

GUIA

PARA USO DO

**SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS
PARA
REABILITAÇÃO MÉDICA
(SUDRM)**

Versão 3.0 Março 1990

**PREPARADO PELO DATA MANAGEMENT SERVICE
DO UNIFORM DATA SYSTEM FOR
MEDICAL REHABILITATION
AND THE CENTER FOR FUNCTIONAL
ASSESSMENT RESEARCH**

STATE UNIVERSITY OF NEW YORK AT BUFFALO

**82 FARBER HALL
SUNY - MAIN STREET
BUFFALO, NEW YORK 14214
Telefone: (716) 831-2076 FAX: (716) 831-2080**

**Protegido por COPYRIGHT 1987, 1990 RESEARCH FOUNDATION - STATE
UNIVERSITY OF NEW YORK**

**Traduzido para PORTUGUÊS
por JORGE LAÍNS**

**Esta é uma reprodução fiel da versão original, só com modificações
culturalmente relevantes**

COPIE LIVREMENTE - MAS NÃO MODIFIQUE !

ÍNDICE

Alterações Culturalmente Relevantes.....	i
Contexto Histórico.....	1
Current National Advisory Committee For a Uniform Data System For Medical Rehabilitation.....	2
Princípios de Utilização da MIF.....	3
Código do Sistema de Dados.....	5
Quando preencher os Itens.....	5
Como preencher os Itens.....	5

Apêndice:

- A. Casos Modelo e Folhas de Código
- B. Folhas de Código por preencher

CULTURALLY RELEVANT MODIFICATIONS OF THE PORTUGUESE VERSION

- | | | | |
|--|---------|--|---|
| 3. Admission Date | | | |
| Page 6 | Line 7 | | The order is <u>Year/Month/Day</u> |
| 4. Discharge Date | | | |
| Page 6 | Line 8 | | The order is <u>Year/Month/Day</u> |
| 5. Program interrupted | | | |
| Page 6 | Line 14 | | The order is <u>Year/Month/Day</u> |
| 8. Birthdate | | | |
| Page 7 | Line 2 | | The order is <u>Year/Month/Day</u> |
| 10. Race/Ethnicity | | | |
| Page 7 | Line 10 | | <u>Gipsy</u> |
| Page 7 | ----- | | 6. ----- (withdraw) |
| 11. English Language | | | |
| Page 7 | Line 12 | | <u>PORTUGUESE Language</u> |
| 17. Date of Onset | | | |
| Page 11 | Line 23 | | The order is <u>Year/Month/Day</u> |
| 20. Payment Source | | | |
| Page 12 | Line 11 | | 01 <u>Social Security</u> |
| Page 12 | Line 12 | | 02 <u>State Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 13 | | 03 <u>Justice Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 14 | | 04 <u>Bank Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 15 | | 05 <u>Electricity Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 16 | | 06 <u>Post Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 17 | | 07 <u>Police Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 18 | | 08 <u>Army Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 19 | | 09 <u>Public Works Employees Security</u> |
| Page 12 | Line 20 | | 10 <u>Private Pay</u> |
| Page 12 | Line 21 | | 11 <u>Work Accident Insurance</u> |
| Page 12 | Line 22 | | 12 <u>Travel Accident Insurance</u> |
| Page 12 | Line 23 | | 13 <u>Life/Health Insurance</u> |
| Page 12 | Line 24 | | 14 <u>Other</u> |
| 21. Total Hospital Rehabilitation Charges | | | |
| Page 12 | Line 35 | | Total in <u>ESCUDOS</u> |
| B - <u>GROOMING</u> | | | |
| Page 16 | Line 10 | | <u>OR</u> Cleans Theeth |
| L - <u>LOCOMOTION</u> | | | |
| Page 16 | Page 16 | | Distance in <u>METRES</u> |

ALTERAÇÕES CULTURALMENTE RELEVANTES DA VERSÃO PORTUGUESA

3. Data de Admissão			
Página 6	Linha 7	A ordem é	<u>Ano/Mês/Dia</u>
4. Data de Alta			
Página 6	Linha 8	A ordem é	<u>Ano/Mês/Dia</u>
5. Programa Interrompido			
Página 6	Linha 14	A ordem é	<u>Ano/Mês/Dia</u>
8. Data de Nascimento			
Página 7	Linha 2	A ordem é	<u>Ano/Mês/Dia</u>
10. Raça/Etnia			
Página 7	Linha 10	4. <u>Cigana</u>	
Página 7	-----	6. -----	(retirado)
11. Língua Portuguesa			
Página 7	Linha 12	<u>Língua PORTUGUESA</u>	
17. Data de início			
Página 11	Linha 23	A ordem é	<u>Ano/Mês/Dia</u>
20. Fonte de pagamento			
Página 12	Linha 11	01	<u>Segurança Social</u>
Página 12	Linha 12	02	<u>A.D.S.E.</u>
Página 12	Linha 13	03	<u>Ministério da Justiça</u>
Página 12	Linha 14	04	<u>S.A.M.S./C.G.D.</u>
Página 12	Linha 15	05	<u>E.D.P.</u>
Página 12	Linha 16	06	<u>C.T.T.</u>
Página 12	Linha 17	07	<u>P.S.P.</u>
Página 12	Linha 18	08	<u>A.D.M.E.</u>
Página 12	Linha 19	09	<u>O.S.M.O.P.</u>
Página 12	Linha 20	10	<u>Particular</u>
Página 12	Linha 21	11	<u>Seguro - acidente de trabalho</u>
Página 12	Linha 22	12	<u>Seguro - acidente de viação</u>
Página 12	Linha 23	13	<u>Seguro de Saúde</u>
Página 12	Linha 24	14	<u>Outra</u>
21. Total das despesas de Reabilitação no Hospital			
Página 12	Linha 35	Total em	<u>ESCUDOS</u>
B - HIGIENE PESSOAL: CUIDADOS DE APRESENTAÇÃO E APARÊNCIA EXTERIORES:			
Página 16	Linha 10	<u>OU</u>	Lavar os dentes
L-DEAMBULACÃO NA HORIZONTAL			
Página 26	Página 26	Distância em	<u>METROS</u>

BANCO UNIFORMIZADO DE DADOS PARA A REABILITAÇÃO MÉDICA

CONTEXTO HISTÓRICO

O "Grupo de Trabalho para Desenvolvimento de um Sistema Uniformizado de Dados para a Reabilitação Médica" (Task Force to Develop a Uniform Data System for Medical Rehabilitation), foi estabelecido em 1983 para responder à necessidade, de há muito sentida, de documentar a severidade da incapacidade de um doente e os resultados de um tratamento de Reabilitação. Até há pouco tempo não havia um modo uniforme de descrever e comunicar sobre incapacidade. O Grupo de Trabalho foi patrocinado pelo American Congress of Rehabilitation Medicine (ACRM) e pela American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation (AAPM&R).

O National Institute on Disability and Rehabilitation Research concedeu uma bolsa/subsídio* para o desenvolvimento de um conjunto mínimo de dados que se tornasse numa medida apropriada, válida, fidedigna e de administração rápida e uniforme e que, adicionalmente, fosse aceite pelos médicos independentemente da sua especialidade. Os dados colhidos de uma forma consistente sobre os atributos funcionais chave do doente permitiram aos médicos, gestores da saúde e investigadores acompanhar os doentes desde o início dos cuidados hospitalares até à alta e ao acompanhamento. Com reavaliações periódicas, podem ser medidas as alterações surgidas com o tempo nas capacidades do doente, bem como avaliados os resultados da Reabilitação. São muitos os usos para este tipo de informação.

O Grupo de Trabalho reviu 36 instrumentos de avaliação funcional, publicados e não publicados, que foram úteis na identificação dos itens e níveis que medem função. O desafio, para o Grupo de Trabalho, foi seleccionar os itens mais comuns, e mais uteis, para a avaliação funcional e decidir sobre quais os níveis na escala mais apropriados, que permitissem à maioria dos médicos de Reabilitação, determinar a severidade da incapacidade de uma forma uniforme e fiável.

A Medida de Independência Funcional (MIF), surgiu com estes objectivos. Avalia os autocuidados, controle dos esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social, numa escala a sete níveis.

O Banco de Dados inclui, em complemento, itens que documentam as características demográficas do doente, diagnósticos, grupos de deficiência, duração do internamento hospitalar e custos do internamento.

A fase dos estudos piloto de implementação e ensaio, foi feita a partir de 1984, com o objectivo de testar a MIF quanto à sua validade e reprodutibilidade em cerca de 50 instituições em todo os USA. Provou-se que a MIF era válida e fiável. Cada fase resultou em modificações úteis deste GUIA, no banco de dados e nas definições. Esta versão do GUIA reflecte essas alterações e melhorias.

* O Sistema de Dados Uniformizado para a Reabilitação Médica foi desenvolvido com o apoio do U.S. Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research (NIDRR), apoio número G008435062, e foi conduzido pelo State University of New York em Buffalo, School of Medicine, Department of Rehabilitation Medicine.

CURRENT NATIONAL ADVISORY COMMITTEE (Grupo de Trabalho formal)
FOR A UNIFORME DATA SYSTEM FOR MEDICAL REHABILITATION

Ken Davis
American Physical Therapy Association

Susanne Sonik
Section for Rehabilitation Hospitals and Programs
American Hospital Association

Stephen Forer, MA, MBA, Co-Chairperson
Santa Clara Valley Medical Center

Rita Glass, Ed. D.
Easter Seal Systems

Wayne Gordon, Ph. D.
Department of Rehabilitation Medicine
Mt. Sinai Medical Center

Carl V. Granger M.D., Co-Chairperson
The Buffalo General Hospital and
State University of New York at Buffalo

Byron Hamilton, M.D., Ph.D.
State University of New York at Buffalo

Robert Allen Keith, Ph.D.
Casa Colina Hospital

Margaret Kelly-Hayes, R.N., Ed.D.
Boston University Medical Center

Ronald A. Henrichs
ACRM/AAPM&R

Lawrence S. Miller, M.D.
Glendale Adventist Medical Center

Roger Smith, M.O.T., O.T.R.
American Occupational Therapy Association

Mary G. Swope
Good Samaritan Medical Center

Patricia Trela, RRA
National Record Systems

Steve C. White, Ph.D.
American Speech-Language-Hearing Association

Carolyn Zollar
National Association of Rehabilitation Facilities

PRINCÍPIOS DE UTILIZAÇÃO
DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

A Medida de Independência Funcional (MIF) tem por objectivo incluir um número mínimo de dados permitindo aos clínicos de Medicina Física e de Reabilitação determinar a severidade da incapacidade de uma forma uniforme e fiável. Não tem por objectivo incorporar todas as actividades que seria possível medir, ou que podem ser medidas, em clínica. Trata-se sobretudo, de um indicador de base da severidade da incapacidade. A severidade da incapacidade muda durante um tratamento de Reabilitação, portanto a alteração na MIF é um indicador dos benefícios ou resultados do tratamento.

A MIF foi criada para ser utilizada como uma escala a sete níveis representativos da independência e da dependência. Esta escala reflecte a **carga global de cuidados** para a incapacidade em causa. Carga global de cuidados significa o tempo/energia que tem que ser fornecido para satisfazer as necessidades (as dependências) do indivíduo incapacitado que lhe permitam a obtenção e manutenção de uma certa qualidade de vida. A classificação de uma actividade em termos de dependência ou independência baseia-se na necessidade ou não de ajuda de uma outra pessoa e, se esta é necessária, em que proporções.

A MIF é uma medida de incapacidade, não de deficiência. Tem por objectivo medir o que a pessoa incapacitada realmente faz, independentemente do diagnóstico ou da sua deficiência, e não o que ela deveria ou poderia fazer se as circunstâncias fossem diferentes. Um médico sabe perfeitamente que uma pessoa deprimida poderia fazer muitas outras coisas do que na realidade faz: essa pessoa deverá, no entanto, ser avaliada na base do que ela realmente faz. Notará que a MIF não prevê nenhum item com a menção: "não relacionado" ou "não aplicável". Todos os itens devem ser preenchidos.

A MIF foi criada para ser utilizável por todo o médico, independentemente da sua especialidade. No entanto, em alguns casos, poderá haver médicos que encontram alguma dificuldade em cotar algumas das actividades. Se tal acontecer, um outro médico, mais apropriado, pode fazer a avaliação do doente. Se pensa que um terapeuta da fala avaliará melhor a comunicação, o enfermeiro os problemas esfincterianos, ou um fisioterapeuta a mobilidade, é possível dividir a utilização da MIF por cada um destes profissionais.

É importante ler cuidadosamente as definições de cada item antes de utilizar a MIF, memorizando o que está incluído em cada actividade. Cada sujeito deve ser cotado para cada item separadamente. Por exemplo, a apreciação do controle esfincteriano deve ser separada da do acesso à sanita; esta última actividade pertence ao capítulo das transferências. Da mesma maneira, a avaliação da higiene matinal não inclui o acesso ao lavatório.

Para ser classificado num determinado nível, o sujeito deve efectuar todas as tarefas ou só uma de entre elas. Se todas as tarefas devem ser efectuadas, a série de tarefas é ligada pela conjunção **E**. Se só uma deve ser efectuada, a série é ligada pela conjunção **OU**. Por exemplo, "cuidados de apresentação e de aparência exterior" inclui: cuidados com a boca, pentear, lavar as mãos e a cara, **E** barba **OU** maquilhagem. "Comunicação" inclui uma compreensão clara da comunicação auditiva **OU** visual.

Em todas as definições, está implícito, e é muitas vezes mencionado, que a pessoa deve realizar estas tarefas em condições razoáveis de segurança. Relativamente ao nível 6, convém perguntar se o sujeito corre riscos ao efectuar as actividades. Como para todas as tentativas humanas, o julgamento do examinador deve ter em conta a comparação entre o risco para o sujeito de participar em certas actividades e o risco correspondente, se bem que de carácter diferente, de não as efectuar.

A grelha de recolha de dados está em evolução: as opiniões e sugestões dos utilizadores são bem vindas, e consideradas importantes. Também estamos interessados em conhecer os problemas encontrados durante a colheita e o registo dos dados.

A **MIF** pode ser acrescentada às grelhas próprias de cada instituição que podem incluir itens tais como possibilidades de vida independente, capacidade de automedicação, utilização de transportes públicos, direcção dos cuidados fornecidos por um terceiro, escrita ou utilização de telefone, mobilidade no exterior; ou sobre deficiências como a surdez e a cegueira; ou sobre o status pré-mórbido. Estes dados têm com certeza um grande interesse, mas devem manter-se independentes da **MIF**. Esta deve manter-se limitada à avaliação fundamental da incapacidade e do resultado de um programa de Reabilitação. No entanto, a junção de outros itens considerados apropriados por médicos, individualmente ou por instituições, é possível e mesmo desejável, desde que esta não ponha em causa a grelha base das dezoito actividades, aqui apresentadas.

CÓDIGO DO BANCO DE DADOS

AO COMPLETAR OS DADOS, ASSEGURE-SE QUE ANOTA OS DADOS NA FOLHA DE CÓDIGO E ASSEGURE-SE QUE COMPLETA TODA A INFORMAÇÃO. NÃO DEIXE NENHUM ESPAÇO EM BRANCO.

As folhas de código preenchidas podem formar a base de dados para sua própria análise e referências. Ou, pode enviar as folhas de código dos seus próprios doentes para o Data Management Service na morada indicada. Antes de enviar as folhas de código para o Data Management Service escreva uma carta indicando o desejo de ser incluído neste serviço. Receberá uma carta que lhe explicará como ser incluído, submeter dados e receber relatórios.

UDS -Data Management Service
82 Farber Hall
SUNY - Main Street
Buffalo, New York 14214
Telefone: (716) 831-2076
FAX: (716) 831-2080

Uma cópia da folha de código é fornecida no Apêndice A. A folha de código foi completada no caso #1, com fins pedagógicos. O caso #2 é um caso teste que pode ser utilizado para treinar a cotação e verificar a sua fiabilidade (Reprodutibilidade) inter-observador. Se desejar completar a cotação para o caso dois e receber as respostas correctas e a cotação do UDS, siga as instruções do Apêndice A.

A. QUANDO PREENCHER OS ITENS DA FOLHA DE DADOS

A informação deve ser codificada na folha de dados pelo menos duas vezes: nas 72 horas após admissão do doente e nas 72 duas horas antes da alta do doente da Reabilitação. Para as instituições/serviços que o desejem fazer, a informação do acompanhamento será colhida posteriormente durante uma consulta em ambulatório, visita domiciliária, por telefone ou por questionário enviado pelo correio, aproximadamente 3 meses após a alta.

B. COMO PREENCHER OS ITENS NA FOLHA DE DADOS

Usando a folha de códigos (Apêndice A) como um guia e as instruções do código de cada item que se seguem, escreva um número ou números em cada espaço em branco apropriado da folha de código. Note que a folha de código tem dois lados.

Se tiver dificuldades no preenchimento da folha de dados consulte o seu coordenador do UDS (Jorge Láins--SMFR/HUC) ou telefone para o Data Management Service (716) 831 - 2076.

CÓDIGO DAS INSTRUÇÕES

1. **Código do Serviço de Reabilitação** - use o número de identificação do seu serviço fornecido pelo Data Management Service.

2. **Número do Doente** - o número de identificação do sujeito (máximo de nove dígitos). Use o número do processo médico, o número da segurança social ou um outro número único que se mantenha constante durante os internamentos do doente.

3. **Data de Admissão** - data de admissão inicial do doente na Reabilitação.

4. **Data de Alta** - data de alta da Reabilitação. Se o indivíduo tem alta do serviço de Reabilitação e regressa posteriormente, a data de alta deve ser a do último dia passado no serviço de Reabilitação. Uma interrupção igual ou inferior a 30 dias não deve ser considerada. Uma interrupção superior 30 dias é considerada como nova hospitalização, (classificada como readmissão) devendo ser preenchida uma nova folha de código.

5. **Programa Interrompido** - quando o sujeito foi transferido para outro serviço médico durante o programa de Reabilitação. Responda "sim" ou "não". Este item é apropriado para os serviços de Reabilitação que fazem parte de grandes instituições médicas de cuidados agudos e para os serviços de Reabilitação sem internamento que transferem doentes para os hospitais de agudos. Uma interrupção de qualquer período igual ou inferior a 30 dias não deve ser considerada.

Se período superior:

- 1ª Interrupção
 - a. Data de Transferência
 - b. Data de Readmissão
- 2ª Interrupção
 - a. Data de Transferência
 - b. Data de Readmissão
- 3ª Interrupção
 - a. Data de Transferência
 - b. Data de Readmissão

6. **Classificação da Admissão** - a classificação da admissão do sujeito deve ser codificada como se segue:

1. Reabilitação inicial - primeira admissão para qualquer programa médico de Reabilitação para esta deficiência.
2. Avaliação de curta duração - uma estadia pré-planeada para avaliação inferior a dez dias no Serviço de Reabilitação.
3. Readmissão - qualquer readmissão na Reabilitação em qualquer Serviço de Reabilitação.

7. **Código Postal** - escreva o código postal do último domicílio antes da admissão.

8. **Data de Nascimento** - data de nascimento do indivíduo: ano/mês/dia.

9. **Sexo** - codifique o género do sujeito como se segue:

1. Masculino
2. Feminino

10. **Raça/Etnia** - codifique a raça/etnia do sujeito como se segue:

1. Branca
2. Africana
3. Asiática
4. Cigana
5. Outra

11. **Língua Portuguesa** - o indivíduo compreende e fala Português? Não considere aqui as situações de afasia.

1. Sim
2. Não
3. Parcialmente

12. **Estado civil** - codifique o estado civil do sujeito no momento da admissão como se segue:

1. Solteiro (nunca casado)
2. Casado
3. Viúvo
4. Separado
5. Divorciado

13. **Alojamento** -

a. Pesquise qual a origem do sujeito quando foi admitido na Reabilitação ou para onde vai após a alta. Codifique para : pré-hospitalização, admitido na Reabilitação vindo de, alta e acompanhamento. Codifique como se segue:

- 01 Domicílio
- 02 Instituição com serviço de hotelaria (inclui instituição tipo lar)
- 03 Instituição para alojamento provisório
- 04 Instituição com cuidados intermédios (instituição com cuidados de enfermagem)
- 05 Instituição com cuidados de enfermagem especializados
- 06 Unidade de agudos da própria Instituição
- 07 Unidade de agudos de outro hospital
- 08 Hospital de crónicos
- 09 Serviço de Reabilitação
- 10 Outro
- 11 Falecido - codifique apenas na alta ou acompanhamento

b. vivendo com - a relação dos indivíduos (se algum) vivendo com o sujeito. Se vive com mais do que uma outra pessoa, seleccione só um na ordem apresentada. Se 13. a. é 02-10, codifique 13.b. como 5.,outro. Codifique para pré-hospitalização, alta e acompanhamento.

1. Sozinho
2. Com a família/familiares
3. Com amigos
4. Com empregado
5. Outro

14. Situação profissional -

a. Se o sujeito estava empregado ou era estudante, doméstica ou estava reformado antes de, ou após o internamento, por causa da patologia incapacitante. Se mais do que uma seleccione só uma na ordem apresentada. Codifique na pré-hospitalização e acompanhamento:

1. Empregado (em situação competitiva)
2. Emprego protegido
3. Estudante
4. Doméstica
5. Desempregado
6. Reformado por causa da idade (60 anos de idade ou mais)
7. Reformado devido a incapacidade (incapacidade permanente, menos de 60 anos de idade)

b. Quantidade de esforço - se o indivíduo está reformado, codifique tempo completo. Se desempregado codifique tempo completo. Codifique no pré-internamento e acompanhamento.

1. Tempo completo (full time)
2. Tempo parcial (part time)
3. "Serviços melhorados" - a carga de trabalho é diminuída devido a incapacidade

15. Acompanhamento - a data, fonte e método de obtenção de informação sobre o acompanhamento, que realiza as actividades para manutenção para o estado de saúde e terapêutica actualmente recebida. Codifique como se segue (utilize a folha de código de acompanhamento):

a. Data do acompanhamento

b. Fonte da informação do acompanhamento

1. O doente
2. Familiar
3. Outro

c. Método de obtenção de informação sobre o acompanhamento

1. Pessoalmente
2. Pelo telefone
3. Por questionário via postal

d. Manutenção do Estado de Saúde - a pessoa primariamente responsável pela realização dos cuidados pessoais de rotina e manutenção do seu meio pessoal no domicílio ou em instituição. Se só um tipo de auxiliar é requerido, codifique nos espaços para auxiliar primário e secundário com o mesmo código. Se mais do que um auxiliar está envolvido, indique qual o primário (que gasta mais tempo) e qual o secundário (segundo a gastar mais tempo). Codifique como se segue:

1. O próprio sujeito
2. Uma pessoa não paga ou membro da família
3. Uma empregada ou auxiliar pago
4. Profissional especializado, como por exemplo enfermeiro, pago

e. Terapêutica - o sujeito recebe actualmente terapêutica e paga-a como tal. Codifique como se segue:

1. Nenhuma
2. Tratamento em ambulatório
3. Terapêutica domiciliária paga, tal como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala ou cuidados de enfermagem (não incluindo cuidados pessoais de rotina ou de manutenção)
4. Ambos
5. Internamento hospitalar

16. **Grupos de deficiência**- o tipo de diagnóstico de deficiência principal do sujeito. Siga a lista subsequente do código do grupo de deficiências incluído em cada categoria. Escolha em primeiro o código apropriado de dois dígitos, só depois a designação decimal do subgrupo. Codifique na alta como se segue:

01.0000 A.V.C.

- 01.1000 HEMICORPO ESQ. (CÉREBRO DIR.)
- 01.2000 HEMICORPO DIR. (CÉREBRO ESQ.)
- 01.3000 BILATERAL
- 01.4000 SEM PARESIA
- 01.9000 OUTRO

02.0000 DISFUNÇÃO CEREBRAL

- 02.1000 NÃO TRAUMÁTICA
- 02.2000 TRAUMÁTICA
 - 02.21000 LESÃO ABERTA
 - 02.22000 LESÃO FECHADA
 - 02.9000 OUTRO

03.0000 PATOLOGIA NEUROLÓGICA

- 03.1000 ESCLEROSE MÚLTIPLA
- 03.2000 D. PARKINSON
- 03.3000 POLINEUROPATIA
- 03.4000 S. GUILLAIN-BARRÉ
- 03.9000 OUTRO

04.0000 DISENÇÃO MEDULAR

04.1000 NÃO TRAUMÁTICA

- 04.1100 PARAPLEGIA
- 04.1110 INCOMPLETA
- 04.1120 COMPLETA
- 04.1200 TETRAPLEGIA
- 04.1211 INCOMPLETA C1-4
- 04.1212 INCOMPLETA C5-8
- 04.1221 COMPLETA C1-4
- 04.1222 COMPLETA C5-8
- 04.1300 OUTRA

04.2000 TRAUMÁTICA

- 04.2100 PARAPLEGIA
- 04.2110 INCOMPLETA
- 04.2120 COMPLETA
- 04.2200 TETRAPLEGIA
- 04.2211 INCOMPLETA C1-4
- 04.2212 INCOMPLETA C5-8
- 04.2221 COMPLETA C1-4
- 04.2222 COMPLETA C5-8
- 04.2300 OUTRA

05.0000 AMPUTAÇÃO

- 05.1000 ÚNICA ACIMA COTOVELO (AcC)
- 05.2000 ÚNICA ABAIXO COTOVELO (AbC)
- 05.3000 ÚNICA ACIMA JOELHO (AcJ)
- 05.4000 ÚNICA ABAIXO JOELHO (AbJ)
- 05.5000 DUPLA AcJ/AcJ
- 05.6000 DUPLA AcJ/AbJ
- 05.7000 DUPLA AbJ/AbJ
- 05.9000 OUTRA

06.0000 PATOL. REUMATISMAL

- 06.1000 P. REUMATOIDE
- 06.2000 ARTROSE
- 06.9000 OUTRA

07.0000 SINDR. ÁLGICOS

- 07.1000 PESCOÇO
- 07.2000 COSTAS
- 07.3000 EXTREMIDADES
- 07.9000 OUTRO

08.0000 PATOL. ORTOPÉDICA

- 08.1000 STATUS POS (SP) FRACTURA ANCA
- 08.2000 SP FRACTURA (DIAFISE) FÉMUR
- 08.3000 SP FRACTURA PÉLVICA
- 08.4000 SP FRACTURA MULTIPLA MAJOR
- 08.5000 SP PROTESE ANCA
- 08.6000 SP PROTESE JOELHO
- 08.9000 OUTRA

09.0000 PATOL. CARDÍACA

10.0000 PATOL. PULMONAR

- 10.1000 DPOC
- 10.9000 OUTRA

11.0000 QUEIMADURAS

12.0000 DEFICIÊNCIA CONGÊNITA

12.1000 ESPINHA BIFIDA
12.9000 OUTRA

13.0000 OUTRAS DEFICIÊNCIAS INCAPACITANTES

14.0000 TRAUMATISMO MÚLTIPLO MAJOR

14.10000 CÉREBRO + MEDULA
14.20000 CÉREBRO + FRACTURA MULTIPLA/AMPUTAÇÃO
14.30000 MEDULA + FRACTURA MULTIPLA/AMPUTAÇÃO
14.90000 OUTRO

17. **Data de início** - a data de início da deficiência que foi codificada no item 16 para a qual o sujeito irá fazer tratamento de Reabilitação. Anote oito dígitos (incluindo o século). Para as situações com início incidiioso ou para as quais por qualquer outra razão a data exacta de início não é conhecido, codifique como se segue:

a. Se o ano e mês são conhecidos, mas não o dia exacto, use o primeiro dia do mês

b. Se o ano é conhecido, mas o mês exacto não o é, use o 1º dia de Janeiro desse ano.

c. Se o ano é uma aproximação, use o primeiro de Janeiro do ano aproximado.

18. **Diagnóstico Principal** - Refere-se ao código ICD-9 para o diagnóstico principal ou problema actual para o qual o sujeito foi admitido para o tratamento de Reabilitação referido no item 16. Anote no momento de alta.

19. **Outros diagnósticos** - Refere-se aos diagnósticos adicionais relevantes. Siga o código ICD-9 (máximo de 7) para incluir os diagnósticos secundários e outras situações maior. Inclui outras deficiências, etiologias, co-morbilidade e complicações durante o tratamento inicial de Reabilitação ou ocorrendo após a alta da Reabilitação. Codifique aquando da alta e durante o acompanhamento.

20. **Fonte de pagamento** - refere-se à fonte responsável pelo pagamento das despesas do tratamento do sujeito enquanto em Reabilitação. Codifique a fonte de pagamento primária (maior quantidade de \$) e secundária. Se não há fonte secundária, coloque código 15. Codifique aquando da alta.

a. Primária

- 01 Segurança Social
- 02 A.D.S.E.
- 03 Ministério da Justiça
- 04 S.A.M.S./C.G.D.
- 05 E.D.P.
- 06 C.T.T
- 07 P.S.P.
- 08 A.D.M.E.
- 09 O.S.M.O.P.
- 10 Particular
- 11 Seguro - acidente de trabalho
- 12 Seguro - acidente de viação
- 13 Seguro de Saúde
- 14 Outra

b. Secundária - codificar como em cima, ou 15 Nenhuma

21. **Total das despesas de Reabilitação no Hospital -**

a. Refere-se ao total das despesas com a Reabilitação no hospital enquanto o sujeito está no serviço de Reabilitação. As despesas devem estar coerentemente relacionadas com os dias de tratamento no serviço de Reabilitação como codificado nos itens 3 e 4. Se a interrupção do programa de tratamento de Reabilitação for igual ou inferior a 30 dias, o total de dias em Reabilitação e o total de despesas devem reflectir o total da estadia no serviço de Reabilitação. Os dias no hospital de agudos e as despesas durante a interrupção do programa não devem ser incluídas. Se a interrupção é superior a 30 dias, significa uma nova (separada) admissão e deve ser por isso referida numa nova (separada) folha de código. Assinale o total de escudos dispendidos referindo-se ao número inteiro mais próximo, em escudos.

b. Estas despesas incluem os honorários médicos ? Codifique como se segue:

- 1. Sim
- 2. Não

22. M I F - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

PROCEDIMENTOS DE UTILIZAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

Dois registos, pelo menos, são necessários: à admissão (nas 72 horas) e à alta. Registe, na folha de código, o número que melhor descreve o nível de função do sujeito para cada item da MIF. Se o sujeito não pode ser testado ou é colocado em risco para fazê-lo marque 1. Não deixe nenhum item da MIF em branco.

Cada um dos dezoito itens da MIF tem uma cotação máxima de 7, e a cotação mínima é de 1. A cotação mais elevada é, portanto, de 126 e a mais baixa é de 18.

A cotação em sete níveis é fundamental para que as alterações funcionais sejam observadas com uma sensibilidade suficiente.

Nos casos em que a MIF é mais elevada durante o tratamento do que no serviço ou no quarto, deve ser anotada a cotação mais baixa. A razão desta diferença deve-se a uma aprendizagem insuficiente desta função precisa pelo doente, ou à sua fadiga, ou à ausência de motivação para utilizar as aquisições da terapia (ocupacional e da fisioterapia). A cotação mais baixa é registada porque corresponde ao que o doente habitualmente faz, na realidade, nesse momento. Pode ser necessário, para resolução do que significa "habitualmente", uma coordenação entre o terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermeiros.

Sempre que são necessários dois ajudantes para que o doente consiga fazer as tarefas descritas em cada item, cote 1. A necessidade de "preparação ou arranjo" dos objectos necessários é cotada uniformemente ao nível de 5 em todos os itens.

NOTA: Os itens de **cognição social**: interacção social, resolução de problemas da vida quotidiana e memória, são estimativas da função em três importantes domínios da actividade quotidiana de uma pessoa. Ao contrário dos outros domínios funcionais da MIF que são utilizados em clínica há anos, ainda não existe consenso claro entre os comportamentalistas e os clínicos de Reabilitação sobre a quantificação das capacidades no que se relaciona com estas actividades. Os itens da cognição social da MIF têm uma fiabilidade (garantia) muito aceitável na versão em Inglês. Foram precisados com o seu uso e continuarão a sê-lo com o desenvolvimento da experimentação clínica e da pesquisa.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

DESCRIÇÃO DOS NÍVEIS DE FUNÇÃO E DA SUA COTAÇÃO

INDEPENDENTE - Não é requerida outra pessoa para a actividade.
(SEM AJUDA).

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Todas as tarefas descritas que constituem a actividade em questão são realizadas em segurança, sem modificação, sem ajudas técnicas e em tempo razoável.

6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - A actividade requer: uma ajuda técnica, prótese ou ortótese, um tempo de realização demasiado elevado, ou não pode ser realizada em condições de segurança suficientes.

DEPENDENTE - É necessário outra pessoa para supervisão ou ajuda física; sem esta, a actividade não pode ser realizada.
(COM AJUDA).

DEPENDÊNCIA MODIFICADA - O sujeito realiza pelo menos 50% do esforço. Os níveis são:

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - O sujeito só necessita de um controle, ou uma presença, ou uma sugestão, ou um encorajamento, sem contacto físico. Ou ainda: o ajudante (a ajuda) arranja ou prepara os objectos necessários ou coloca-lhe a ortótese ou prótese (ajuda técnica).

4. **AJUDA COM CONTACTO MÍNIMO** - O contacto é puramente "táctil", e o sujeito realiza 75% ou mais do esforço.

3. **AJUDA MODERADA** - O sujeito requer mais do que um contacto táctil, ou realiza 50 a 74% do esforço.

DEPENDÊNCIA COMPLETA - O sujeito efectua menos da metade (menos de 50%) do esforço. Uma ajuda máxima ou total é requerida, sem a qual a actividade não pode ser realizada. Os níveis são:

2. **AJUDA MÁXIMA** - O sujeito desenvolve menos de 50%, mas pelo menos 25% do esforço.

1. **AJUDA TOTAL** - O sujeito efectua menos de 25% do esforço.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

A - ALIMENTAÇÃO

Inclui: a utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir com a refeição já devidamente preparada.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Come de um prato, com alimentos com todos os tipos de consistências, e bebe de um copo ou de uma taça segundo os costumes habituais sobre uma mesa ou um tabuleiro. Utiliza uma colher ou um garfo normais; a comida é mastigada e deglutida.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Requer uma adaptação ou uma ajuda técnica como por exemplo uma "palhinha", uma faca especial, uma colher-garfo, necessita de um tempo mais longo que o normal para comer, ou requer alimentos com consistência modificada, ou há questões de segurança. Se o indivíduo depende em parte de outros tipos de alimentação, como por exemplo parentérica ou por gastrotomia, tem de ser ele próprio a administrar a comida.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Requer supervisão (por exemplo estar a seu lado, estimulá-lo) ou preparação (aplicação de ortóteses); ou outra pessoa é necessária para a abertura dos recipientes, cortar a carne, barrar a manteiga ou servir bebidas.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - O sujeito efectua pelo menos 75% das tarefas de alimentação.
3. **AJUDA MODERADA** - Efectua 50 a 74% das tarefas de alimentação.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Efectua 25 a 49% das tarefas de alimentação.
1. **AJUDA TOTAL** - Efectua menos de 25% das tarefas de alimentação. Ou então: utiliza um outro modo de alimentação, como por exemplo parentérica ou por gastrotomia, mas não sozinho ou pelos seus próprios meios.

B - HIGIENE PESSOAL: CUIDADOS DE APRESENTAÇÃO E APARÊNCIA EXTERIORES:

Inclui: higiene oral (dentes), pentear, lavar as mãos e face, e a barba ou maquilhagem.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Lava os dentes ou dentaduras, penteia ou escova o cabelo, lava as mãos e a cara, faz a barba ou maquilhagem, incluindo a preparação de todos estes gestos. Se o indivíduo não tem o hábito de fazer a barba, maquilhar-se ou lavar os dentes, não valorizar estas tarefas.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Necessita de equipamento especializado (incluindo próteses ou ortóteses) ou demora mais tempo do que o razoável, ou não o faz nas boas condições de segurança.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Requer supervisão (por exemplo uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação (colocação de uma ortótese ou ajuda técnica, e preparação inicial como por exemplo colocar a pasta dos dentes na escova ou abertura prévia dos produtos de maquilhagem...).
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - O indivíduo realiza pelo menos 75% das tarefas.
3. **AJUDA MODERADA** - Realiza 50% a 74% das tarefas.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Realiza 25% a 49% das tarefas.
1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% das tarefas.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

C - BANHO: (LAVAGEM DO CORPO).

Inclui: lavagem do corpo, desde o pescoço até aos pés (com exclusão das costas), em banho de imersão, chuveiro ou com uma bacia e esponja ou luva de banho. Efectua estas tarefas em segurança.

S E M A J U D A

- 7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Lava e seca o corpo.
- 6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Utiliza equipamento especializado (incluindo próteses ou ortóteses), ou demora mais tempo que o razoável ou não o faz em boas condições de segurança.

C O M A J U D A

- 5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Requer supervisão (por exemplo, uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação (colocação de um equipamento especializado, e preparação inicial como por exemplo preparação da água ou dos utensílios de limpeza necessários).
- 4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - O sujeito realiza 75% ou mais das tarefas.
- 3. **AJUDA MODERADA** - Realiza 50 a 74% das tarefas.
- 2. **AJUDA MÁXIMA** - Realiza 25 a 49% das tarefas.
- 1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% das tarefas.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

D - VESTIR DA METADE SUPERIOR DO CORPO

Inclui: vestir da cintura para cima, assim como colocar ou retirar uma prótese ou ortótese da parte superior do corpo, se for caso disso.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Veste-se e despe-se, incluindo a obtenção da roupa dos seus locais habituais, tais como gavetas e armários; consegue colocar e apertar um soutien, vestir uma peça de roupa por cima, e apertar e desapertar uma peça de roupa com abertura anterior; consegue utilizar fechos de correr, botões e molas; coloca e retira próteses ou ortóteses, se for caso disso.
6. **DEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Necessita de uma adaptação para o fecho, como por exemplo velcro, ou de uma ajuda técnica (incluindo uma prótese ou ortótese), ou demora mais tempo do que é habitual.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Necessita supervisão (por exemplo, presença com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação de uma ortótese, preparação do vestuário, ou de uma ajuda técnica especializada).
4. **AJUDA MÍNIMA SEM CONTACTO** - O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.
3. **AJUDA MODERADA** - Realiza 50 a 74% das tarefas.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Realiza 25 a 49% das tarefas.
1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

E - VESTIR DA METADE INFERIOR DO CORPO

Inclui: O vestir da cintura para baixo, bem como o colocar ou retirar de uma prótese ou de uma ortótese, se for caso disso.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Veste-se e despe-se, incluindo a obtenção do vestuário dos lugares habituais como por exemplo gaveta ou armário; consegue vestir a roupa interior, calças, saias, cintos, meias e sapatos; consegue utilizar fechos de correr, botões e molas; coloca e retira próteses ou ortóteses, se for caso disso.
6. **DEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Necessita de uma adaptação para o fecho, como por exemplo velcro, ou de uma ajuda técnica (incluindo uma prótese ou ortótese), ou demora mais tempo do que o habitual.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Necessita supervisão (por exemplo, presença com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação de uma ortótese, preparação do vestuário, ou de uma ajuda técnica especializada).
4. **AJUDA MÍNIMA SEM CONTACTO** - O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.
3. **AJUDA MODERADA** - Realiza 50 a 74% das tarefas.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Realiza 25 a 49% das tarefas.
1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

F - UTILIZAÇÃO DA SANITA (EMUNCTÓRIO)

Inclui: higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização da sanita ou da arrastadeira. Efectua a tarefa em segurança.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Limpa-se após a micção ou defecação; coloca pensos higiénicos/tampões; despe-se e veste-se antes e depois da tarefa.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Utiliza equipamento especializado (incluindo próteses ou ortóteses ou ajuda técnica) ou demora mais do que o tempo razoável ou não realiza a tarefa em boas condições de segurança.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Necessita supervisão (por exemplo, presença com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (aplicação de ajudas técnicas ou abertura de embalagens).
4. **AJUDA MÍNIMA SEM CONTACTO** - O indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas.
3. **AJUDA MODERADA** - Realiza 50 a 74% das tarefas.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Realiza 25 a 49% das tarefas.
1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% das tarefas, ou não é vestido.

Comentário: Se necessita de uma ajuda para a colocação de uma protecção menstrual (3 a 5 dias por mês em geral) o nível é 5 (Supervisão ou Preparação)

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

G - CONTROLE DA BEXIGA

Inclui: controle completo e intencional da bexiga e a utilização do equipamento ou dos meios necessários ao controle vesical.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Controla completa e adequadamente a bexiga; nunca está incontinente.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Requer uma sonda, um colector urinário, um dispositivo tipo urinol ou preservativo, fralda, toalhete, ou uma derivação urinária, ou utiliza medicação para o controle vesical; se uma sonda é utilizada, a pessoa instila ou irriga a sonda sem ajuda; limpa, esteriliza e prepara o equipamento para a irrigação sem ajuda. A pessoa utiliza um sistema colector ou um saco ileal sem ajuda de outra pessoa; esvazia, coloca, retira, e limpa o saco colector colocado ao longo do membro inferior, ou esvazia e limpa os sacos ileocólicos. Ausência de acidentes de incontinência.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Requer supervisão (presença com ou sem encorajamento ou sugestão) ou preparação (colocação ou esvaziamento) do material para manter um modo de micção correcto, ou para manter um sistema colector externo; ou então, por causa do tempo necessário para obter uma arrastadeira ou um urinol, ou para alcançar a sanita, a pessoa pode ter um acidente ocasional de incontinência, mas não mais do que uma vez por mês.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - Requer uma ajuda mínima para manutenção de um sistema colector externo; o indivíduo realiza 75% ou mais das tarefas de controle vesical; ou pode ter um acidente ocasional vesical, mas não mais que uma vez por semana.
3. **AJUDA MODERADA** - Requer uma ajuda moderada para a manutenção do sistema externo; a pessoa realiza 50 a 74% das tarefas de controle vesical; ou pode ter fugas urinárias ocasionais, mas não mais que uma vez por dia.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Apesar da ajuda a pessoa molha-se frequentemente, quase todos os dias, devendo utilizar fraldas ou outros sistemas absorventes, quer haja ou não uma sonda ou um saco colector. A pessoa realiza 25 a 49% das tarefas de controle vesical.
1. **AJUDA TOTAL** - Apesar da ajuda, a pessoa molha-se frequentemente, quase diariamente, necessitando utilizar permanentemente fraldas ou outros sistemas absorventes, quer haja ou não um sistema de estoma ou uma sonda. A pessoa realiza menos de 25% das tarefas de controle vesical.

Comentário: O objectivo funcional do controle vesical é abrir o esfíncter uretral somente quando tal é necessário, e de mantê-lo fechado o resto do tempo. Este objectivo pode exigir em algumas pessoas equipamentos, medicamentos ou uma ajuda. Esta rubrica depende então de duas variáveis: 1- O nível de sucesso do controle vesical 2- O nível de ajuda necessária. Estas duas variáveis caminham habitualmente a par: quando há mais acidentes, é necessário uma ajuda mais importante. No entanto, se os dois níveis não são idênticos, deve sempre anotar o de nível inferior.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

H - CONTROLE DAS FEZES

Inclui: controle intencional e completo da defecação, e utilização do equipamento ou meios necessários à defecação.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Controla completa e intencionalmente a defecação, sem episódios de incontinência.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Utiliza a arrastadeira, a estimulação digital, amaciadores das fezes, supositórios, relaxantes, clisteres ou enemas de forma regular, ou utiliza outras medicações para o controle. Se a pessoa tem uma colostomia assegura a sua manutenção. Sem episódios de incontinência.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO** - Requer supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão), ou a preparação do equipamento para conservar um controle satisfatório, ou para manutenção de um sistema de estoma; ou o indivíduo pode ter um acidente ocasional, mas nunca mais do que uma vez por mês.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - Requer uma ajuda mínima de contacto para conservar um ritmo correcto de defecação, utilizando supositórios ou clisteres ou uma ajuda técnica; ou a pessoa pode ter um acidente ocasional, mas nunca mais do que uma vez por semana. O indivíduo assegura 75% ou mais das tarefas de controle da defecação.
3. **AJUDA MODERADA** - Requer uma ajuda moderada para conservar um ritmo correcto de defecação, utilizando supositórios, ou clisteres, ou uma ajuda técnica; ou a pessoa pode ter um acidente ocasional, mas nunca mais de que uma vez por dia. A pessoa assegura 50 a 74% das tarefas de controle da defecação.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Apesar da ajuda, a pessoa está suja frequentemente ou quase diariamente, quer haja ou não um estoma. A pessoa assegura 25 a 49% das tarefas de defecação.
1. **AJUDA TOTAL** - Apesar da ajuda, a pessoa está suja frequentemente ou quase diariamente necessitando de utilizar fraldas ou outros meios absorventes, quer haja ou não um estoma. A pessoa assegura menos de 25% das tarefas de controle de defecação.

Comentário: O objectivo fundamental do controle da defecação é abrir o esfíncter anal quando tal é necessário, e de mantê-lo fechado o resto do tempo. Este objectivo pode requer em algumas pessoas, equipamentos, medicamentos ou uma ajuda. Esta rubrica depende então de duas variáveis: 1- O nível de sucesso do controle intestinal 2- O nível de ajuda necessária. Estas duas variáveis caminham habitualmente a par: quando há mais acidentes, é necessário uma ajuda mais importante. No entanto, se estes dois níveis não são idênticos deve sempre notar o de nível inferior.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

I - TRANSFERÊNCIAS: LEITO, CADEIRA, CADEIRA DE RODAS.

Inclui: Todos os aspectos de uma transferência de e para o leito, a cadeira, ou a cadeira de rodas; ou então a passagem para a posição em pé se a marcha é o modo típico de locomoção, e vice-versa.

S E M A J U D A

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA -

* Se o doente faz marcha: aproxima-se, senta-se, e passa à posição de pé a partir de uma cadeira normal; transfere-se do leito para a cadeira; realiza estes actos em segurança.

* Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se de um leito ou de uma cadeira, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, retira os braços da cadeira de rodas se necessário, e realiza uma rotação em posição de pé, ou uma transferência por deslizamento, e retorna à cadeira de rodas. Realiza estes actos em segurança.

6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA - Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de deslizamento, uma potência, barras, uma cadeira ou uma cadeira especial montada ou canadianas; demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

C O M A J U D A

5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO - Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).
4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO - O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.
3. AJUDA MODERADA - Assegura 50 a 74% das tarefas de transferência
2. AJUDA MÁXIMA - Assegura 25 a 49% das tarefas de transferência.
1. AJUDA TOTAL - Assegura menos de 25% das tarefas de transferência

Comentário: Quando do estudo da transferência da cama para a cadeira, o sujeito começa e termina na posição de supino.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

J - TRANSFERÊNCIAS: SANITA

Inclui: Acção de chegar e de se retirar da sanita.

S E M A J U D A

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA -

* Se o doente faz marcha: aproxima-se, senta-se, e levanta-se de uma sanita normalizada (standardizada), em segurança.

* Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se da sanita, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, tira os braços da cadeira de rodas se necessário e realiza uma rotação em posição de pé, ou uma translação por deslizamento e retorna, em segurança.

6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA - Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de transferências, uma potência, barras, ou um assento especial. Demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

C O M A J U D A

5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO - Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).

4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO - O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.

3. AJUDA MODERADA - Assegura 50 a 74% das tarefas de transferência.

2. AJUDA MÁXIMA - Assegura entre 25 a 49% das tarefas de transferência.

1. AJUDA TOTAL - Assegura menos de 25% das tarefas de transferência.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

K - TRANSFERÊNCIA BANHEIRA OU DUCHE

Inclui: Entrar e sair da banheira e/ou do duche.

S E M A J U D A

7. INDEPENDÊNCIA COMPLETA -

* Se o doente faz marcha: aproxima-se, entra e sai da banheira ou do duche em segurança.

* Se o doente está em cadeira de rodas: aproxima-se da banheira, ou do duche, trava a cadeira de rodas, afasta os pedais, tira os braços da cadeira de rodas, se necessário, realiza o movimento de translação por deslizamento, e retorna à cadeira de rodas em segurança.

6. INDEPENDÊNCIA MODIFICADA - Requer uma ajuda técnica (incluindo próteses ou ortóteses) tal como uma tábua de transferências, uma potência, barras, ou um assento especial. Demora mais tempo que o normal, ou não faz a transferência em segurança total.

C O M A J U D A

5. SUPERVISÃO OU PREPARAÇÃO - Necessita de supervisão (uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão) ou uma preparação do equipamento (colocação de uma tábua de transferências, mobilização dos pedais da cadeira de rodas, etc.).

4. AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO - O sujeito assegura 75% ou mais das tarefas de transferência.

3. AJUDA MODERADA - Assegura 50 a 74% das tarefas de transferência.

2. AJUDA MÁXIMA - Assegura entre 25 a 49% das tarefas de transferência.

1. AJUDA TOTAL - Assegura menos de 25% das tarefas de transferência.

L-DEAMBULAÇÃO NA HORIZONTAL

Inclui: Andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas uma vez sentado, num piso inferior. Pesquise e mencione o modo de utilização mais frequente: **M** - Marcha () ou **C.R.** - Cadeira de Rodas () ou assinalar os dois, se ambos são igualmente utilizados.

Se está a iniciar um programa de Reabilitação, pesquise segundo o modo para o qual o treino é pretendido.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Marcha pelo menos 45m sem ajuda técnica nem auxiliar de marcha. Não utiliza cadeira de rodas. Marcha em segurança.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** -
 - * Marcha pelo menos 45m, mas utiliza uma ortótese ou uma prótese, calçado especial, uma canadiana, uma canadiana axilar, ou um andarilho. Demora mais tempo que o normal, ou não se desloca com toda a segurança.
 - * Ou, se não faz marcha: Utiliza uma cadeira de rodas manual ou eléctrica em independência completa durante pelo menos 45m; dá a volta, manobra a cadeira de rodas até uma mesa, um leito, uma sanita; consegue transpor uma inclinação de pelo menos 3%; manobra a cadeira de rodas sobre alcatifas e soleiras de portas.
5. **EXCEPÇÃO (DEAMBULAÇÃO DENTRO DE CASA)** - Só faz marcha para pequenas distâncias (num mínimo 15m) com ou sem auxiliar de marcha. Pode demorar mais tempo que o normal, ou não o faz com toda a segurança, ou utiliza uma cadeira de rodas normal ou eléctrica autonomamente, mas só para pequenas distâncias (num mínimo de 15m).

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO** -
 - * Se faz marcha: Requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para conseguir andar pelo menos 45m.
 - * Se não faz marcha: Requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para conseguir andar pelo menos 45m em cadeira de rodas.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - O sujeito realiza 75% ou mais do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 45m.
3. **AJUDA MODERADA** - O sujeito realiza 50 a 74% do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 45m.
2. **AJUDA MÁXIMA** - O sujeito assegura 25 a 49% do esforço de deambulação para percorrer pelo menos 15m. Necessita da ajuda de uma só pessoa.
1. **AJUDA TOTAL** - O sujeito realiza menos de 25% do esforço, ou requer a ajuda de duas pessoas, ou não faz marcha ou deambulação em cadeira de rodas durante pelo menos 15m.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

M - ESCADAS

Inclui: Subir e descer 12 a 14 degraus (um lance de escadas), no interior.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Sobe e desce pelo menos um lance de escadas sem qualquer tipo de apoio ou corrimão, e em segurança.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Sobe e desce pelo menos um lance de escadas, utilizando um apoio lateral ou um corrimão, ou uma canadiana, ou um outro auxiliar de marcha. Demora mais tempo que o normal, ou não o faz com toda a segurança.
5. **EXCEPÇÃO (DEAMBULAÇÃO DENTRO DE CASA)** - sobe e desce 4 a 6 degraus de forma autónoma, com ou sem auxiliar de marcha ou ajuda técnica. Pode demorar mais do que o tempo normal ou não o faz com toda a segurança.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO** - Requer uma presença, com ou sem encorajamento ou sugestão, para subir e descer um lance de escadas.
4. **AJUDA MÍNIMA COM CONTACTO** - O sujeito realiza 75% ou mais do esforço para subir e descer um lance de escadas.
3. **AJUDA MODERADA** - O sujeito realiza 50 a 74% do esforço de subir e de descer um lance de escadas.
2. **AJUDA MÁXIMA** - O sujeito realiza 25 a 49% do esforço de subir e de descer 4 a 6 degraus. Necessita da ajuda de uma só pessoa.
1. **AJUDA TOTAL** - Realiza menos de 25% do esforço ou necessita de ajuda de duas pessoas, ou não sobe e desce 4 a 6 degraus, ou tem de ser transportado.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

N - COMPREENSÃO

Inclui: Compreensão de uma comunicação visual ou auditiva, isto é, de uma informação linguística falada ou escrita, ou por gestos. Verifique e avalie o modo habitual de compreensão:

A= Auditivo () V= Visual ();

Se ambos são igualmente utilizados marque A e V.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Compreende as directivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstracta; compreende a sua língua natal escrita ou falada.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Compreende as directivas escritas ou faladas e a conversação complexa ou abstracta na maioria das situações ou com uma ligeira dificuldade. Não necessita de ajuda. Pode ter necessidade de uma ajuda auditivo-visual, ou outra ajuda técnica, ou de mais tempo que o normal para compreender a informação.

C O M A J U D A

5. **AJUDA PRESENTE** - Compreende as conversações ou os textos sobre as necessidades quotidianas básicas em mais de 90% dos casos. Tem necessidade de ajuda (conversação a velocidade mais baixa, repetição, acentuação ou ênfase de palavras ou frases particulares, pausas; orientação visual ou gestual) em menos de 10% das vezes.
4. **AJUDA MÍNIMA** - Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 75 a 90% das vezes.
3. **AJUDA MODERADA** - Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 50 a 74% das vezes.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em 25 a 49% das vezes. Pode só compreender questões ou afirmações simples.
1. **AJUDA TOTAL** - Compreende as conversações ou os textos acerca das necessidades quotidianas básicas em menos de 25% das vezes. Ou não compreende questões simples ou pode não responder de forma apropriada ou compreensível apesar da ajuda.

Comentário: Compreensão de informação complexa ou abstracta inclui mas não está limitada a : conversas em grupo, acontecimentos correntes difundidos em programa de televisão ou artigos de revistas, ou informação abstracta tal como religião, humor, matemática ou finanças, utilizada diariamente.

Informação acerca das **necessidades quotidianas básicas**, refere-se a : conversação, directivas, textos, questões ou afirmações relacionadas com as necessidades do sujeito sobre alimentação (incluindo ingestão de líquidos), eliminação, higiene, dormida (necessidades fisiológicas).

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

0 - EXPRESSÃO

Inclui: A expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação linguística verbal ou gráfica (usando a escrita ou um outro sistema de comunicação) com sentido e gramática apropriados e exactos.

Verifique e avalie o modo habitual de compreensão:

V = Verbal () N = Não Verbal ();

Se ambos são igualmente utilizados marque V e N.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Exprime ideias completas ou abstractas de forma clara e fluente.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Exprime ideias complexas ou abstractas na maioria das situações, ou com discreta dificuldade. Não necessita de ajuda. Pode ter necessidade de um sistema ou dispositivo de comunicação.

C O M A J U D A

5. **AJUDA PRESENTE** - Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em mais de 90% das vezes. Tem necessidade de ajuda (por exemplo repetição frequente) em menos de 10% das vezes para ser compreendido.
4. **AJUDA MÍNIMA** - Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 75 a 90% das vezes.
3. **AJUDA MODERADA** - Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 50 a 74% das vezes.
2. **AJUDA MÁXIMA** - Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em 25 a 49% das vezes. Pode só utilizar palavras isoladas ou gestos. Necessita de ajuda em mais de 50% do tempo.
1. **AJUDA TOTAL** - Expressa as necessidades e as ideias essenciais da vida quotidiana em menos de 25% das vezes. Ou não exprime as necessidades essenciais de forma apropriada ou de forma compreensível apesar da ajuda.

Comentário: Exemplos de ideias abstractas ou complexas incluem, mas não estão limitados a, discussão de acontecimentos correntes ou de relações com os outros.

A expressão das **necessidades e das ideias essenciais** refere-se à capacidade do sujeito para comunicar acerca das actividades diárias necessárias tais como alimentação (incluindo líquidos), eliminação, higiene e dormida (necessidades fisiológicas).

P - INTERACÇÃO SOCIAL

Inclui: Os desempenhos (as técnicas e os meios) para fazer-se compreender e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais. Isto representa a maneira como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Conduz-se de forma apropriada com os membros da equipe de saúde, com os outros doentes, e com a família (por exemplo: controla o seu temperamento, aceita a crítica, está consciente do impacto das suas palavras e das suas acções sobre os outros).
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Conduz-se de forma apropriada com os membros da equipe de saúde, com os outros doentes, e com a família na maioria das situações ou com ligeira dificuldade. Não é necessária supervisão. Pode necessitar de mais tempo do que o necessário para se adaptar às situações sociais ou pode ter necessidade de medicação para controle.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO** - Requer supervisão, (presença para encorajar, controlar, sugerir, ou ajudar) só sob situações de stress ou não familiares, mas não mais que 10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação.
4. **DIRECÇÃO MÍNIMA** - O sujeito conduz-se de forma apropriada em 75 a 90% das vezes.
3. **DIRECÇÃO MODERADA** - O sujeito interage apropriadamente em 50 a 74% das vezes.
2. **DIRECÇÃO MÁXIMA** - O sujeito conduz-se de forma apropriada em 25 a 49% das vezes. Pode necessitar uma restrição de contactos e deslocamentos.
1. **DIRECÇÃO TOTAL** - O sujeito nunca se conduz de forma apropriada, ou fá-lo em menos de 25% das vezes. Pode necessitar uma restrição dos contactos e deslocamentos.

Exemplo de condutas socialmente inapropriadas: Perda de controle do carácter; linguagem excessiva, grosseira, ou violenta, riso e choro excessivos; violência física; ou: atitude de afastamento total sem interacção.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

Q - RESOLUÇÃO DOS PROBLEMAS DA VIDA QUOTIDIANA

Inclui: As capacidades (os desempenhos) necessários à resolução dos problemas da vida quotidiana, isto é: a tomada de decisões razoáveis, seguras, adaptadas ao momento acerca das tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o acompanhamento e autocorreção das tarefas e actividades para resolução destes problemas.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos até ao fim e autocorrigue eventuais erros;
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Reconhece os problemas, toma as decisões apropriadas, inicia e conduz uma sequência de disposições destinadas à resolução de problemas complexos na maioria das situações, ou com discreta dificuldade, ou necessita de mais tempo que o normal para decidir ou para resolver problemas complexos.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO** - Necessita de supervisão (com ou sem encorajamento ou sugestão) para resolver problemas de rotina, mas somente em condições de stress ou não familiares, e menos de 10% das vezes.
4. **DIRECÇÃO MÍNIMA** - O sujeito resolve os problemas de rotina em 75 a 90% das vezes.
3. **DIRECÇÃO MODERADA** - O sujeito resolve os problemas de rotina em 50 a 74% das vezes.
2. **DIRECÇÃO MÁXIMA** - O sujeito resolve os problemas de rotina em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ser dirigido mais de 50% das vezes para poder iniciar, planificar ou completar actividades simples diárias. Pode necessitar uma restrição dos contactos por razões de segurança.
1. **ASSISTÊNCIA TOTAL** - O sujeito resolve os problemas de rotina em menos de 25% das vezes. Tem necessidade de ser quase sempre dirigido, ou não chega realmente a resolver os problemas encontrados. Pode ter necessidade de ser dirigido de uma forma constante para completar simples actividades diárias. Pode necessitar uma restrição de contactos e deslocamentos por razões de segurança.

Exemplos de problemas: Exemplos de problemas complexos inclui actividades tais como: verificar uma conta, participar nos planos de alta, autoadministrar os medicamentos, confrontar problemas interpessoais, e tomar decisões sobre o emprego. Exemplos de **problemas de rotina** inclui: completar com sucesso as tarefas diárias ou lidar com situações não planeadas ou ocasionais que ocorrem durante as actividades quotidianas.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF) (CONTINUAÇÃO)

R - MEMÓRIA

Inclui: As competências necessárias para a implicação real nas realizações da vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. Um deficit de memória, dificulta a aprendizagem bem como a realização das tarefas.

S E M A J U D A

7. **INDEPENDÊNCIA COMPLETA** - Reconhece as pessoas que encontra com frequência e lembra-se das actividades quotidianas habituais: Executa os pedidos e solicitações de outro sem necessidade de repetição.
6. **INDEPENDÊNCIA MODIFICADA** - Tem alguma dificuldade em reconhecer as pessoas, lembra-se das actividades habituais e pedidos de outros. Utiliza, quando necessário, "truques" pessoais, anotações ou outras ajudas.

C O M A J U D A

5. **SUPERVISÃO** - Requer ajuda (sugestão ou repetição), mas só em condições de stress ou não familiares, e em não mais que 10% das vezes.
4. **AJUDA MÍNIMA** - O sujeito reconhece ou lembra-se em 75 a 90% das vezes.
3. **AJUDA MODERADA** - O sujeito reconhece ou lembra-se em 50 a 74% das vezes.
2. **AJUDA MÁXIMA** - O sujeito reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em mais de 50% das vezes.
1. **ASSISTÊNCIA TOTAL** - O sujeito reconhece ou lembra-se em menos de 25% das vezes ou, de facto, não reconhece nem se lembra.

APÊNDICE A

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA A REABILITAÇÃO MÉDICA

CASO CLÍNICO #1

Instituição: 326

Número: 433-87-7656
Deficiência: 14.1

Grupo de

George S. é um indivíduo do sexo masculino, de raça branca, pedreiro de profissão. Está separado e vive com a namorada que tem um filho de 6 anos de idade.

Enquanto estava a trabalhar caiu de um telhado para a estrada. Deu entrada no Carmen Valley Hospital em 20/11/88, em estado confusional e com tetraplegia motora e sensorial incompleta, por fractura-luxação em C7-D1. foi-lhe aplicado tracção cervical. O TAC de urgência mostrou a presença de um hematoma subdural parietal direito. Sob anestesia local foi-lhe feito uma trepanação para evacuação do hematoma subdural. Dois dias depois foi feita a redução da coluna cervical através de cirurgia com fusão posterior.

Foi transferido para o Serviço de Reabilitação em 15/12/88. A avaliação à entrada mostrou que necessitava da aplicação de uma ortótese para comer e de ajuda para esvaziar cada colherada de comida. Era capaz de levar a comida do prato para a sua boca. Utilizava um prato com resguardo e uma palhinha longa para as bebidas. Era capaz de lavar e secar a sua cara após ser-lhe colocada uma luva de banho na sua mão direita, mas era incapaz de pentear o seu cabelo, lavar os dentes e barbear-se. A ajuda lavava a sua mão direita durante estas actividades. Com a luva de banho na sua mão direita, o sujeito lavava o pescoço, o hemitronco e braços esquerdos, tendo a ajuda que lavar o resto do corpo e limpar todas as zonas.

A indumentária típica do George é: uma blusa, calças com cinto elástico, meias anti-embólicas, peúgas e pantufas altas. A ajuda retirava-lhe toda a roupa do armário. A ajuda colocava a blusa sobre a cabeça do sujeito e nos seus braços. George inclinava-se então para a frente para que a ajuda pudesse puxar a blusa para baixo para o tronco. George estava dependente no calçar das meias anti-embólicas, peúgas e sapatos. A ajuda enfiava as calças na parte inferior das pernas. George desviava-se para um lado e para o outro, para que a ajuda pudesse puxar as calças até cima.

A bexiga do George era controlada pelo pessoal através de cateterização intermitente. Tinha três a quatro episódios de incontinência por semana. Tinha defecações espontâneas no leito. Era incapaz de manter o controle perineal após os movimentos intestinais. O George desviava-se para um lado e para o outro para auxiliar a ajuda no despir e vestir antes e depois da cateterização e da defecação.

George era transportado pelo pessoal para as transferências de e para a cama e cadeira. Não fazia as transferências para a sanita ou para a banheira/chuveiro. Era incapaz de conduzir a cadeira de rodas mecânica. O subir de escadas não foi tentado por haver risco de lesão.

Era capaz de fornecer informações claras sobre as actividades diárias, mas incapaz de discutir assuntos financeiros e de segurança. Isto é, explicava coisas como a escolha do ementa e produzia afirmações acerca das actividades nas quais estava envolvido durante a fisioterapia e terapia ocupacional. Não falava com a sua namorada sobre coisas como : perguntas sobre as actividades do seu filho, contas, programas de televisão ou eventos desportivos. Era capaz de compreender perguntas que o pessoal lhe fazia acerca de assuntos do quotidiano tais como: refeições, necessidade de medicação para as dores, ajuda física. Via programas de televisão mas era incapaz de acompanhar um enredo mais complicado ou de compreender humor subtil. Frequentemente não cooperava com o pessoal durante o tratamento, recusando-se por vezes a participar e utilizando linguagem obscena. Necessitava frequentemente de orientação verbal no seu comportamento, mas não necessitava de ser isolado. George era capaz de reconhecer e resolver um problema de rotina, como por exemplo pedir por ajuda quando era incapaz de alcançar alguma coisa ou tocar a campainha de chamada quando precisava de ajuda, mas era incapaz de tomar decisões sobre coisas como as finanças domiciliárias, planos para alta ou preparação do seu transporte. George era capaz de reconhecer os terapeutas que o tratavam, apesar de não o conseguir fazer pelo nome. Conseguia enumerar as suas actividades quotidianas, mas era incapaz de fazê-lo na sequência adequada. Conseguia responder às questões apropriadamente, mas necessitava de repetição se a pergunta envolvia mais de uma actividade ou pensamento.

Começou com um programa de mobilização progressivo. Em 10/01/89 queixou-se de náuseas e vômitos tipo borra de café. Um raio X mostrou imagem de ar na cavidade peritoneal. Fez uma laparotomia para tratamento de uma úlcera péptica perfurada. Regressou ao serviço de reabilitação em 20/01/89. Mostrava melhorias a nível motor e sensitivo nos seus membros direitos. Quando estava a iniciar o ortostatismo nas barras paralelas verificou-se edema marcado da perna esquerda. Um Raio X do tórax mostrou uma imagem suspeita de embolia pulmonar, que foi confirmada por cintigrama pulmonar. Foi transferido para os cuidados intensivos em 09/02/89 para anti-coagulação e regressou ao Serviço de Reabilitação em 18/02/89.

Durante o restante internamento em Reabilitação a função dos membros inferiores foi gradualmente melhorando aproximando-se da função melhorada dos membros direitos. Era capaz de comer por si próprio após a ajuda abrir as embalagens e cortar a carne. Era capaz de pentear o seu cabelo, lavar os dentes e barbear-se, necessitando de ajuda apenas para completar totalmente a tarefa. Lavava a sua cara e as mãos sem dificuldade. Lavava-se no chuveiro usando uma cadeira de banho e um chuveiro de mão. Necessitava que a temperatura e a pressão da água fosse ajustada por outro, bem como de ajuda apenas para lavar os seus pés. Precisava de ajuda para retirar a roupa e para calçar as suas meias e sapatos, mas era capaz de vestir todo o resto do seu corpo inferior e superior.

Desenvolveu o controle intestinal usando um supositório em dias alternados. Era capaz de se posicionar no leito e a enfermeira aplicava o supositório. Após o pequeno almoço deslocava-se até à casa de banho e usava a sanita. Só tinha tido um acidente no último mês. Na casa de banho era capaz de se transferir para a sanita usando uma barra de apoio. Limpava-se após a defecação e despia e vestia a sua roupa antes e depois de utilizar a sanita, apoiando-se na barra. Aprendeu a fazer autocateterização intermitente que foi mudada para uso de preservativo por haver esvaziamento vesical satisfatório. Era capaz de despejar o saco colector, aplicar o preservativo, ligar os tubos do sistema para drenagem nocturna, com instrução. Teve dois acidentes no último mês relacionados com a manutenção do preservativo.

George transferia-se de e para a cama , mas precisava de alguém presente por causa da sua altura . Transferia-se sozinho para a cadeira de banho mas necessitava de supervisão para sair devido às superfícies molhadas. Andava 45 metros usando canadianas e era capaz de subir e descer 4 degraus com auxílio do terapeuta. Tornou-se muito colaborador com o pessoal que o tratava e participou nos planos de alta. Conversava com os amigos acerca de interesses comuns de todo o género e começou a ler magazines e revistas. Teve alta indo viver com a sua namorada e o seu filho no dia 01/05/89.

O aconselhador vocacional trabalhou com o doente antes de ter alta e estabeleceu planos para que retornasse à escola para obtenção de um diploma técnico, já que não poderia continuar como pedreiro.

Na consulta de acompanhamento, 5 meses mais tarde, George estava independente em todas as áreas de autocuidados, utilizando uma canadiana recta para distâncias superiores a 30 metros, necessitando de um corrimão para subir e descer escadas. Tomava um antidepressivo diariamente. Desenvolveu o controle vesical e intestinal apenas necessitando de um antispasmódico vesical e um amaciador de fezes. Conduzia um automóvel e estava em part-time a aprender a profissão de desenhador.

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA REABILITAÇÃO MÉDICA

FOLHA DE CÓDIGO

lado 1

SE OS DADOS FOREM
REVISTOS, EScreva AQUI
A DATA: ____/____/____. E
ASSINALE COM UM CÍRCULO
OS NOVOS DADOS

COMPLETE
AMBOS OS LADOS

1. Código Serviço Reab. **3 2 6**

2. Doente P. N^o **4 3 3 8 7 7 6 5 5**

3. Data de Admissão **1 9 8 9** **1 2** **1 5**
ANO MES DIA

4. Data da Alta **1 9 8 9** **0 5** **0 1**
ANO MES DIA

5. Interrupção do Prog. Trat. **1** 1- Sim 2- Não

a. Data Transfer. **8 9** **0 1** **1 0**
b. Data Readmis. **8 9** **0 1** **2 0**

c. Data Transfer. **8 9** **0 2** **0 9**
d. Data Readmis. **8 9** **0 2** **1 8**

e. Data Transfer. **8 9** **0 2** **1 8**
f. Data Readmis. **8 9** **0 2** **1 8**

6. Tipo de Admissão **1**
1-Primeira Reab. 2- Avaliação
3- Readmissão

7. Código Postal **3 0 4 9**
(Domicílio)

8. Data Nascimento **1 9 5 2** **1 2** **0 2**
ANO MES DIA

9. Sexo **1** 1- Masculino 2- Feminino

10. Raça / Etnia **1**
1-Branca 2- Africana
3- Asiática 4- Cigana 5- Outra

11. Língua Portuguesa **1**
1-Sim 2- Não 3- Parcialmente

12. Estado Civil **4**
1-Solteiro 2- Casado
3- Viúvo 4- Separado 5- Divorciado

13. Alojamento PRÉ-HOSPITAL ADMIS. DE ALTA

a. Local **0 1** **0 6** **0 1**
01- Domicílio 02- Lar 03- Aloj. provisório
04- Inst. cuidados intermédios 05- Inst. cuidados especializ.
06- Unid. agudos pp instit. 07- Unid. agudos outra instit.
08- Hosp. crônicos 09- Serv. Reabil. 10- Outro 11- Falecido

b. Vivendo com PRÉ-HOSPITAL ALTA
3 **3**
1- Só 2- Família/Familiares 3- Amigos 4- Empregada 5- Outro

14. Situação Profissional

a. Grupo PRÉ-HOSPITAL
1
1- Empregado 2- Empr. protegido 3- Estudante 4- Doméstica
5- Desempregado 6- Reformado-idade 7- Reformado-incapacid.

b. Esforço PRÉ-HOSPITAL
1
1- Tempo completo 2- Tempo parcial 3- Serviços melhorados

CÓDIGO DO GRUPO DE DEFICIÊNCIAS

01 A.V.C. 01.1 Hemicorpo esq. (cérebro dir.) 01.2 Hemicorpo dir. (cérebro esq.) 01.3 Bilateral 01.4 Sem parésia 01.9 Outro	04.2 Traumática- Medular 04.210 Paraplegia 04.211 Incompleta 04.212 Completa 04.220 Tetraplegia 04.2211 Incompleta C1-4 04.2212 Incompleta C5-8 04.2221 Completa C1-4 04.2222 Completa C5-8 04.230 Outra	08 Patologia Ortopédica 08.1 Status Pós (SP) fractura anca 08.2 SP fractura (diáfise) fémur 08.3 SP fractura pélvica 08.4 SP Fractura múltipla maior 08.5 SP prótese anca 08.6 SP prótese joelho 08.9 Outra
02 Distúrbio Cerebral 02.1 Não traumática 02.2 Traumática 02.21 Lesão aberta 02.22 Lesão fechada 02.9 Outra	05 Amputação 05.1 Única acima cotovelo (AcC) 05.2 Única abaixo cotovelo (AbC) 05.3 Única acima joelho (AcJ) 05.4 Única abaixo joelho (AbJ) 05.5 Dupla AcJ/AcJ 05.6 Dupla AcJ/AbJ 05.7 Dupla AbJ/AbJ 05.9 Outra	09 Patologia Cardíaca 10 Patologia Pulmonar 10.1 DPOC 10.9 Outra
03 Patologia neurológica 03.1 Esclerose múltipla 03.2 D. Parkinson 03.3 Polineuropatia 03.4 S. Guillain-Barré 03.9 Outra	06 Patologia Reumatismal 06.1 P. Reumatóide 06.2 Artrose 06.9 Outra	11 Queimaduras 12 Deficiências Congénitas 12.1 Espinha bífida 12.9 Outra
04 Distúrbio Medular 04.1 Não traumática 04.110 Paraplegia 04.111 Incompleta 04.112 Completa 04.120 Tetraplegia 04.1211 Incompleta C1-4 04.1212 Incompleta C5-8 04.1221 Completa C1-4 04.1222 Completa C5-8 04.130 Outra	07 Síndromes Algicas 07.1 Pescoço 07.2 Costas 07.3 Extremidades 07.9 Outro	13 Outras Defic. Incapacitantes 14 Traumatismo Múltiplo Major 14.1 Cérebro + Medula 14.2 Cérebro + Fract. múlt./Amp. 14.3 Medula + Fract. múlt./Amp. 14.9 Outro

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA REABILITAÇÃO MÉDICA

FOLHA DE CÓDIGO

lado 2

**COMPLETE
AMBOS OS LADOS**

Doente P. Nº

4 3 3 3 7 7 6 5 3

15. Acompanhamento: use a folha de acompanhamento

16. Grupo de Deficiência (complete na alta)

1 4 1 0 0 0

escreva a situação que originou a admissão na Reabilitação, usando o código do Grupo de Deficiências, de acordo com a lista da página 1. Seja o mais específico possível

17. Data de Início (da deficiência)

1 9 8 8 1 1 2 0
ANO MÊS DIA

18. Diagnóstico Principal (complete na alta)

3 4 4 . 0

Código ICD 9

Use aqui o código ICD relacionado com o Grupo de Deficiência.

19. Outros Diagnósticos (complete na alta) Código ICD para outras deficiências, etiologia, co-morbilidade e complicações

1 8 0 6 .
2 8 5 2 .
3 3 0 9 .
4 5 3 2 . 2

5 4 1 5 . 1
6 4 5 1 . 1 9
7 0 1 . 2 4

20. Fonte de Pagamento (complete na alta)

a. Primária

0 6

b. Secundária

1 5

01-Segurança social 02-A.D.S.E. 03-Ministério da Justiça
04-S.A.M.S./C.G.D. 05-E.D.P. 06-C.T.T. 07-P.S.P. 08-A.D.M.E.
09-O.S.M.O.P. 10-Particular 11-Seguro - acidente de trabalho
12-Seguro - acidente de viação 13-Seguro de Saúde 14-Outra 15-Nenhuma

21. Despesas (só Reabilitação)

escudos

a. Total

9 9 9 0 0 0 \$

b. Inclui Médico ?

2

1-SIM 2-NÃO

22. Medida de Independência Funcional (MIF)

7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA	
N 6 Independência modificada (Ajuda técnica)		
(		
V Dependência modificada		
E 5 Supervisão		
I 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%)		
S 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%)		
	AJUDA	
	Dependência completa	
	2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%)	
	1 Ajuda total (indivíduo >=0%)	

	ADMIS.	ALTA
Auto-Cuidados		
A. Alimentação	3	5
B. Higiene pessoal	1	4
C. Banho (lavar o corpo)	1	4
D. Vestir metade superior	1	5
E. Vestir metade inferior	1	3
F. Utilização da sanita	1	6
Controlo dos Esfíncteres		
G. Bexiga	1	4
H. Intestino	1	4
Mobilidade		
TRANSFERÊNCIAS		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	1	5
J. Sanita	1	6
K. Banheira, Duche	1	5
Locomoção		
L. Marcha/Cadeira de Rodas	1	6
M. Escadas	1	2
Comunicação		
N. Compreensão	5	7
O. Expressão	5	7
Cognição Social		
P. Interação Social	2	7
Q. Resolução dos Problemas	5	7
R. Memória	3	7
TOTAL	40	94

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1.

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA REABILITAÇÃO MÉDICA
FOLHA DE CÓDIGO DE ACOMPANHAMENTO

1. Código Serviço Reab. **3 2 4**

2. Doente P. Nº **4 3 3 8 7 7 6 5 5**

3. Data de Admissão **1 9 8 8** **1 2** **1 5**
ANO MÊS DIA

4. Data da Alta **1 9 8 9** **0 5** **0 1**
ANO MÊS DIA

13. Alojamento
a. Local ACOMPANHAMENTO **0 1**
01- Domicílio 02- Lar 03- Aloj. provisório
04- Inst. cuidados intermédios 05- Inst. cuidados especializ.
06- Unid. agudos pp instit. 07- Unid. agudos outra instit.
08- Hosp. crónicos 09- Serv. Reabil. 10- Outro 11- Falecido

b. Vivendo com ACOMPANHAMENTO **3**
1- Só 2- Família/Familiares 3- Amigos 4- Empregada 5- Outro

14. Situação Profissional
a. Grupo ACOMPANHAMENTO **3**
1- Empregado 2- Empr. protegido 3- Estudante 4- Doméstica
5- Desempregado 6- Reformado-idade 7- Reformado-incapacid.

b. Esforço ACOMPANHAMENTO **2**
1- Tempo completo 2- Tempo parcial 3- Serviços melhorados

15. Acompanhamento
a. Data **1 9 8 9** **1 0** **0 6**
ANO MÊS DIA

b. Fonte de Informação **1**
1- Doente 2- Família 3- Outro

c. Método **1**
1- Pessoalmente 2- Telefone 3- Correio

d. Manutenção Saúde **1** **1**
Primária Secundária
1- Próprio 2- Ajuda não paga
3- Empregado pago 4- Profissional pago

e. Terapêutica **1**
1- Nenhuma 2- Tratamento Ambulatório
3- Tratamento Domicílio Pago 4- Ambos 2 e 3
5- Internam. Hosp.

19. Outros Diagnósticos (Desde a alta)

1				
2				
3				
4				

Código ICD para novas deficiências, co-morbilidade e complicações

5				
6				
7				

Código ICD 9

22. Medida de Independência Funcional (MIF)

N I V E I S	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6 Independência modificada (Ajuda técnica)	
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo >=0%)	AJUDA

Auto-Cuidados		ACOMPANHAMENTO
A. Alimentação		7
B. Higiene pessoal		7
C. Banho (lavar o corpo)		7
D. Vestir metade superior		7
E. Vestir metade inferior		7
F. Utilização da sanita		7
Controlo dos Esfíncteres		
G. Bexiga		6
H. Intestino		6
Mobilidade		
TRANSFERÊNCIAS		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		7
J. Sanita		7
K. Banheira, Duche		7
Locomoção		
L. Marcha / Cadeira de Rodas	M	4
M. Escadas	C	6
Comunicação		
N. Compreensão	V	7
O. Expressão	N	7
Cognição Social		
P. Interação Social		6
Q. Resolução dos Problemas		7
R. Memória		7
Total MIF		121

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1.

APÊNDICE A

NOTA: O caso modelo número #2 é um caso de teste prático para ser usado com fins de aprendizagem. Se está interessado em receber o "feedback" sobre as suas capacidades, preencha os dados numa folha de código e junte uma nota com a informação seguinte: nome, instituição, morada, cidade, código postal e número de telefone.

Faça uma cópia da folha de código preenchida para poder posteriormente compará-la e envie o original para: UDS Data Management Service

82 Farber.Hall
SUNY - Main Street
Buffalo, New York 14214
Bus: (716) 831-2076
Fax: (716) 831-2080

Na resposta, receberá uma folha de código preenchida com as cotações correctas para o caso modelo #2.

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA A REABILITAÇÃO MÉDICA

CASO MODELO #2

Instituição: 061
Deficiência: 01.3

Número: 469-72-1823

Grupo de

William H., um branco com 77 anos de idade foi internado no Arbor General Hospital às 11:00 horas da manhã do dia 30/01/89. A história clínica inicial foi colhida através de um cartão de emergência médica encontrado nos objectos pessoais do doente e em informações fornecidas por um vizinho e por um amigo próximo.

O senhor H. é um contabilista reformado, viúvo há aproximadamente 5 anos, que vive sozinho num segundo andar. Não tem filhos ou qualquer outro familiar próximo. É um diabético insulino-dependente desde há 10 anos e apresenta história de hipertensão. O seu vizinho explicou que durante os últimos dias o senhor H. se queixou de sensação de formigueiros (parestesias) nas suas extremidades, tonturas, dispneia e uma sensação global de cansaço ou astenia. O senhor H. foi encontrado inconsciente no chão do seu quarto às 10:15 minutos do dia do internamento. Foi excluída reacção à insulina, como causa que levou ao internamento do doente já que a glicemia era de 220 mg %. O Endocrinologista do doente informou o médico da urgência que o senhor H. tinha sofrido de Angor, úlceras nos pés e outros sinais de doença vascular aterosclerótica.

Os primeiros achados ao exame físico na admissão incluíam a capacidade para responder a questões com o movimento dos olhos, mas incapacidade para falar, paralisia flácida de todas as extremidades (a espasticidade desenvolveu-se durante a segunda semana de hospitalização), dor, adormecimento e hipostesia no hemicorpo direito, náuseas e vômitos, afasia, diminuição do gag reflexo e síndrome de Horner, à esquerda.

Dados laboratoriais de interesse: colesterol e triglicerídeos elevados e hiperglicemia.

Diagnóstico: AVC por aterosclerose que ocluiu a artéria basilar e a artéria cerebelar inferior posterior esquerda (síndrome lateral extenso).

Dez dias depois, a dose de insulina estava estabilizada e o débito urinário, através de algália, era adequado. Apresentava tubo de traqueostomia e sonda naso-gástrica. Havia movimentos pobres a francos nos membros superiores e inferiores direitos e ausência a vestígios de movimentos nos membros superiores e inferiores esquerdos. Foi transferido para o serviço de reabilitação em 09/02/89.

Registo dos progressos na Reabilitação:

Admissão - 09/02/89: O doente estava a ser alimentado por sonda naso-gástrica pelo pessoal de saúde. A higiene pessoal, o lavar do corpo, o vestir e uso da sanita eram feitos no leito. William estava dependente nestas actividades. Tinha uma algália colocada pelo pessoal de saúde e acidentes intestinais diários que necessitavam do uso de fraldas. As transferências do leito para uma cadeira eram feitas através de elevador mecânico. Quando lhe eram feitas perguntas como: quer outra almofada?, está confortável?, quer voltar para a cama?, pestanejava os olhos significando resposta positiva. Quando lhe eram feitas perguntas como: este é o ano de 1989?, Ronald Reagan é o presidente?, está no Arbor General Hospital?, as respostas correctas eram inconcistentes. Era incapaz de falar ou exprimir-se através da escrita. O seu nível de capacidade impedia qualquer resolução do problema de forma independente. Reconhecia a sua enfermeira, os terapeutas da enfermaria, o vizinho e os amigos. Cooperava com o pessoal e com as visitas, mantendo contacto com a vista e movendo a sua mão para a pessoa que queria agarrar.

Alta - 03/04/89: Durante os dois meses de internamentos a diabetes do senhor H. manteve-se estabilizada, o tubo de traqueostomia foi retirado e melhorou na sua independência funcional. A sonda naso-gástrica foi retirada e começou a comer dieta pastosa. Era capaz de se alimentar depois de a comida estar cortada e os envólucros abertos. Era capaz de lavar as suas mãos e cara depois da toalha e esponja serem colocadas à sua frente. Necessitava de ajuda para retirar a sua dentadura e abrir a embalagem do produto de limpeza, mas conseguia mergulhar a sua dentadura nesse produto e substituí-la. Precisava de auxílio para se pentear por causa de limitações na amplitude articular activa. Fazia a barba usando máquina eléctrica. A ajuda ligava-a à tomada eléctrica e colocava a máquina ao seu alcance. Durante o banho, precisava de ajuda para lavar os seus pés. Em dias alternados lavava-se no chuveiro em vez de usar uma tina. Sentava-se numa cadeira de banho e usava um chuveiro de mão. Necessitava de uma ajuda para supervisionar a transferência, regular a pressão e a temperatura da água e era capaz de tocar à campainha de chamada quando terminava. Transferia-se da cadeira de banho com o auxílio de um apoio para a mão.

Uma ajuda reunia o vestuário de William e levava-o para perto dele. Vestia-se enquanto estava sentado numa cadeira. O seu vestuário típico era: cuecas, calças com fecho de correr, meias, sapatos, camisola interior e camisa com botões à frente. Uma ajuda colocava as suas cuecas e calças até aos joelhos completando ele próprio a tarefa. Estava dependente no calçar das meias e dos sapatos. Vestia a camisola interior e a camisa, mas necessitava de auxílio para juntar a parte da frente da sua camisa, apertar os botões e o fecho de correr das suas calças.

O doente foi transferido para uma unidade de cuidados agudos entre 6 e 10 de Março para prostatectomia transuretral. Foi retirada a algália. Durante o dia, usava um urinol que era esvaziado pela enfermeira. Durante a noite, estava ocasionalmente incontinente. Tinha um controle intestinal satisfatório, usando um amaciador de fezes. Usava a sanita para a defecção e precisava de ajuda para a higiene perineal, e para apertar o fecho de correr das suas calças. Transferia-se para a sanita usando barras de apoio e necessitava de supervisão. As transferências de e para a cama eram também supervisionadas.

O senhor H. andava 45 metros com andarilho e auxílio. Subia e descia um lance completo de escadas com um corrimão e auxílio de uma pessoa. Ele tornou-se activamente envolvido nas sessões de terapia, gostava de diversão, (por exemplo jogar cartas, bingo, "exercícios com música", actividades) e tinha um comportamento adequado com o pessoal, visitas, e outros doentes. William conseguia compreender conversação em grupo e informações relacionadas com os planos para a sua alta. Era capaz de exprimir as suas necessidades básicas, usando frases breves, mas por vezes, frustrava-se por causa da sua dificuldade em exprimir ideias complexas. O senhor H. cuidava das suas finanças pessoais e pagava a sua televisão e jornal. Optou por não usar o telefone. Referia-se aos seus terapeutas pelo nome e conhecia a sua rotina quotidiana.

Acompanhamento - 15/10/89: O senhor H. está a viver sozinho em sua casa. Já não necessita de auxílio nos seus cuidados pessoais. Está independente em todas as áreas de autocuidados. O funcionamento vesical e intestinal é agora normal. Usa uma canadiana para andar e um corrimão para as escadas. As transferências são feitas sem ajuda. Foram colocadas barras de apoio na parede ao lado da sanita e barras e pegas de borracha no seu chuveiro. Usava uma escova de cabo longo para o ajudar na lavagem do corpo. Já não se frustra com a sua capacidade para se exprimir verbalmente apesar de ter algum grau de disartria. O senhor H. juntou-se a um grupo de Golf e pratica-o regularmente. Consegue manter um bom controle das sua diabetes, através de medicação, dieta adequada e exercício físico.

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA REABILITAÇÃO MÉDICA
FOLHA DE CÓDIGO

lado 1

**COMPLETE
AMBOS OS LADOS**

SE OS DADOS FOREM
REVISTOS, ESCREVA AQUI
A DATA: ____/____/____, E
ASSINALE COM UM CÍRCULO
OS NOVOS DADOS

1. Código Serviço Reab.
2. Doente P. Nº
3. Data de Admissão ANO MES DIA
4. Data da Alta ANO MES DIA
5. Interrupção do Prog. Trat. ☐ 1- Sim 2- Não
 - a. Data Transfer. 1ª Interrupção
 - b. Data Readmis. 1ª Interrupção
 - c. Data Transfer. 2ª Interrupção
 - d. Data Readmis. 2ª Interrupção
 - e. Data Transfer. 3ª Interrupção
 - f. Data Readmis. 3ª Interrupção
6. Tipo de Admissão ☐
 - 1-Primeira Reab. 2- Avaliação
 - 3- Readmissão
7. Código Postal (Domicílio)
8. Data Nascimento ANO MES DIA
9. Sexo ☐ 1- Masculino 2- Feminino
10. Raça / Etnia ☐
 - 1-Branca 2- Africana
 - 3- Asiática 4- Cigana 5- Outra
11. Língua Portuguesa ☐
 - 1-Sim 2- Não 3- Parcialmente
12. Estado Civil ☐
 - 1-Solteiro 2- Casado
 - 3- Viúvo 4- Separado 5- Divorciado

13. Alojamento PRÉ-HOSPITAL ADMIS. DE ALTA
 - a. Local
 - 01- Domicílio 02- Lar 03- Aloj. provisório
 - 04- Inst. cuidados intermédios 05- Inst. cuidados especializ.
 - 06- Unid. agudos pp instit. 07- Unid. agudos outra instit.
 - 08- Hosp. crônicos 09- Serv. Reabil. 10- Outro 11- Falecido
 - b. Vivendo com PRÉ-HOSPITAL ALTA
 ☐ ☐
 - 1- Só 2- Família/Familiares 3- Amigos 4- Empregada 5- Outro
14. Situação Profissional
 - a. Grupo PRÉ-HOSPITAL
 ☐
 - 1- Empregado 2- Empr. protegido 3- Estudante 4- Doméstica
 - 5- Desempregado 6- Reformado-idade 7- Reformado-incapacid.
 - b. Esforço PRÉ-HOSPITAL
 ☐
 - 1- Tempo completo 2- Tempo parcial 3- Serviços melhorados

CÓDIGO DO GRUPO DE DEFICIÊNCIAS

01 A.V.C.	04.2 Traumática- Medular	08 Patologia Ortopédica
01.1 Hemisfério esq. (cérebro dir.)	04.210 Paraplegia	08.1 Status Pós (SP) fractura anca
01.2 Hemisfério dir. (cérebro esq.)	04.211 Incompleta	08.2 SP fractura (diáfise) fémur
01.3 Bilateral	04.212 Completa	08.3 SP fractura pélvica
01.4 Sem parésia	04.220 Tetraplegia	08.4 SP Fractura múltipla major
01.9 Outro	04.2211 Incompleta C1-4	08.5 SP prótese anca
	04.2212 Incompleta C5-8	08.6 SP prótese joelho
	04.2221 Completa C1-4	08.9 Outra
	04.2222 Completa C5-8	
	04.230 Outra	09 Patologia Cardíaca
02 Distúrbio Cerebral	05 Amputação	10 Patologia Pulmonar
02.1 Não traumática	05.1 Única acima cotovelo (AcC)	10.1 DPOC
02.2 Traumática	05.2 Única abaixo cotovelo (AbC)	10.9 Outra
02.21 Lesão aberta	05.3 Única acima joelho (AcJ)	
02.22 Lesão fechada	05.4 Única abaixo joelho (AbJ)	11 Queimaduras
02.9 Outra	05.5 Dupla AcJ/AcJ	12 Deficiências Congénitas
	05.6 Dupla AcJ/AbJ	12.1 Espinha bífida
	05.7 Dupla AbJ/AbJ	12.9 Outra
	05.9 Outra	
03 Patologia neurológica	06 Patologia Reumática	13 Outras Defic. Incapacitantes
03.1 Esclerose múltipla	06.1 P. Reumatóide	14 Traumatismo Múltiplo Major
03.2 D. Parkinson	06.2 Artrose	14.1 Cérebro + Medula
03.3 Polineuropatia	06.9 Outra	14.2 Cérebro + Fract. múlt./Amp.
03.4 S. Guillain-Barré		14.3 Medula + Fract. múlt./Amp.
03.9 Outra	07 Síndromes Algicas	14.9 Outro
	07.1 Pescoço	
04 Distúrbio Medular	07.2 Costas	
04.1 Não traumática	07.3 Extremidades	
04.110 Paraplegia	07.9 Outro	
04.111 Incompleta		
04.112 Completa		
04.120 Tetraplegia		
04.1211 Incompleta C1-4		
04.1212 Incompleta C5-8		
04.1221 Completa C1-4		
04.1222 Completa C5-8		
04.130 Outra		

COMPLETE
AMBOS OS LADOS

Doente P. Nº

[illegible]

16. Grupo de Deficiência
(complete na alta)

--	--	--	--

escreva a situação que originou a admissão na Reabilitação, usando o código do Grupo de Deficiências, de acordo com a lista da página 1. Seja o mais específico possível

17. Data de Início
(da deficiência)

ANO				MÊS		DIA	

18. Diagnóstico Principal
(complete na alta)

			.		
--	--	--	---	--	--

Código ICD 9

Use aqui o código ICD relacionado com o Grupo de Deficiência.

19. **Outros Diagnósticos** Código ICD para outras deficiências,
(complete na alta) etiologia, co-morbilidade e
complicações

1							
2							
3							
4							

5				.			
6				.			
7				.			

20. Fonte de Pagamento (complete na alta)

a. Primária

--	--

b. Secundária

--	--

01-Segurança social 02-A.D.S.E. 03-Ministério da Justiça
04-S.A.M.S./C.G.D. 05-E.D.P. 06-C.T.T 07-P.S.P. 08-A.D.M.E.
09-O.S.M.O.P: 10-Particular 11-Seguro - acidente de trabalho
12-Seguro - acidente de viação 13- Seguro de Saúde 14-Outra 15-Nenhuma

21. Despesas (só Reabilitação)

escudos

a. Total

[illegible]

b. Inclui Médico ?

□

1 - SIM 2 - NÃO

N Í V E I S	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6 Independência modificada (Ajuda técnica)	
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (Indivíduo $\geq 75\%$) 3 Ajuda moderada (Indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa 2 Ajuda máxima (Indivíduo $\geq 25\%$) 1 Ajuda total (Indivíduo $\geq 0\%$)	AJUDA

<u>Auto-Cuidados</u>	ADMIS.	ALTA
A. Alimentação	☐	☐
B. Higiene pessoal	☐	☐
C. Banho (lavar o corpo)	☐	☐
D. Vestir metade superior	☐	☐
E. Vestir metade inferior	☐	☐
F. Utilização da sanita	☐	☐
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>		
G. Bexiga	☐	☐
H. Intestino	☐	☐
<u>Mobilidade</u>		
TRANSFERÊNCIAS		
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	☐	☐
J. Sanita	☐	☐
K. Banheira, Duche	☐	☐
<u>Locomoção</u>		
L. <u>M</u> archa/ <u>C</u> adeira de Rodas	☐	☐
M. Escadas	☐	☐
<u>Comunicação</u>		
N. Compreensão	☐	☐
O. Expressão	☐	☐
<u>Cognição Social</u>		
P. Interação Social	☐	☐
Q. Resolução dos Problemas	☐	☐
R. Memória	☐	☐
TOTAL	☐	☐

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1.

SISTEMA UNIFORMIZADO DE DADOS PARA REABILITAÇÃO MÉDICA
FOLHA DE CÓDIGO DE ACOMPANHAMENTO

1. Código Serviço Reab.

2. Doente P. Nº

3. Data de Admissão

ANO MES DIA

4. Data da Alta

ANO MES DIA

13. Alojamento

a. Local ACOMPANHAMENTO

01- Domicílio 02- Lar 03- Aloj. provisório
04- Inst. cuidados intermédios 05- Inst. cuidados especializ.
06- Unid. agudos pp instit. 07- Unid. agudos outra instit.
08- Hosp. crónicos 09- Serv. Reabil. 10- Outro 11- Falecido

b. Vivendo com ACOMPANHAMENTO

1- Só 2- Família/Familiares 3- Amigos 4- Empregada 5- Outro

14. Situação Profissional

a. Grupo ACOMPANHAMENTO

1- Empregado 2- Empr. protegido 3- Estudante 4- Doméstica
5- Desempregado 6- Reformado-idade 7- Reformado-incapacid.

b. Esforço ACOMPANHAMENTO

1- Tempo completo 2- Tempo parcial 3- Serviços melhorados

15. Acompanhamento

a. Data

ANO MES DIA

b. Fonte de Informação

1- Doente 2- Família 3- Outro

c. Método

1- Pessoalmente 2- Telefone 3- Correio

d. Manutenção Saúde

Primária Secundária

1- Próprio 2- Ajuda não paga
3- Empregado pago 4- Profissional pago

e. Terapêutica

1- Nenhuma 2- Tratamento Ambulatório
3- Tratamento Domicílio Pago 4- Ambos 2 e 3
5- Internam. Hosp.

19. Outros Diagnósticos (Desde a alta)

1

2

3

4

Código ICD para novas deficiências, co-morbilidade e complicações

5

6

7

Código ICD 9

22. Medida de Independência Funcional (MIF)

N I V E I S	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	SEM AJUDA
	6 Independência modificada (Ajuda técnica)	
	Dependência modificada	AJUDA
	5 Supervisão	
	4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%)	
	3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%)	
	Dependência completa	
	2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%)	
	1 Ajuda total (indivíduo >=0%)	

<u>Auto-Cuidados</u>	ACOMPANHAMENTO
A. Alimentação	
B. Higiene pessoal	
C. Banho (lavar o corpo)	
D. Vestir metade superior	
E. Vestir metade inferior	
F. Utilização da sanita	
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>	
G. Bexiga	
H. Intestino	
<u>Mobilidade</u>	
TRANSFERÊNCIAS	
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas	
J. Sanita	
K. Banheira, Duche	
<u>Locomoção</u>	
L. Marcha / Cadeira de Rodas	
M. Escadas	
<u>Comunicação</u>	
N. Compreensão	
O. Expressão	
<u>Cognição Social</u>	
P. Interacção Social	
Q. Resolução dos Problemas	
R. Memória	
Total MIF	

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1.

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL MIF

NIVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(ajuda técnica)	SEM AJUDA		
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 Ajuda moderada (indivíduo $\geq 50\%$) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 Ajuda total (indivíduo $\geq 0\%$)	AJUDA		

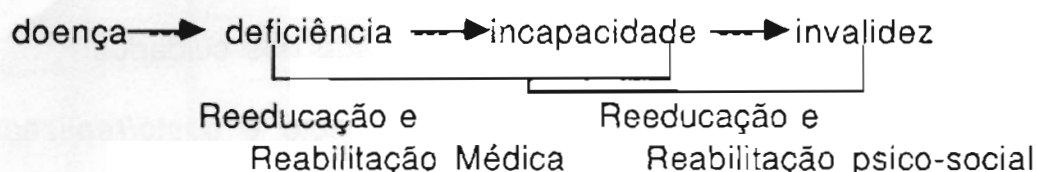
	DATA	ADMIS.	ALTA	ACOMP.
<u>Auto-Cuidados</u>				
A. Alimentação		☐	☐	☐
B. Higiene pessoal		☐	☐	☐
C. Banho (Lavar Corpo)		☐	☐	☐
D. Vestir metade superior		☐	☐	☐
E. Vestir metade Inferior		☐	☐	☐
F. Utilização da sanita		☐	☐	☐
<u>Controlo dos Esfíncteres</u>				
G. Bexiga		☐	☐	☐
H. Intestino		☐	☐	☐
<u>Mobilidade</u>				
Transferências:				
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		☐	☐	☐
J. Sanita		☐	☐	☐
K. Banheira, Duche		☐	☐	☐
<u>Locomoção</u>				
L. Marcha / Cadeira de Rodas		M ☐ C ☐	M ☐ C ☐	M ☐ C ☐
M. Escadas		☐	☐	☐
<u>Comunicação</u>				
N. Compreensão		A ☐ V ☐ R ☐	A ☐ V ☐ R ☐	A ☐ V ☐ R ☐
O. Expressão		A ☐ V ☐ R ☐	A ☐ V ☐ R ☐	A ☐ V ☐ R ☐
<u>Cognição Social</u>				
P. Interacção social		☐	☐	☐
Q. Resolução dos problemas		☐	☐	☐
R. Memória		☐	☐	☐
TOTAL		☐	☐	☐

NOTA: Não deixe nenhum item em branco; se não testável marque 1

PORQUÊ UM INSTRUMENTO DE MEDIDA ?

O Especialista de Reabilitação tem necessidade de dados uniformes, destinados a mostrar os verdadeiros progressos adquiridos pelos doentes. É necessário que a colheita desses dados seja rápida, segura e fiável.

A **incapacidade**, ou deficit funcional, é o centro de uma aproximação tridimensional reconhecida actualmente a um nível internacional (doença → deficiência → incapacidade → invalidez). Situa-se na junção entre a parte médica e a parte psico-social do processo global de Reeducação/Reabilitação representada no esquema:



É, portanto, importante ter dados fiáveis sobre a incapacidade. Esta medida de incapacidade pode depois ser relacionada com a duração do internamento, ou o custo total, e ser classificada segundo os diagnósticos, ou grupos de diagnósticos.

O sistema de Grupos Homogêneos de Diagnóstico não se aplica, ou aplica-se mal, à Medicina Física e de Reabilitação, e isto por razões evidentes bem conhecidas de todos os Especialistas de Reabilitação: disponibilidade das evoluções e motivações, frequência das complicações e de múltiplos diagnósticos, variedade dos quadros clínicos, etc. A avaliação da incapacidade permite, em compensação, uma certa uniformização de apresentação e apreciação.

A **Medida de Independência Funcional** reagrupa a avaliação da independência para as Actividades de Vida Diária, o controle dos esfíncteres, a mobilidade (transferências) e a deambulação, a comunicação e as actividades cognitivas de carácter social.

Em termos **clínicos** , a **MIF** permite:

- a determinação da severidade da incapacidade.
- a avaliação e acompanhamento dos ganhos funcionais do doente, e do resultado obtido.
- a avaliação da qualidade dum programa de Reabilitação.
- a obtenção facilitada de conferências sobre dados funcionais comuns.
- a comparação dos dados relativos à deficiência e ao nível de incapacidade com o resultado dum tratamento de Reabilitação.
- a melhoria da formação e da pesquisa clínicas.

Em termos de **gestão de saúde**, a **MIF** permite:

- a análise e o acompanhamento da qualidade dos cuidados fornecidos.
- a determinação das relações custo/benefício e custo/realização em matéria de Reabilitação.
- uma base de predição dos resultados e dos critérios de admissão e de alta.
- uma justificação face aos organismos da Segurança Social.
- uma avaliação permanente das actividades da Reabilitação.

O documento apresentado é a tradução tão fiel quanto possível do "Funcional Independent Measure", recentemente aperfeiçoado pelo Departamento de Medicina Física e de Reabilitação da Universidade de New York, em Buffalo. Não se trata de copiar servilmente um outro sistema, mas de dispor duma "ferramenta" comum de avaliação, validada na língua Portuguesa, permitindo, quando necessário, comparações internacionais.

Dentro deste espírito, será necessário não alterar os itens de avaliação e a escala de gravidade.

FOTOCOPIE LIVREMENTE ! NÃO MODIFIQUE NADA !

Para toda a informação, sugestão ou comentário, e para receber outros exemplares, escrever a:

Dr. Jorge Laíns

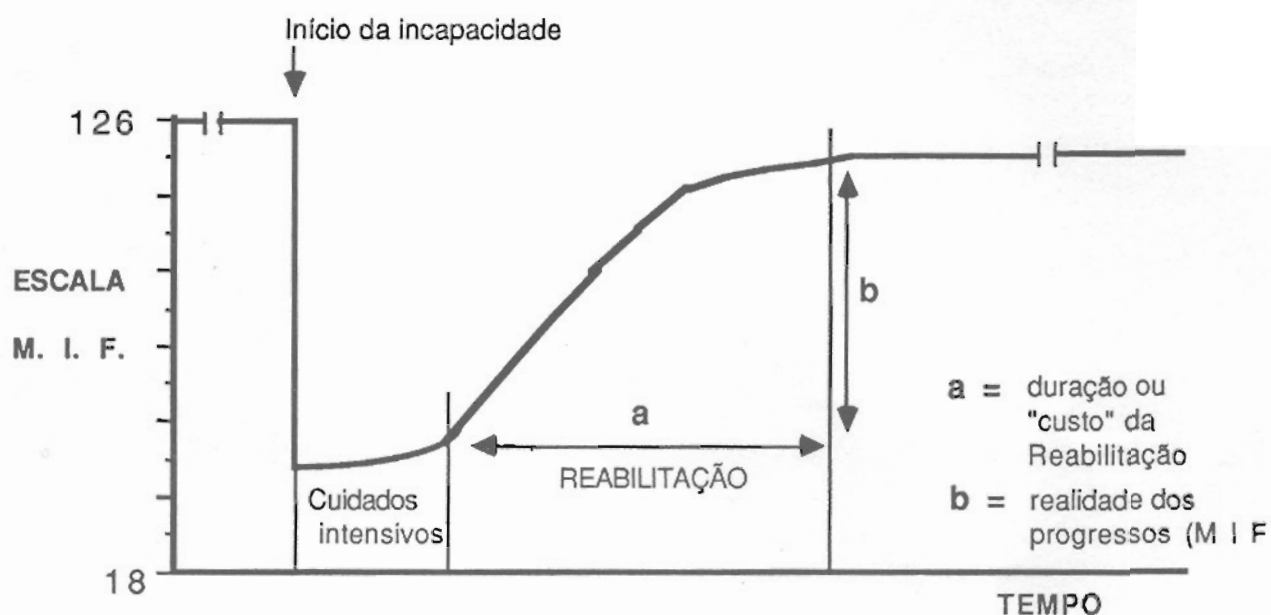
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Hospitais da Universidade de Coimbra

3049 COIMBRA CODEX

(se o número de interessados for suficiente, poderá ser combinada uma reunião informal)

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL = medida de validade da Reeducação/Reabilitação e da sua eficácia.



Esquema-tipo de uma evolução individual em Reabilitação
(b/a = eficácia da Reabilitação)

O autor quer salientar toda a colaboração do Laboratório **Produtos Sandoz**, que desde a primeira hora se apercebeu da importância deste tema e deste projecto para a promoção da **Saúde**, para os **incapacitados** e, no particular, para a **Medicina Física e de Reabilitação**.