicos (software) de uso Múltiplo			x

Classificação	Descrição	Níveis		
		1	2	3
ISO 21 24	Ajudas para Desenhar e Escrita Manual			x
ISO 21 30	Gravadores de Som e Receptores			x
ISO 21 30	Televisão e Equipamento Vídeo			x
ISO 21 36	Telefones e Ajudas Telefónicas			x
ISO 21 39	Sistemas de Transmissão de Som			x
ISO 21 42	Ajudas para Comunicação Face a Face			x
ISO 21 45	Ajudas para Audição			x
ISO 21 48	Ajudas de Sinalização			x
ISO 21 51	Sistemas de Alarme			x
ISO 24	Ajudas para Manuseamento de Produtos e Mercadorias			x
ISO 24 03	Ajudas para Marcação e Indicação			x
ISO 24 06	Dispositivos de Accionamento de Recipientes			x
ISO 24 09	Comandos de Dispositivos de Accionamento			x
ISO 24 12	Sistemas de Controlo do Ambiente			x
ISO 24 15	Cronómetros			x
ISO 24 18	Ajudas para Assistir e ou Substituir a Função da Mão e ou dedos			x
ISO 24 21	Ajudas para Alcançar à Distância			x
ISO 24 24	Ajudas para Posicionamento			x
ISO 24 27	Ajudas para Fixação			x
ISO 24 30	Ajudas para Reposicionamento e Elevação			x
ISO 24 33	Robots			x
ISO 24 39	Veículos de Transporte Industrial			x
ISO 24 42	Transportadores			x
ISO 24 45	Guindastes			x
ISO 27	Ajudas e Equipamento para Melhorar o Ambiente, Ferramentas e Máquinas			x
ISO 27 03	Ajudas para Melhorar o Ambiente			x
ISO 27 06	Instrumentos de Medição			x
ISO 27 09	Mobiliário de Trabalho			x
ISO 27 12	Ferramentas Manuais que fazem parte dos Dispositivos Terminais			x
ISO 27 15	Máquinas, Ferramentas Eléctricas e Acessórios			x
ISO 30	Ajudas para Recreação			x
ISO 30 03	Brinquedos			x
ISO 30 06	Jogos			x
ISO 30 09	Ajudas para Exercício e Desportos			x
ISO 30 12	Instrumentos Musicais			x
ISO 30 15	Ajudas para Fotografias			x
ISO 30 18	Instrumentos de Artífice Materiais e Equipamento			x
ISO 30 24	Ajudas para Caça e Pesca			x
ISO 30 27	Ajudas para Campismo e Caravanismo			x
ISO 30 30	Ajudas para Fumar			x
ISO 03	Auxiliares de Tratamento e Treino com excepção de:			x
	ISO 03 06 06 (Níveis 1,2,3,)			
	ISO 03 12 03 (Níveis 2, 3)			
	ISO 03 33 (Níveis 2, 3)			

Classificação	Descrição	Níveis		
		1	2	3
ISO 06	Ortóteses e Próteses com Excepção de: ISO 06 30 (Níveis 1, 2, 3) ISO 06 30 36 (Níveis 1, 2) ISO 06 33 (Níveis 2, 3)			x
ISO 09	Ajudas para Cuidados Pessoais e de Protecção com Excepção de: ISO 09 06 (Níveis 2, 3) ISO 09 12 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 15 (Níveis 2, 3) ISO 09 18 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 21 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 24 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 27 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 30 (Níveis 1, 2, 3) ISO 09 33 (Níveis 1, 2, 3)			x
ISO 12	Ajudas para Mobilidade Pessoal com Excepção de: ISO 12 03 (Níveis 1, 2, 3) ISO 12 21 (Níveis 1, 2, 3)			x
ISO 15	Ajudas para Cuidados Domésticos			x
ISO 18	Mobiliário e Adaptação para Habilitação e outros Locais			x
ISO 21	Ajudas para Comunicação, Informação e Sinalização com Excepção de: ISO 21 03 (Níveis 2, 3)			x
ISO 24	Ajudas para Manuseamento de Produtos e Mercadorias			x
ISO 27	Ajudas e Equipamento para melhorar o Ambiente, Ferramentas e Máquinas			x
ISO 30	Ajudas para Recreação			x

Mad Éjszaka e Reabilitação



Saúde XXI

Programa Operacional Saúde



União Europeia



Ministério da Saúde