

O Papel do Fisiatra na Equipa de Gestão de Altas: Experiência de um Ano

The Physiatrists Role in the Discharge Management Team: One Year Experience

André Canelas⁽¹⁾ | Filipa Januário⁽¹⁾

Resumo

Introdução: Avaliar o impacto da inclusão de um médico fisiatra na Equipa de Gestão de Altas e da referenciação direta pela Medicina Física e de Reabilitação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados.

Material e Métodos: Análise estatística de base de dados disponibilizados pela Equipa de Gestão de Altas de um hospital relativamente a 2017. Comparação dos resultados com 2016 e entre os processos referenciados pela Medicina Física e de Reabilitação e os por outras especialidades.

Resultados: Em 2017 foram referenciados pela Equipa de Gestão de Altas 678 doentes, menos 103 doentes que em 2016, com menos 5,8% de processos cancelados. Os tempos médios de espera para cada unidade foram sobreponíveis nos dois anos. A partir de abril de 2017, os fisiatras referenciaram 219 doentes, dos quais 50,2% foram para Unidade de Média Duração e Reabilitação, 41,6% para Unidade de Convalescença e 8,2% para Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Os tempos médios de espera globais foram inferiores para os casos referenciados por fisiatra face aos das outras especialidades, no entanto analisando cada unidade em particular os mesmos foram sobreponíveis. Dos doentes referenciados pelo fisiatra apenas 14,2% foram cancelados, 7,3% faleceram e 75,8% dos doentes foram colocados, enquanto pelas outras especialidades: 29,3% foram cancelados, 27,1% faleceram e 39,3% foram colocados.

Conclusão: O papel do fisiatra é essencial na avaliação clínica e determinação do potencial de reabilitação e

terapêuticas de reabilitação, favorecendo a qualidade de referenciação e otimização dos recursos existentes.

Palavras-chave: Alta Hospitalar; Cuidados Continuados; Medicina Física e de Reabilitação.

Abstract

Introduction: Analyse the influence of a physiatrist involvement in the discharge management team and the direct reference by Physical Medicine and Rehabilitation to the national network of integrated continual care.

Material and Methods: Statistical analysis of the data available at an electronic database provided by discharge management team of a hospital for the year of 2017. Comparison with 2016 and between patients referred by Physical Medicine and Rehabilitation and by other specialties.

Results: In 2017, 678 patients were referred by the discharge management team, fewer 103 than in 2016. Less 5.8% of patients referred were cancelled and more 4.4% died before their admission. The average times between the date of admission, referral and admission were similar with 2016. Since April 2017, the physiatrists were responsible for referring 219 patients of which 50.2% to Medium Duration and Rehabilitation Unit, 41.6% to Convalescent Unit and 8.2% to Integrated Continuing Care. The general average times between hospitalization, referral and admission were inferior in the cases referred by a physiatrist than other specialties, however if analysed individually the average

(1) Serviço de MFR do Centro Hospitalar de Leiria

© Author(s) (or their employer(s)) 2019. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) 2019. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

Autor correspondente: André Canelas. email: andre_canelas@hotmail.com. Centro Hospitalar de Leiria. R. de Santo André, 2410-197 Leiria

Data de submissão: abril de 2018

Data de aceitação: setembro de 2019

times for each one of the units were similar. Of the patients referred by a physiatrist, 75.8% were admitted and only 14.2% were cancelled and 7.3% died. In other hand, 29.3% of the patients referred by the other specialities were cancelled, 27.1% died and only 39.3% were admitted.

Conclusion: The physiatrist participation is essential in the clinical characterization and evaluation of rehabilitation potential and rehabilitation modalities needed, allowing a better referral process and optimization of the existing resources.

Keywords: *Continuity of Patient Care; Patient Discharge; Physical Therapy Modalities*

Introdução

A necessidade de uma resposta adequada face ao aumento progressivo do número de pessoas em situação de “incapacidade ou maior dependência, na sequência de um episódio de doença aguda ou de agudização de doença crónica”, conduziu à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.¹ Satisfazendo uma lacuna grave existente nos cuidados de saúde e no apoio social a estes doentes, a RNCCI engloba cuidados de natureza preventiva, reabilitadora ou paliativa que podem ser prestados por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares ou equipas domiciliárias. Desde a sua fundação que têm sido realizados aperfeiçoamentos, sendo estipuladas diferentes tipologias e refinados os critérios de admissão às suas unidades.^{2,3} A última grande atualização foi introduzida pela Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro.⁴ Esta foca como principal objetivo das unidades a potencialização da capacidade funcional dos doentes, sendo introduzida a avaliação funcional através da classificação do grau de funcionalidade segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) desde o momento de referência e ao longo de todo o percurso do doente na RNCCI. Nesta Portaria, a reabilitação funcional é definida com um “processo global e contínuo que visa a recuperação, desenvolvimento e manutenção da funcionalidade relativa a todas as áreas de desempenho e estruturas do corpo, com vista à promoção da independência e/ou autonomia otimizando o potencial e minimizando os impactos das incapacidades nas atividades da vida diária e na participação social”.⁴

Atualmente a RNCCI disponibiliza diferentes tipologias de prestação de cuidados. Estas podem ser unidades de internamento como as Unidades de Convalescença (UC),

Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e algumas Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), de ambulatório em Unidades de Dia e Promoção de Autonomia (UDPA) ou no próprio domicílio com a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).⁴ Para cada uma destas tipologias encontram-se definidos critérios gerais de admissão, sendo dado enfoque na maior ou menor intervenção de reabilitação necessária a cada caso. De realçar que nenhuma destas unidades tem como objetivo a abordagem da doença em fase aguda, situações com necessidade exclusiva de apoio social, casos cujo objetivo de internamento seja o estudo diagnóstico ou aqueles em cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar. Estas situações constituem critérios de não admissão em qualquer uma das unidades.²

A referenciação de doentes do meio hospitalar para as unidades e equipas da RNCCI encontra-se a cargo da Equipa de Gestão de Altas (EGA). A EGA é uma equipa multidisciplinar, existente em todos os hospitais integrados no Sistema Nacional de Saúde, sendo responsável pelo planeamento da alta de doentes que necessitem de cuidados continuados integrados imediatamente após hospitalização, que apresentem um grau de dependência que não lhes permita o regresso ao domicílio em condições de segurança e careçam de cuidados, que pela sua duração ou intensidade necessitem da intervenção de uma equipa multidisciplinar. As referenciações realizadas pela EGA são sujeitas à validação pela Equipa Coordenadora Local (ECL) da área de residência do doente, que podem validar, cancelar ou alterar a tipologia dessa mesma referenciação.²

A especialidade de Medicina Física e de Reabilitação (MFR), tendo como objetivo primordial a reabilitação do indivíduo afetado funcionalmente, seja por doença, traumatismo ou deficiência, encontra-se inerentemente associada aos ideais subjacentes à criação da RNCCI.⁵ Habitado a exercer a sua ação em ambiente multiprofissional e interdisciplinar e a determinar o potencial de reabilitação individual, a inclusão do fisiatra no processo de referenciação para a RNCCI, a nível da EGA, poderá contribuir para uma melhor qualidade no processo de referenciação e uma otimização dos recursos existentes.⁶ Desta forma, em 2017 um médico fisiatra assumiu a coordenação da EGA de um hospital e desde abril de 2017 os fisiatras do Serviço de MFR passaram a referenciar diretamente todos os doentes com indicação para continuação do programa de reabilitação após alta na RNCCI, propondo a tipologia mais apropriada para cada doente.

Este trabalho tem como objectivos avaliar o impacto da inclusão do médico fisiatra na EGA durante o ano de 2017 e o papel da referenciação direta pela MFR para a RNCCI.

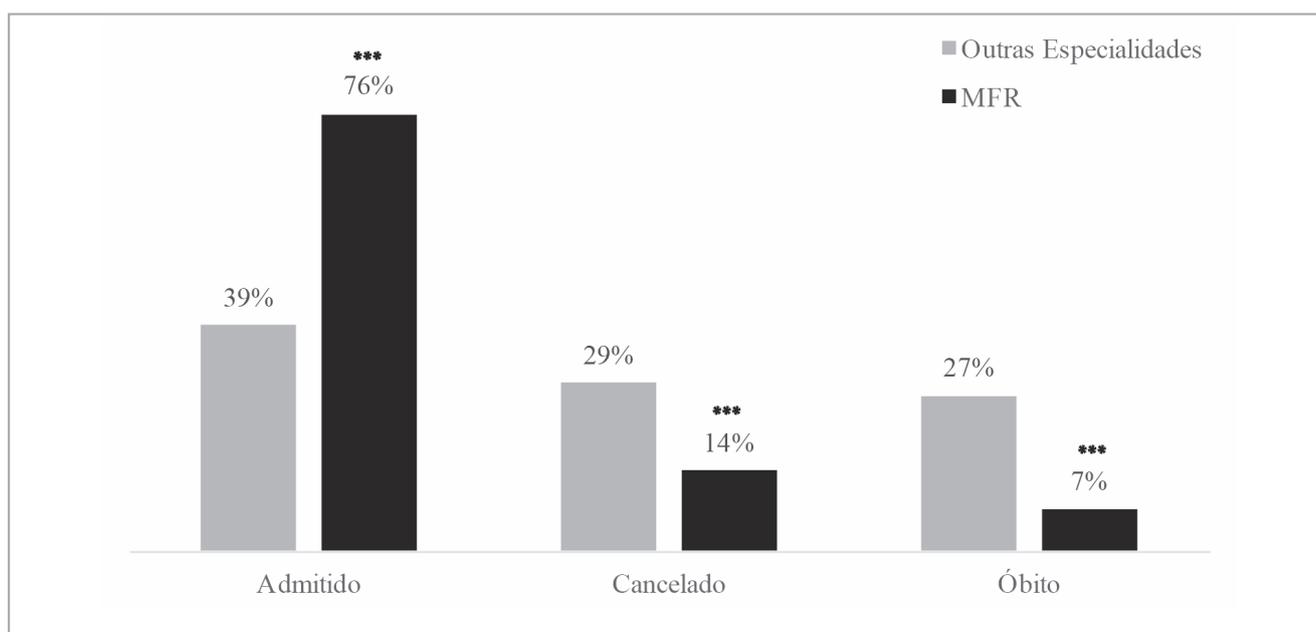
Material e Métodos

Estudo retrospectivo, recorrendo à análise estatística de base de dados disponibilizados pela EGA de um hospital relativamente ao ano de 2017 e atualizada a 26 de janeiro de 2018. A base de dados contempla informação quanto ao total de doentes referenciados para RNCCI, tipologia proposta, resultado final do processo, diagnóstico, serviço referenciador e as datas de internamento hospitalar, referência e admissão na RNCCI. Foram igualmente avaliados os motivos de cancelamento dos processos após a sua referência, tendo sido todos eles previamente validados pelo serviço referenciador em questão e pela EGA. Todos os doentes contemplados na base de dados foram incluídos neste estudo, sendo consultado os seus processos individuais quando na presença de informação em falta. Comparamos esses dados com os referentes ao ano de 2016 e realizamos a análise estatística dos processos referenciados pela MFR, sendo comparados com os doentes referenciados por outras especialidades médicas no mesmo período de tempo. A avaliação pela MFR é realizada apenas na presença de pedido de colaboração por parte das outras especialidades médicas com internamento, podendo essas mesmas especialidades referenciar os processos para a RNCCI mesmo quando o fisiatra emite um parecer desfavorável. A base de dados da EGA respetiva ao ano de 2016 não contempla o diagnóstico, o médico referenciador nem o motivo detalhado do cancelamento dos processos, pelo que essa

análise não foi efetuada. Previamente à realização deste estudo, os médicos das outras especialidades receberam formação sobre os critérios de referência em sede de reuniões de serviço. A base de dados foi facultada em formato de folha de cálculo de Excel, sendo a análise estatística realizada com *software* IBM SPSS *statistics*. A comparação das médias de tempos de espera foi realizada recorrendo ao teste *t-student* para amostras independentes e a comparação entre variáveis qualitativas recorrendo ao teste qui-quadrado, considerando um nível de significância de 0,05.

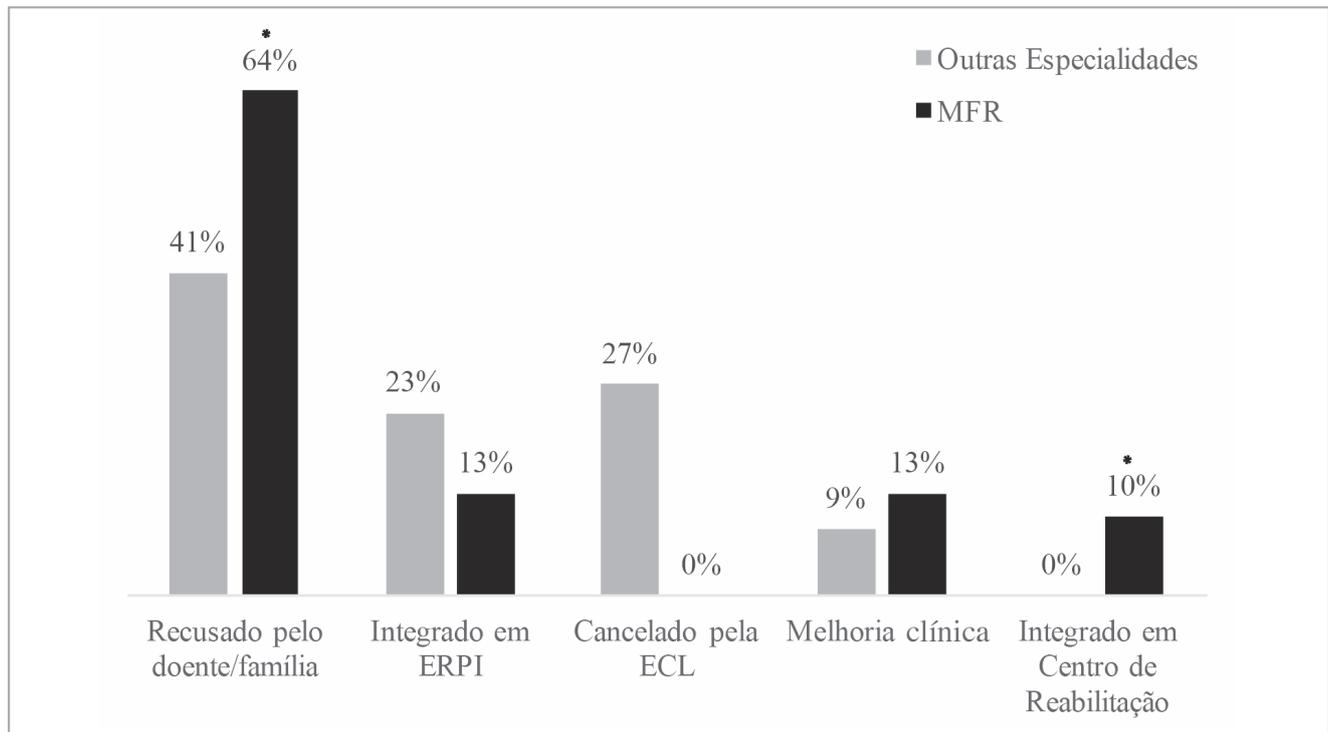
Resultados

Em 2016 foram referenciados pela EGA 781 doentes para a RNCCI, dos quais 57,2% dos doentes foram colocados, 27,9% foram cancelados e 14,3% faleceram. Em 2017 foram referenciados 678 doentes, dos quais 55,9% foram colocados, 22,1% foram cancelados e 18,7% faleceram. Em 2016 o tempo-médio entre a data de internamento e a referência foi cerca de 14 dias e entre a referência e a colocação do doente na RNCCI cerca de 25 dias, em 2017 foi de 12 e de 26 dias respetivamente. A base de dados apenas referia o médico responsável pela referência a partir de abril de 2017, sendo por isso excluídos os primeiros 3 meses do ano na análise estatística dos doentes referenciados pela MFR e na sua comparação com os referenciados pelas outras especialidades. Na Fig. 1



*** $p < 0,001$ – teste qui-quadrado

Figura 1 - Resultado final do processo de referência para a RNCCI pela fisioterapia e pelas outras especialidades médicas, de abril a dezembro de 2017.



ERPI - estrutura residencial para idosos; ECL - equipa coordenadora local. * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$ – teste qui-quadrado.

Figura 2 - Motivo do cancelamento da referência para a fisioterapia e pelas outras especialidades médicas, de abril a dezembro de 2017.

encontra-se a análise estatística do resultado final da referência pela MFR e pelas outras especialidades e na Fig. 2 o motivo do cancelamento do processo. Na Tabela 1 encontra-se a restante análise estatística respeitante às restantes variáveis dos doentes referenciados pela MFR e pelas outras especialidades.

Discussão

A RNCCI assenta no alicerce da reabilitação funcional, fornecendo uma resposta a doentes que, “na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam funcionalidade, careçam de continuidade de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social”.⁴ Atendendo aos recursos existentes na RNCCI, é fundamental que todos os médicos conheçam os critérios de referência e quais os cuidados que cada tipologia pode oferecer, de forma a proporcionar ao doente o que este necessita e diminuindo os tempos de espera para admissão numa unidade. Em 2017, a coordenação da EGA

informou os diferentes serviços do hospital sobre a nova legislação (Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro). Observa-se uma diminuição do número de doentes referenciados de 2016 para 2017 (menos 103 doentes) e também uma diminuição do número de doentes cancelados pela ECL (menos 5,8%), pelo que se pode inferir que na globalidade houve uma referência mais criteriosa.

Neste estudo, o tempo-médio de espera observado entre a referência pela MFR e a admissão numa unidade da RNCCI foi inferior ao verificado com a referência pelas outras especialidades médicas. Este dado reflete a maior percentagem de doentes referenciados para as ULDM pelas outras especialidades e para as UC pela MFR. Quando analisado individualmente, o tempo médio de espera entre referência e admissão verificado para cada tipologia pela MFR foi sobreponível ao das outras especialidades. Esta observação deve-se ao fato de atualmente o principal determinante dos tempos de espera serem as vagas disponibilizadas pelas unidades existentes, não existindo vagas preferenciais ou uma via distinta para os processos iniciados pela MFR e, dessa forma, não estar dependente

Tabela 1 - Doentes referenciados pela MFR e pelas outras especialidades, de abril a dezembro de 2017.

	Outras Especialidadesn=280 MFRn=219	MFR n=219	<i>p</i>
Tipologia, n(%)			<0,001
UMDR	123 (43,9%)	110(50,2%)	
ULDM	127 (45,4%)	0	
UC	9 (3,2%)	91 (41,6%)	
ECCI	18 (6,4%)	18 (8,2%)	
Serviço, n(%)			<0,001
Medicina	138 (49,3%)	147 (67,1%)	
Ortopedia	68 (24,3%)	37 (16,9%)	
Cirurgia	31 (11,1%)	10 (4,6%)	
Outros	43 (15,4%)	25 (11,4%)	
Tempo – RNCCI, média (±DP), em dias			
Internamento - Referência	13 (DP±12,01)	11 (DP±9,63)	0,02
Referência - Admissão	33 (DP±27,21)	23 (DP±21,69)	0,001
Internamento - Admissão	45 (DP±28,52)	33 (DP±23,87)	<0,001
Tempo – UMDR, média (±DP), em dias			
Internamento - Referência	14 (DP±12,06)	12 (DP±10,87)	0,07
Referência - Admissão	30 (DP±19,52)	33 (DP±25,5)	0,37
Internamento - Admissão	43 (DP±23,68)	44 (DP±27,16)	0,76
Tempo – ULDM, média (±DP), em dias			
Internamento - Referência	12 (DP±12,25)		
Referência - Admissão	44 (DP±35,01)		
Internamento - Admissão	54 (DP±34,46)		
Tempo – UC, média (±DP), em dias			
Internamento - Referência	12 (DP±13,59)	9 (DP±7,86)	0,18
Referência - Admissão	15 (DP±18,17)	13 (DP±9,44)	0,60
Internamento - Admissão	24 (DP±18,77)	21 (DP±12,45)	0,18
Tempo – ECCI, média (±DP), em dias			
Internamento - Referência	10 (DP±10,17)	11 (DP±9,58)	0,26
Referência - Admissão	24 (DP±24,62)	29 (DP±23,86)	0,80
Internamento - Admissão	35 (DP±24,45)	39 (DP±24,16)	0,70
Diagnósticos mais frequentes (%)	Neoplasia maligna (19%) Fratura do colo do fémur (18%) VC isquémico (15%)	AVC isquémico (49%) Fratura do colo do fémur (9%) Pneumonia (7%)	

MFR - medicina física e de reabilitação; RNCCI - rede nacional de cuidados continuados integrados; UMDR - unidade de media duração e reabilitação; ULDM - unidade de longa duração e reabilitação; UC - unidade de convalescença; ECCI - equipa de cuidados continuados integrados. Comparação de variáveis quantitativas - teste *t-student*; comparação de variáveis qualitativas - teste qui-quadrado.

de quem referencia. Adicionalmente, os cuidados de saúde primários beneficiam das mesmas vagas, não existindo qualquer priorização na sua utilização. No entanto, a longo prazo, a melhor avaliação e criteriosa referenciação contribuirá para uma otimização dos recursos disponíveis, podendo diminuir os tempos médios de espera.

A melhor avaliação funcional realizada pelo fisiatra traduziu-se numa percentagem significativamente superior de doentes admitidos nas respetivas tipologias propostas, não se verificando o cancelamento pela ECL de nenhum processo em particular. Pelo contrário, 27% dos casos cancelados dentro dos processos referenciados pelas outras especialidades, não apresentavam critérios de admissão para uma unidade da RNCCI. Estes dados atestam que a marca primordial do fisiatra é deixada ao nível da qualidade da referenciação. O processo de referenciação, sendo multiprofissional, requer uma avaliação médica, de enfermagem e da segurança social. Abaixa percentagem de processos efetivamente admitidos dentro dos referenciados pelas outras especialidades pode indiciar que existam muitas avaliações desnecessárias, sobrecarregando estes profissionais.

Observa-se igualmente uma percentagem significativamente inferior de óbitos dentro dos processos referenciados pela MFR. Avaliando estes processos individualmente, a maioria verificaram-se em situações de agravamento do quadro neurológico ou por complicações agudas inesperadas. De realçar que no ano de 2017, um dos indicadores do contrato-programa dizia respeito à percentagem de doentes referenciados atempadamente, ou seja, até 72 horas antes da alta, para a RNCCI com validação da EGA. Atendendo à brevidade atual dos internamentos hospitalares, a precocidade da avaliação fisiátrica aliada à necessidade de tomada de uma decisão célere, pode prejudicar em certa medida o correto seguimento da evolução do quadro clínico.

A percentagem significativa de casos cancelados pelo doente e/ou família, especialmente nos casos propostos pela MFR mas também pelas outras especialidades, realça a necessidade de uma avaliação que englobe todo o contexto biopsicossocial em que o doente se insere e não somente do seu potencial de reabilitação. Os tempos médios de espera prolongados também não devem ser descurados na avaliação das percentagens elevadas de cancelamento. Eles podem ser a explicação para que cerca de 20% do total de cancelamentos digam respeito a doentes que no momento da sua admissão se encontravam já integrados numa estrutura residencial para idosos (ERPI). Estes dados realçam a importância da correta identificação das necessidades dos doentes e sua referenciação

adequada, de forma a serem prestados os melhores cuidados terapêuticos, com vista a maximização da recuperação funcional e dos recursos disponíveis na sociedade.

Observando os diagnósticos mais frequentes dos doentes referenciados por MFR e outras especialidades verifica-se uma sobreposição de dois diagnósticos: fratura do colo do fémur e acidente vascular cerebral. Será importante perceber a justificação pela qual estes doentes foram referenciados por diferentes especialidades, nomeadamente se não foram avaliados pela MFR durante o internamento ou se apresentavam outras comorbilidades que justificaram a sua referenciação.

Apesar de ainda não disponíveis indicadores de impacto objetivos, a integração do fisiatra na EGA contribuiu para uma perspetiva mais direcionada para a funcionalidade e necessidades de reabilitação, sendo preponderante para uma melhor formação dos médicos das outras especialidades médicas, um melhor apoio no processo de referenciação, uma maior relevância dos fisiatras em todo esse processo e uma melhor comunicação quer com a ECL quer com as unidades e equipas de reabilitação existentes.

É essencial a íntima colaboração entre o fisiatra e os médicos das outras especialidades envolvidos na abordagem a estas patologias incapacitantes, promovendo a otimização da sua avaliação e orientação.

Conclusão

O papel do fisiatra é essencial na caracterização clínica, avaliação do potencial de reabilitação e decisão da necessidade de terapêuticas de reabilitação. A integração do fisiatra na EGA permitiu uma mudança do paradigma vigente para uma visão mais direcionada para o potencial de reabilitação e para a importância da inclusão do fisiatra no processo de referenciação. A integração da MFR, quer na coordenação, quer na avaliação e referenciação, favorece uma maior qualidade na avaliação do potencial e na seleção dos cuidados de reabilitação necessários. Esta melhor avaliação e criteriosa referenciação contribuirão para uma otimização dos recursos disponíveis. No futuro impõe-se uma seleção mais rigorosa dos doentes a referenciar, diminuindo os cancelamentos, os tempos de espera para a admissão e rentabilizando ainda mais os recursos disponíveis, pelo que é fundamental a continuação da formação de todos os médicos que podem referenciar para a RNCCI e uma maior discussão interespecialidades dos doentes, nomeadamente com a MFR.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho. Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo. Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes. Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial. Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare. Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship. Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients. Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki). Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências / References

1. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho. Diário da República n.º109 – I série-A. Lisboa: Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. [consultado jan 2018] Disponível em: <http://www.dre.pt>.
2. Portaria n.º174/2014 de 10 de setembro. Diário da República n.º 174 – 1.ª série. Lisboa: Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. [consultado jan 2018] Disponível em: <http://www.dre.pt>.
3. Portaria n.º 289-A/2015 de 17 de setembro. Diário da República n.º 182 – 1.ª série. Lisboa: Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. [consultado jan 2018] Disponível em: <http://www.dre.pt>.
4. Portaria n.º 50/2017 de 2 de fevereiro. Diário da República n.º 24 – 1.ª série. Lisboa: Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. [consultado jan 2018]. Disponível em www.dre.pt.
5. Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation, European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. Livro Branco de Medicina Física e de Reabilitação na Europa. Madrid: UEMS; 2009.
6. Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Planeamento. Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação. – Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016. [consultado jan 2018] Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.aspx>