

## **Cuidados e Cuidadores: o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na preparação da alta do doente pós acidente vascular cerebral**

### **Care and Caregivers: the contribution of rehabilitation nursing care on preparing discharge in patients after stroke**

Sílvia Cristina Almeida Simões<sup>1</sup>

Eugénia Nunes Grilo<sup>2</sup>

#### **Resumo:**

A transição demográfica, que continua a ocorrer por todo o mundo ocidental, tem implícita a sobrevivência das pessoas com idade avançada por muitos anos, expondo-as de um modo acrescido ao risco de acidente vascular cerebral.

É reconhecido, tanto pelos profissionais de saúde como pelo público, o esforço dos decisores políticos e de saúde no sentido de dotar as unidades de saúde de recursos que permitam o encaminhamento e atendimento mais rápido destes doentes, que associado à terapêutica trombolítica, tem permitido em muitos casos evitar sequelas graves e dependência de terceiros.

Contudo, um número significativo de pessoas acometidas por este problema fica fora dos critérios destas abordagens, resultando da sua doença sequelas mais ou menos graves com graus de dependência muito variados. Nestes doentes, a diminuição do tempo médio de internamento é uma realidade tanto associada à optimização do desempenho das unidades de saúde, como a algum desinteresse suscitado pela evolução lenta do seu restabelecimento e pela reserva no prognóstico. Dos 9,6 dias de demora média em 1990, passou-se para uma meta de 6 dias de internamento como estabelecia o Plano Nacional de Saúde 2004-2010. O mesmo plano, refere a insuficiência nas respostas existentes, relativamente às pessoas que se encontram em situação de perda de funcionalidade ou com níveis de dependência que as fazem necessitar de apoio para a satisfação das suas necessidades mais básicas, tanto por número insuficiente de respostas como pela frágil articulação entre as mesmas, configurando-se a família como um recurso fundamental.

As famílias em Portugal continuam a ser a principal fonte de cuidados e a responsabilidade de cuidar dos dependentes, continua a ser da família, que se vê de repente confrontada com as necessidades acrescidas e exposta a desequilíbrios diversos.

---

<sup>1</sup>Licenciada em Enfermagem, aluna do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

<sup>2</sup>Mestre em Estudos Sobre as Mulheres, Prof. Adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Doutoranda em Enfermagem, UCP

Com o presente artigo de revisão pretende-se reflectir sobre alguns aspectos relacionados com continuidade de cuidados, após um episódio de doença aguda, o acidente vascular cerebral salientando a importância da família neste processo, e rever, elencando, um conjunto de intervenções relacionadas com os cuidados de enfermagem de reabilitação à família na transição para o seu novo papel.

Duas ideias centrais nortearam a reflexão: a família e a gestão da dependência e os cuidados de enfermagem de reabilitação no planeamento da alta.

### **1. A alta hospitalar: a família na gestão da dependência**

Em Portugal as famílias continuam a ser a principal fonte de cuidados e a responsabilidade de cuidar dos seus dependentes é, perante a escassez de respostas, da família que se vê confrontada com necessidades acrescidas e exposta a desequilíbrios no seu sistema familiar <sup>(1,2,3,4,5)</sup>, o que faz deste um tema pertinente e merecedor de atenção no contexto actual, apesar de não ser inédito.

O tempo de internamento hospitalar é cada vez mais curto, tanto associado à necessidade de reduzir os custos relacionados com o internamento como à crescente optimização dos cuidados de saúde, o que na prática significa altas clínicas precoces <sup>(7,8,9,10,11)</sup>, logo que o episódio de doença aguda que levou ao internamento esteja resolvido.

Tendo em consideração que o Acidente Vascular Cerebral (AVC) acarreta inúmeras incapacidades temporárias e/ou permanentes com graus de dependência variados na realização das actividades da vida diária, este facto constitui um factor de perturbação do equilíbrio do doente e da família <sup>(6,7,11,12)</sup>, e transforma o regresso a casa num conjunto de problemas e angustias geradores de dependência que requerem continuidade de cuidados, desempenhando a família/ cuidador um papel essencial na gestão e prestação dos mesmos <sup>(9,13)</sup>.

No contexto das actuais políticas sociais e de saúde, a família é considerada uma ajuda privilegiada, que permite lidar com a dificuldade reconhecida, que é cuidar de um indivíduo dependente e frequentemente idoso <sup>(14;15)</sup>. A permanência da pessoa idosa no seu meio social e

familiar, em constante interacção com aqueles que lhe são próximos é o cenário ideal para que aqueles que atingem a velhice a vivam de forma equilibrada e este apoio prestado por familiares ou amigos é considerado o mais adequado pela proximidade que existe entre uns e outros <sup>(16)</sup>, contudo, não raras vezes essa relação de proximidade decorre com excesso de trabalho, sofrimento e angústia para os cuidadores, frequentemente desprovidos de apoios de qualquer tipo.

Os cuidados no domicílio são parte integrante da história, experiência e valores familiares da nossa cultura, constituindo-se a família por isso um recurso precioso <sup>(3,14)</sup>, mas a insuficiência de respostas articuladas nos cuidados da comunidade, apesar de existirem já algumas, e a actual conjuntura socioeconómica, fazem emergir a necessidade de um maior investimento dos profissionais de saúde na articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados do centro de saúde.

Os cuidados de enfermagem prestados ao doente, fazem parte de um processo co-participativo e exigem uma postura ética com respeito pelas crenças e valores e o reconhecimento da pessoa enquanto detentora de direitos, responsabilidades mas também potencialidades e o envolvimento da família e/ou cuidador neste processo, transforma-o num processo partilhado que atende de igual modo as necessidades da pessoa dependente e do cuidador e transformando-a também em alvo de cuidados.

O cuidador informal, cuidador principal ou simplesmente cuidador é motivado pelo grau de parentesco e influenciado pelo género, são sobretudo as esposas, as mães, as filhas e as noras que assumem esse papel, é a pessoa que por instinto, vontade, dever, disponibilidade ou capacidade, assume a responsabilidade pela assistência, suporte e prestação de cuidados, a uma pessoa dependente com vista à melhoria da sua qualidade de vida <sup>(4,6,8, 15,16)</sup>.

Cuidar de pessoas de modo informal, é um desafio cada vez maior, carregado de exigências muito distintas <sup>(16)</sup>, porque cuidar de pessoas dependentes acarreta efeitos adversos

tanto do ponto de vista físico, como psicológico, isolamento social, disfunções familiares e problemas financeiros e pessoais que requerem ajuda específica. A dependência, como é definida no Decreto-Lei nº 101/2006, é a situação em que se encontra qualquer pessoa, com diminuição ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual que seja resultado doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas ou do seu agravamento.

Sendo sobejamente reconhecida a importância das famílias de um modo geral e dos cuidadores de um modo particular, na ajuda aos seus dependentes, associado ao papel de cuidador, verifica-se se um elevado grau de stress quando este papel não decorre com o acompanhamento devido pelos profissionais de saúde <sup>(9,16,26)</sup>. Porque estes cuidados especiais que a família dedica aos que lhe são próximos, ainda que se possam revestir de aspectos satisfatórios são fonte de numerosas exigências. Os próximos, definidos mais pelos laços afectivos do que pelos laços familiares, necessitam de receber a mesma atenção que a pessoa dependente, já que são igualmente afectados pela situação da pessoa incapacitada ou deficiente que vivem e partilham e são frequentemente vítimas de acções culpabilizantes por parte do pessoal de cuidados das instituições. Os próximos fazem parte integrante do processo de reabilitação mas tornam mais árdua a acção dos profissionais que em determinados casos terão que estabelecer prioridades ou fazer opções <sup>(29)</sup>.

Ao contrário do sucedido nas doenças crónico-degenerativas de evolução habitualmente lenta, a instalação de um quadro de AVC, é súbita e não permite a preparação psicológica, a assimilação de conhecimento e o envolvimento gradual do cuidador nos cuidados, que se vê assim diante de uma situação inesperada, para a qual não se encontra preparado e que não poucas vezes, lhe é imposta. Nestas situações assume uma importância particular a preparação da alta hospitalar.

A preparação da alta, entendida como conjunto das actividades levadas a cabo por uma equipa multidisciplinar de cuidados, que deverá decorrer ao longo do internamento no sentido de facilitar a transferência adequada e em tempo útil do doente de uma instituição para outra ou desta para a comunidade <sup>(6)</sup>, para além de contribuir para a continuidade dos cuidados, permite manter e potenciar a melhoria do estado de saúde e a independência das actividades da vida diária. Promove a reintegração dos doentes e cuidadores na comunidade, permite minimizar as inseguranças da família ou cuidador e proporciona melhor qualidade de vida tanto a uns como aos outros. Bem conduzida, possibilita a prevenção de complicações, na medida em que um número significativo dos problemas pode ser antecipado, evita prolongamentos do internamento e concorre para a diminuição de reinternamentos, rentabilizando deste modo os recursos disponíveis <sup>(6,8,9,16,18,20,21)</sup>. Mas exige comunicação efectiva entre o doente e a família ou cuidador e os membros da equipa de saúde e deve considerar as necessidades sociais e de equipamentos materiais <sup>(8,19)</sup>. O planeamento da alta, tem como objectivo a aprendizagem e aquisição de atitudes e comportamentos positivos relativamente à saúde e a adopção de medidas preventivas da doença e ainda a tomada de decisões conscientes e coerentes <sup>(9)</sup> e deve incluir segundo a Direcção Geral da Saúde <sup>(19,20)</sup>, a avaliação prévia das necessidades físicas e psicossociais pós alta; a elaboração de plano pós alta incluindo previsão de equipamentos e serviços de apoio, pelo doente, cuidador /família e equipa multidisciplinar; a criação de contacto de referência; disponibilização de todo o equipamento necessário e ensino sobre a sua correcta utilização; a avaliação do domicílio ou instituição que acolherá o doente e Informação sobre o resultado dos cuidados prestados e sobre as redes de apoio em todas as etapas do tratamento.

Orientado para o regresso ao domicílio, com envolvimento dos familiares e cuidadores do doente ou para a procura da localização mais apropriada para o doente no momento da alta, o planeamento da alta, exige coordenação com os médicos e enfermeiros dos cuidados de

saúde primários que é um aspecto básico para assegurar a continuidade dos cuidados <sup>(22)</sup>, e estes se em parceria e devidamente estruturados, oferecem garantia de eficácia <sup>(5,6,17)</sup>.

## **2. Cuidados de enfermagem de reabilitação no planeamento da alta**

O aparecimento de um AVC num elemento da família obriga a uma alteração e redistribuição dos papéis no sistema familiar, sendo o sucesso da reabilitação dos doentes com AVC, como é sabido, influenciado pelo suporte que o doente recebe da família. É também conhecida a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação na transição da família para este novo papel. A transição é segundo Meleis, a “passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro” e “refere-se tanto ao processo como ao resultado de um complexo de interações entre a pessoa e o ambiente” <sup>(31)</sup>. As transições fazem-se acompanhar de um conjunto significativo de emoções, muitas das quais relacionadas com as dificuldades encontradas durante a transição. Para além do aspecto emocional, o bem-estar físico é igualmente importante, pois o desconforto físico que acompanha uma transição e a sua superação podem fazer a diferença entre uma passagem bem ou mal sucedida.

Sendo pertinentes para a saúde, as transições recaem no domínio da enfermagem e de um modo particular na enfermagem de reabilitação, permitindo aos enfermeiros actuar de modo antecipatório, e preparar a mudança atenuando as dificuldades. E fazendo-o, estão a prevenir os seus aspectos negativos <sup>(32)</sup>.

A comunicação entre um e outros deve ser facilitada e a equipa de enfermagem deve certificar-se de que a família/cuidador dispõe de todas as informações de que necessita com a consciência da importância que o sistema familiar representa para a determinação dos resultados <sup>(18)</sup>. As intervenções de enfermagem de reabilitação têm que ser dirigidas às dificuldades da díade doente – família/cuidador pelo que, apoiar tanto o doente como a família na tomada de decisões é fundamental.

Sendo a educação para a saúde o principal recurso para a transmissão dos saberes, aquilo que se ensina tem que ser coerente com o contexto social e cultural dos indivíduos e das suas famílias <sup>(9)</sup>, e o seu principal objectivo é preparar os cuidadores e ajuda-los a interiorizar competências para o cuidado informal tendo em vista a melhor qualidade de vida <sup>(7)</sup>. A importância do ensino não se esgota na promoção da independência funcional do doente, mas desempenha também um papel fundamental na prevenção de reinternamentos, sobretudo quando se trata de pessoas idosas.

Das intervenções de enfermagem de reabilitação no processo de planeamento da alta destacam-se <sup>(3,6,8,10,13,14,16,17,18,19,24,25)</sup>:

- A identificação das necessidades afectadas e ou problemas reais e potenciais do doente;
- Diálogo com a família que permanece no horário da visita com o objectivo da aproximação do cuidado profissional ao familiar;
- Identificação do potencial cuidador informal, no momento de admissão ou logo que possível e identificação das suas necessidades;
- Previsão do grau de dependência à saída;
- Permissão da presença e a participação da família/cuidador na prestação de cuidados;
- Criação de espaços de diálogo ou programação de reuniões com a família/cuidador para reflexão conjunta sobre o impacto da doença na vida familiar e discussão, planeamento e avaliação conjunta dos cuidados;
- Avaliação das reais capacidades do doente e da família/cuidador e identificação dos recursos necessários e disponíveis na pós-alta.
- Transferência de conhecimentos, capacidades e recursos para os cuidadores de modo a que consigam prestar cuidados ao seu familiar dependente, personalizando e adaptando o ensino às necessidades ou dificuldades de cada um;

- Resposta às dúvidas e promoção de atitudes que facilitem o processo de adaptação do cuidador;
- Promoção de apoio instrumental no que respeita à utilização de material de apoio ou dispositivos de compensação e nunca descurar a necessidade conjunta de apoio emocional;
- Fornecimento de documentação escrita para que possa ser consultada quando necessário;
- Realização de visita domiciliar para avaliação da casa, ambiente e dos recursos da comunidade;
- Identificação de barreiras e aconselhamento sobre as adaptações da estrutura física da habitação às reais necessidades funcionais do doente e encaminhamento para as entidades competentes;
- Encaminhamento de pedidos de produtos de apoio (ajudas técnicas);
- Coordenação com outros profissionais envolvidos na continuidade dos cuidados;
- Participação no processo de encaminhamento do doente e cuidador para outros serviços da comunidade;
- Divulgação de informação aos cuidadores e se necessário integra-los nas redes sociais e de saúde disponíveis na comunidade.

Cuidar de idosos e ou pessoas dependentes em contexto informal poderá ser uma tarefa custosa e árdua, como já foi referido, tanto pelas dificuldades e sentimentos que se manifestam e que envolvem o cuidar, como por aspectos mais instrumentais como a falta de disponibilidade ou de recursos económicos, no entanto quando os cuidadores recebem apoio de amigos, familiares e ou profissionais de saúde acabam por referir maior número de sentimentos e experiências positivas nomeadamente gratidão, crescimento pessoal e companhia <sup>(15,16)</sup>. Daí que o planeamento da alta inclua o cuidador como alvo prioritários dos cuidados de enfermagem de



reabilitação já que os enfermeiros especializados nesta área dispõem de competências que lhes permitem para além de capacitar o doente e maximizar as suas funções, apoiar, orientar e cuidar da família, nomeadamente através da, avaliação e quantificação do potencial familiar e as necessidades de suporte familiar; do desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, ou seja desenvolvimento de uma relação de ajuda e parceria com o cuidador e da preparação do cuidador para sentimentos de perda, culpa, raiva, frustração, medo, depressão, tristeza, angústia e insegurança que acompanham a responsabilidade imputada ao cuidador informal; da ajuda para verbalizar e exteriorizar os sentimentos supramencionados, respeitando-os e validando-os; do encorajamento nos momentos difíceis incentivando reacções assertivas por parte da família; sugerindo formas de prevenir o isolamento e a perda de relações sociais; do ensino de habilidades de coping e técnicas de relaxamento; do incentivo do cuidador ao auto-cuidado, aconselhando e orientando tanto para os recursos sociais como para os espirituais incentivando-o a aceitar apoio de terceiros (amigos familiares e outros) fornecendo informação, ensino, e treino de competências;

Oferecendo presença física recorrente e desenvolvendo programas de prevenção e de impacto emocional negativo; informando sobre os recursos da comunidade e encaminhando para serviços de apoio integrado e de saúde que permitam aos cuidadores períodos de descanso contribuindo ainda para criar condições que promovam a valorização social dos cuidadores (3,5,7,18,23,24,27).

A sociedade espera dos enfermeiros cuidados de enfermagem de qualidade e oferta em termos de frequência e intensidade proporcional à vulnerabilidade <sup>(29)</sup> de quem mais deles necessita e dos enfermeiros de reabilitação espera-se que actuem cientificamente perante a pessoa com deficiência, a família e a comunidade, no âmbito da enfermagem de reabilitação, e que proporcionem intervenções terapêuticas que visem melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades

instaladas, mas também que intervenham na educação dos doentes e conviventes significativos, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e integração na comunidade, intervindo na equipa como coordenadores, colaboradores, conselheiros, formadores/educadores tendo em vista a melhor articulação e a continuidade de cuidados de reabilitação <sup>(30)</sup>.

## **Conclusão**

Qualquer dos elementos da equipa de reabilitação, se competente, segundo Hoeman <sup>(18)</sup> deverá ser capaz de “identificar as variáveis que afectam o regresso à comunidade; conduzir uma avaliação completa; participar no estabelecimento de objectivos mútuos e intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência do utente”.

Sendo a família a verdadeira fonte de equilíbrio do cuidar informal e um recurso de cuidados de saúde fundamental, constitui-se cada vez mais, como um foco pertinente de intervenção da enfermagem de reabilitação, já que as avaliações que permitem antecipar e as intervenções que permitem prevenir podem representar a diferença entre o colapso ou a eficácia do *coping*, e enfermeiros especializados em enfermagem de reabilitação são detentores de competências que lhes permitem cuidar tanto dos doentes com das famílias das pessoas com AVC ou com outra qualquer dependência, e esse apoio ou cuidado pode constituir-se como uma contribuição chave na transição da família para o seu novo papel <sup>(31,32)</sup>. Neste processo, como refere a Ordem dos Enfermeiros <sup>(33)</sup> consideram-se elementos importantes “a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias (...) no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente” já que as exigências contínuas e os recursos limitados <sup>(5,7,18)</sup> são uma realidade para um número significativo de famílias.

## Bibliografia

- 1.FONSECA, Ana C.; HENRIQUES, Isabel; FERRO, José M.; *Recomendações para o tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008*; Sinapse; Novembro 2008; nº 2; volume 8; suplemento 1; p. 5 – 49.
- 2.DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Direcção de Serviços de Planeamento; *Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*; Lisboa; Direcção-Geral da Saúde; 2001.
- 3.ARAÚJO, Isabel M.; PAÚL, Constança; MARTINS, Maria M.; *Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade - Um desafio*; Referência; Outubro 2008; nº 7; IIª Série; p. 43 – 53.
- 4.FERNANDES, Margarida C.; PEREIRA, Maria L. S.; FERREIRA, Maria A. *et al*; *Sobrecarga Física, Emocional e Social nos Cuidadores Informais de Doentes com AVC*; Sinais Vitais; Julho 2002; nº 43; p. 31 – 35.
- 5.MONTEIRO, Rui; MARTINS, Rosa M. L.; *Envelhecimento e AVC - Família: Delegação ou Responsabilidade?*; Servir; Julho/Agosto 2006; nº 4; volume 54; p. 165 – 172.
- 6.NUNES, Isabel; ALVES, Patrícia; *As Dificuldades sentidas pela Família do doente com AVC no domicílio - contributos para melhor cuidar*; Geriatria; Abril/Maio 2003; nº 153; Ano XV; volume XV; p. 10 – 19.
- 7.SEQUEIRA, Pedro M. D.; *Educação para a saúde à família do doente com AVC*; Investigação em Enfermagem - Sinais Vitais; Agosto 2009; nº 20; p. 15 - 25
- 8.ESUS, Clarinda S.; SILVA, Cristina M. R. S.; ANDRADE, Fernanda M. M.; *Alta Clínica e Continuidade de Cuidados no Domicílio*; Sinais Vitais; Março 2005;nº 59; p. 25 – 28.
- 9.CESAR, Alessandra M.; SANTOS, Beatriz R. L.; *Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar*; Revista Brasileira de Enfermagem; Novembro/Dezembro 2005; nº 58; p. 647 – 652.
- 10.GASPAR, Maria I. R.; PINA, Rosa A.; VEIGA, Maria R. P. *et al*; *Planeamento de Altas - Um projecto de humanização e qualidade dos cuidados de enfermagem do Hospital de Egas Moniz*; Enfermagem em Foco; Abril/Junho 2002; nº 47, Ano XI; p. 36 – 4.
- 11.MENDES, Rosa M. N.; LOURENÇO, Carlos A. M.; *O contributo do enfermeiro na reintegração/reabilitação do doente com AVC e família na comunidade*; Ecos da Enfermagem; Setembro/Outubro 2007; nº 262; Ano XXXVII; p. 16 - 24
- 12.PIRES, Maria L. V.; LEÃO, Manuel J. P. B.; *Continuidade de cuidados em indivíduos vítimas de primeiro acidente vascular cerebral*; Geriatria; Junho 2005; nº 76; p. 11 - 23
- 13.ALMEIDA, Ana C.; MIRANDA, Mónica; RODRIGUES, Márcia; MONETIRO, Ricardo; *Transição do Doente Dependente para a Família*; Sinais Vitais; Setembro 2005; nº 62; p. 26 - 31
- 14.VICENTE, António; *Dependência e Sobrecarga Familiar face ao Doente com Acidente Vascular Cerebral*; Revista de Saúde Amato Lusitano; 3º Trimestre 2008; nº 25; Ano X; p. 13 – 18.
- 15.ARAÚJO, Odete; *Idosos Dependentes: impacte positivo do cuidar na perspectiva da família*; Sinais Vitais; Setembro 2009; nº 86; p. 25 – 30.
- 16.JESUS; Manuel J. R. J.; *Orientações Técnicas para Cuidadores Informais na área dos Cuidados Continuados*; Funchal; Pós-Graduação em Cuidados Continuados de Saúde / Direcção Regional de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos da Região Autónoma da Madeira; 2008; [www.citma.pt/Uploads/Manuel%20Jesus.pdf](http://www.citma.pt/Uploads/Manuel%20Jesus.pdf) (acedido a 09/06/2010).
- 17.ELSEN, Ingrid; SOUZA, Ana I. J.; PROSPERO, Elisete *et al*; *O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crónica em seu cotidiano*; Ciência, Cuidado e Saúde; 2008; nº8; p. 11 - 22; <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9712/5526> (acedido a 09/06/2010).
- 18.HOEMAN, Shirley P.; *Enfermagem de Reabilitação*; 2ª Ed.; Loures; Lusociência; 1996.
- 19.DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE; Circular Informativa nº 12/DSPCS de 19/04/2004 - *Planeamento da Alta do Doente com AVC*; [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) (acedido a 09/06/2010)

20. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE; Circular Informativa nº 7/DSPCS de 28/04/2004 - *Planeamento da Alta do Doente com AVC - Intervenções dos Assistentes Sociais*; www.dgs.pt (acedido a 09/06/2010).
21. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; *Manual de Planeamento e Gestão de Altas*; [www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf](http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf) (acedido a 16/06/2010).
22. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (NOGUEIRA, J. M. A.; HENRIQUES, I. L.; GOMES, A. F. *et al*); *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*; Julho 2007; [http://apfio.pt/GrupoTrabalho/Reabilitacao\\_AVC.pdf](http://apfio.pt/GrupoTrabalho/Reabilitacao_AVC.pdf) (acedido a 17/06/2010).
23. GARCIA, Catarina I. R. S.; *Tradução e Validação do Consequences of Care Index: Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador*; *Pensar Enfermagem*; 1º Semestre 2009; nº 1; vol. 13; p. 39 – 48.
24. ANDRADE, Cármen; *Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem*; *Pensar Enfermagem*; 1º Semestre 2009; nº 1; vol. 13; p. 61 – 70.
25. PIMENTA, Maria S.; *AVC: Aspectos sociais. Apoios domiciliários e recursos*; *Geriatrics*; 1998; nº 104; vol. 11; p. 12 – 16.
26. ASSOCIAÇÃO AVC; *Acidente Vascular Cerebral: Guia do Cuidador*; [http://associacaoavc.pt/images/downloads/pdfs/AAVC\\_AAVC\\_A4\\_Cuidador\\_P.pdf](http://associacaoavc.pt/images/downloads/pdfs/AAVC_AAVC_A4_Cuidador_P.pdf) (acedido a 28/05/2010).
27. AZEREDO, Zaida; *O doente com AVC e o prestador de cuidados*; *Geriatrics*; Maio/Junho 2003; nº 154; Ano XV; vol. XV; p. 27 – 30.
28. Relatório da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual (2005) em URL [www.portugal.gov.pt/O\\_Diagnostico\\_Rede\\_Cuidados\\_Cont\\_Integrados\\_Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/O_Diagnostico_Rede_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf) [cons em 20.07.2006].
29. HESBEEN, Walter– *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures, Lusociência. 2003.
30. ORDEM DOS ENFERMEIROS, Comissão De Especialidade Em Enfermagem de Reabilitação, *Filosofia de Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*, 2008 - Documento Enquadrador das competências do enfermeiro desta área de especialidade.
31. PETRONILHO, Fernando Alberto Soares- *A Tansição da Família para o Exercício do Papel de cuidadora*, Lisboa, Junho, 2008. Trabalho apresentado no Seminário de Enfermagem Avançada e Seminário de Investigação em Enfermagem.
32. ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson , *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem* *Rev. Latino-Am. Enfermagem* vol.7 no.3 Ribeirão Preto July (1999) ISSN 0104-1169.
33. ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade*, Revista da Ordem dos Enfermeiros, n.º2, Março,2001, p.15.
34. DECRETO-LEI nº 101/2006, “D.R.I Série A” 109 (2006-06-06) 3856-3865.
35. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004/2010 [www.dgsaude.min-saude.pt/pns/](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/)